

GE_GERICHTE ATAS/196/2018 vom 1. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_196_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/196/2018 du 1 mars 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/196/2018 del 1 marzo 2018

Erwägungen

E. 3

L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans.

E. 4

Dans l'intervalle, le 4 octobre 2013, l'assurance-invalidité a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'elle se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière limitée à la période du 1er mai 2011 au 31 mai 2013. L'OAI considérait en effet qu'à compter du 1er juin 2013, la capacité de gain de l'assuré s'était améliorée au point de réduire son degré d'invalidité à 5%.

E. 5

La Cour de céans a statué en matière d'assurance-accidents le 23 décembre 2014 (ATAS/1349/2014) : elle a annulé la décision sur opposition du 25 septembre 2013 et considéré que la SUVA devait reprendre le versement des indemnités journalières à compter du 30 juin 2013, d'une part, prendre en charge l'intervention préconisée par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, d'autre part.

A/1342/2016 - 4/22 - L'arrêt de la Cour s'appuyait notamment sur les éléments suivants : ■ un rapport du 22 octobre 2013 du Dr C_____, relevant qu'à trois ans et demi de l'arthroplastie du genou droit, les douleurs persistaient, tout comme la limitation de la mobilité, sans signe de descellement ; cliniquement, il n'y avait pas d'instabilité mais un petit épanchement résiduel avec, du point de vue scintigraphique, une synovite ; techniquement, il n'y avait pas de défaut dans l'implantation de la prothèse, dont l'axe était normal et les composants bien en place ; en l'absence d'élément pour une infection à bas bruit, le médecin recommandait une arthrolyse ouverte pour améliorer la mobilité ; ■ un rapport du 18 novembre 2013 du Dr E_____, expliquant que des douleurs persistaient du côté externe du genou ; l'examen clinique mettait en évidence une prothèse stable, avec absence de douleurs particulières, hormis une douleur clairement élective, au niveau de l'aspect externe du genou, correspondant exactement à la palpation de la bandelette ilio-tibiale (structure tendineuse longeant le côté externe du genou) ; le médecin préconisait d'améliorer la bandelette ilio-tibiale par une plastie, associée à une résection (aplanissement de la partie saillante du condyle fémoral externe) ; ■ l'audition par la Cour, le 5 juin 2014, du Dr E_____, confirmant que le problème de l'assuré se situait au niveau de la bandelette ilio-tibiale du genou droit ; cette bandelette, située sur le côté externe du genou, selon les mouvements (flexion- extension), frottait contre la partie latérale du genou et provoquait des irritations et des douleurs ; le médecin préconisait une intervention pour opérer une décompression (allonger la bandelette, de façon à ce qu'elle soit moins tendue, pourrait réduire les douleurs, voire les faire disparaître) ; il serait alors envisageable, pour l'assuré, de reprendre son activité habituelle de nettoyeur, après un laps de temps de six semaines (un

laps de temps de trois mois au maximum devait être envisagé). En substance, la Cour a constaté que l'état de santé de l'assuré ne pouvait être considéré comme stabilisé, dès lors que, selon les explications convaincantes du Dr E_____, une intervention au niveau de la bandelette ilio-tibiale du genou droit pourrait permettre à l'assuré de reprendre son activité habituelle et ainsi réduire sa perte de gain. Le Dr C_____, lui aussi, préconisait une autre intervention.

E. 6

Le 3 mars 2015, le Dr E_____ a pratiqué l'intervention préconisée (décompression et plastie d'allongement en Z de la bandelette ilio-tibiale de genou droit).

E. 7

Par décision du 21 octobre 2015, la SUVA a évalué le degré d'invalidité de l'assuré à 10,92%, arrondi à 11%, à partir du 1er septembre 2015 et lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 44'100.- (35% du gain annuel). La SUVA a considéré que, sur le plan médical, l'assuré avait recouvré la capacité d'exercer à plein temps, dans différents secteurs de l'industrie, une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues, laquelle lui permettrait de réaliser un revenu de CHF 4'299.- par mois (13ème salaire inclus), qui comparé à celui de

A/1342/2016 - 5/22 - CHF 4'826.- (13ème salaire inclus) qu'il aurait obtenu sans atteinte à sa santé, conduisait à un degré d'invalidité de 10,92%, arrondi à 11%. Cette décision reposait notamment sur les éléments suivants : ■ les informations données par le dernier employeur de l'assuré en date du 27 février 2015, indiquant que cette année-là, le salaire mensuel de l'intéressé se serait élevé à CHF 4'454.95 × 13 (CHF 4'324.35 en 2013 et CHF 4'410.85 en 2014 [× 13]) ; ■ un rapport du 8 juin 2015 du Dr E_____, qualifiant que l'évolution de l'état de santé de son patient de bonne, tout comme le pronostic ; le traitement était terminé, hormis quelques séances de physiothérapie ; la capacité de travail était entière depuis le 1er juin 2015, à condition toutefois d'éviter les escaliers ; ■ le rapport d'examen final rédigé le 30 juin 2015 par le Dr D_____, relatant que l'assuré mentionnait des douleurs lorsqu'il marchait plus de dix à quinze minutes, ainsi qu'un gonflement épisodique du genou et quelques épisodes de claquement sur le versant latéral du genou ; les séances de physiothérapie étaient terminées ; à l'examen clinique, le médecin avait constaté une discrète boiterie à la marche, un accroupissement partiel, une cicatrice médiane, calme, ainsi qu'une incision externe ; en regard de celle-ci, une zone douloureuse persistait à la palpation ; il n'y avait ni instabilité antéro-postérieure ou latérale, ni instabilité au niveau rotulien ; la persistance de douleur au niveau externe du genou droit avait conduit à une libération du fascia lata trois mois auparavant, sans amélioration des douleurs ressenties à ce niveau ; sur le plan professionnel, l'activité habituelle n'était plus exigible ; par contre, dans une activité réalisée essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans déplacements répétés dans des escaliers, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement ; ■ une radiographie du genou droit du 1er juillet 2015, concluant à un bilan de contrôle dans les limites normales, suite à une PTG droite, sans signe de descellement autour du matériel ; ■ un nouvel avis du Dr D_____ du 8 juillet 2015, confirmant, suite à cette radiographie, le taux global de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé le 29 avril 2013 (35%) ; ■ un document interne du 1er septembre 2015, dont il ressortait que la SUVA avait recensé, en Suisse romande, 70 postes compatibles, selon elle, avec les limitations fonctionnelles retenues ; la

SUVA avait finalement retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré (ceux de contrôleur qualité/visitage, contrôleur, opérateur de production, collaborateur d'assemblage manuel pur et câbleur) ; ces postes ne requéraient aucune formation spécialisée, étant précisé qu'une formation interne était dispensée ; le salaire annuel moyen des cinq DPT atteignait CHF 51'589.20 (13ème salaire inclus).

E. 8

Le 20 novembre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision en contestant tant le revenu sans invalidité que celui avec invalidité et en reprochant à la SUVA de ne

A/1342/2016 - 6/22 - pas avoir tenu compte des douleurs résiduelles et limitations fonctionnelles persistantes, justifiant, selon lui, une baisse de rendement, voire une capacité de travail partielle dans une activité adaptée.

E. 9

Le 10 mars 2016, l'assuré a transmis à la SUVA deux certificats établis les 2 et 25 février 2016 par le Dr B_____, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 2 février au 31 mars 2016.

E. 10

Dans un rapport du 11 mars 2016, adressé à la SUVA, le Dr B_____ a expliqué avoir revu l'assuré après le changement de la prothèse totale de son genou droit, en raison de la persistance d'importantes douleurs et d'une impotence fonctionnelle, sans explications claires, associées à une boiterie. Le bilan radiologique ne mettait pas en évidence de descellement, mais montrait une hyper-captation compatible avec une surcharge locale. Une scanométrie du membre inférieur permettrait de mettre en évidence un éventuel trouble de la rotation prophétique. Pour l'heure, une nouvelle opération ne se justifiait pas. Cependant, compte tenu de l'intensité des douleurs, la question d'une ablation pure et simple de la prothèse avec arthrodèse du genou pouvait se poser, ce qui entraînerait la perte de la fonction du genou. Le pronostic paraissait catastrophique. Hormis une consultation pour la douleur, aucun traitement particulier n'était prévu.

E. 11

Le 18 mars 2016, le Dr D_____ a estimé qu'en l'absence de nouvelle opération, il n'y avait pas eu d'aggravation depuis son dernier examen.

E. 12

Par décision sur opposition du 30 mars 2016, la SUVA a confirmé sa décision du 21 octobre 2015. Se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis le 31 août 2015. L'intéressé était invité à annoncer une rechute dans l'hypothèse où il serait décidé par la suite d'enlever la prothèse. Quoiqu'il en soit, il restait capable d'exercer à plein temps une activité légère en position essentiellement assise. Le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base des données salariales résultant des DPT retenues, adaptées au handicap de l'assuré. Quant au revenu avant invalidité, il se fondait sur les renseignements fournis par l'employeur le 27 février 2015.

E. 13

Par courrier du 6 avril 2016, l'assuré a annoncé à la SUVA la survenue d'un nouvel accident, le 24 mars 2016, en produisant un certificat d'arrêt de travail émis par le service

des urgences des HUG, valable du 24 mars au 6 avril 2016.

E. 14

Dans le questionnaire dûment complété par l'assuré le 21 avril 2016, relatif à l'évènement susmentionné, l'intéressé a expliqué avoir glissé en sortant de l'ascenseur de son immeuble et avoir violemment heurté le sol du genou droit.

A/1342/2016 - 7/22 -

E. 15

Par acte du 2 mai 2016, l'assuré, sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision du 30 mars 2016 et à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1er septembre 2015, son état n'étant toujours pas stabilisé, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité, calculée sur la base d'une diminution de sa capacité de gain de 75%. Le recourant allègue que son état nécessite le remplacement de sa prothèse et que des investigations médicales complémentaires sont indispensables, dès lors que ni un descellement de la prothèse, ni un éventuel trouble de la rotation prothétique ne sont exclus. Par ailleurs, il fait valoir que c'est un montant mensuel de CHF 5'005.30 (13ème salaire inclus) - soit le salaire qui aurait été le sien en 2015 - qui doit être retenu comme revenu sans invalidité (au lieu de CHF 4'826.-). Quant au revenu avec invalidité, il fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles (activité légère, excluant toute position accroupie, tout déplacement en terrain irrégulier et la marche prolongée, tout porte-à-faux du buste ainsi que tout travail en hauteur). Il argue qu'au vu des importantes douleurs persistantes et de ces limitations fonctionnelles, on ne saurait raisonnablement exiger de lui qu'il exerce une activité adaptée à plein temps. Selon lui, l'incapacité de gain est d'au moins 75%. À l'appui de sa position, le recourant produit notamment: ■ un courrier de son dernier employeur du 24 novembre 2015, affirmant que l'assuré aurait touché un salaire mensuel brut de CHF 4'620.-, versé treize fois l'an, s'il n'avait pas été victime d'un accident ; ■ des certificats établis par le Dr B_____ les 4 et 15 avril 2016, attestant une totale incapacité de travail du 1er avril au 31 mai 2016 ; ■ un rapport des HUG du 6 avril 2016 relatif à une IRM du genou effectuée le jour même, concluant à l'absence de descellement de la prothèse mais notant une anomalie de l'interface os-prothèse du plateau tibiale externe et suggérant un SPECT (examen tomoscintigraphique) pour compléter le bilan.

E. 16

Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 30 juillet 2016, a conclu au rejet du recours. Elle soutient qu'aucun élément concret ne permet de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant. À cet égard, elle relève que le Dr B_____, s'il a certes attesté d'une totale incapacité de travail dès le 1er février 2016, a reconnu que les troubles signalés ne trouvaient pas d'explication claire et qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'était pas justifiée. Pour le surplus, elle réitère sa position relative au calcul du degré d'invalidité.

A/1342/2016 - 8/22 - Elle ajoute que la question de savoir si l'évènement de mars/avril 2016 ouvre ou non le droit à des prestations fait quant à elle l'objet d'un examen distinct suite à l'annonce de rechute.

E. 17

Le 13 octobre 2016, le recourant a versé à la procédure un courrier des HUG du 4 octobre 2016 faisant état d'une intervention chirurgicale prévue le 9 novembre 2016.

E. 18

Le 24 novembre 2016, le recourant a encore produit : ■ un rapport de consultation du 21 juin 2016 du Dr C_____, posant le diagnostic d'arthrofibrose douloureuse du genou droit; ■ la lettre de sortie du 16 novembre 2016 des HUG, établie suite à la révision de la PTG droite (synovectomie et changement du bouclier fémoral et du bouton rotulien) réalisée le 9 novembre 2016 par les Drs C_____, et F_____, chirurgien orthopédiste.

E. 19

Le 6 mars 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions et sollicité l'audition du Dr F_____. Le recourant relève que l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr E_____ n'a pas eu le résultat escompté : le rapport de consultation du 21 juin 2016 a constaté une évolution défavorable et la nécessité d'une nouvelle opération afin de lui « restituer une mobilité complète ». Cette nouvelle intervention a eu lieu le 9 novembre 2016, date à compter de laquelle il s'est trouvé dans l'incapacité totale de travailler, étant précisé que la période de convalescence peut durer six mois. Le recourant en tire la conclusion que son état ne peut donc être considéré comme stabilisé jusque là. À l'appui de sa position, il produit notamment : ■ des certificats émanant, soit du Dr C_____, soit du Dr F_____, attestant d'une totale incapacité de travail du 1er décembre 2016 au 4 avril 2017, à réévaluer ce jour-là ; ■ un rapport de consultation du 6 janvier 2017 du Dr C_____, faisant état d'une évolution globalement favorable (douleurs en nette diminution) mais d'une tonicité musculaire encore insuffisante et préconisant la poursuite du traitement de physiothérapie afin de gagner en tonicité musculaire et en mobilité ; ■ un rapport de consultation du 6 février 2017 du Dr C_____, proposant la poursuite du traitement de physiothérapie et qualifiant l'évolution de lentement favorable.

E. 20

Dans sa duplique du 8 mai 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle souligne que les nouveaux rapports médicaux produits concernent tous une période postérieure à la décision litigieuse. Elle maintient qu'en août 2015, la situation médicale était stabilisée et répète que la question de savoir si l'assuré a

A/1342/2016 - 9/22 - droit à de nouvelles prestations, suite à l'aggravation survenue en mars-avril 2016, doit être examinée dans le cadre de la rechute.

E. 21

Par écriture du 16 mai 2017, le recourant a persisté à contester toute stabilisation de son état de santé. Il a joint : ■ un nouveau certificat d'arrêt de travail, attestant une totale incapacité de travail du 5 au 8 août 2017 ; ■ un rapport de consultation du 18 avril 2017 du Dr C_____, recommandant la poursuite d'une physiothérapie intensive.

E. 22

Les 19 juin et 4 juillet 2017, le recourant a encore produit : ■ un courrier du 8 juin 2017, rédigé par Monsieur G_____, physiothérapeute, relevant notamment que l'assuré suit un traitement analgésique et anti-inflammatoire dans le but d'améliorer la fonction articulaire et musculaire; ■ un rapport de consultation du 14 juin 2017 des Drs C_____, et F_____, indiquant que l'évolution est lentement favorable et qu'en vue d'une désensibilisation sur

une probable dysesthésie au niveau de la cicatrice, ils ont adressé l'assuré à Madame H_____, ergothérapeute.

E. 23

Le 27 septembre 2017, le recourant a encore versé à la procédure un rapporté rédigé le 7 juillet 2017 par Mme H_____, expliquant qu'il souffre d'une névralgie crurale incessante de la branche infra-patellaire du nerf saphène à droite avec allodynie mécanique (douleur résultant d'un stimulus qui, normalement, ne provoque pas de douleur), qu'au quotidien, il ne peut ni s'accroupir, ni s'agenouiller, que la marche est possible sans aide, avec une boiterie et un périmètre réduit à quinze-vingt minutes et que la conduite automobile est possible sur de courtes distances.

E. 24

Cette nouvelle pièce transmise à l'intimée, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/1342/2016 - 10/22 - 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA - entrée en vigueur le 1er janvier 2003 - s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA, compte tenu de la période de suspension des délais courant du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). 4. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). b. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du

litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). c. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). d. Si l'assurance-accidents statuant sur opposition est tenue de prendre en considération toutes les faits pertinents survenus jusqu'au moment de la décision sur

A/1342/2016 - 11/22 - opposition, le rapport juridique sur lequel elle se prononce peut être limité aux prestations dues en raison d'un accident en particulier, quand bien même plusieurs autres événements accidentels se seraient produits avant la décision sur opposition. Dans certaines circonstances, la jurisprudence admet que les conséquences de plusieurs accidents successifs soient constatées dans des décisions séparées. Cette manière de procéder peut, certes, nuire à l'établissement des faits dans certains cas ; mais elle peut aussi contribuer au traitement de l'opposition dans un délai approprié (cf. art. 52 al. 2 LPGA). En cas d'accidents successifs, l'assurance-accidents devra donc procéder à une pesée des intérêts avant de décider si elle entend se prononcer sur les conséquences de tous les accidents en une seule décision (sur opposition) ou si elle entend rendre plusieurs décisions (arrêt du Tribunal fédéral U.16/07 du 9 mai 2007 consid. 3.2 et les références citées). 5. En l'espèce, le 6 avril 2016 - soit après la décision litigieuse du 30 mars 2016 considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident du 14 mai 2008 -, l'assuré a annoncé avoir été victime d'un nouvel accident (glissade) survenu le 24 mars 2016. Dans le cadre de la procédure par devant la Cour de céans, le recourant a produit divers rapports médicaux décrivant l'état de son genou, rédigés postérieurement à la décision querellée et dont on ignore si la situation qu'ils évoquent est liée au premier ou au second accident. Dans ces circonstances, l'intimée était en droit de limiter l'objet de la contestation aux seules prestations en rapport avec les suites de l'événement du 14 mai 2008. De même, dans la mesure où l'intervention chirurgicale du 9 novembre 2016 est postérieure à la décision litigieuse, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant ne seront pas examinées dans le cadre de la présente procédure (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Le litige se limite donc à la question de savoir si, au moment de la décision querellée, l'état de santé du recourant devait être considéré comme stabilisé - suite à l'accident du 14 mai 2008 -, en d'autres termes, si la décision de mettre un terme, à compter du 1er septembre 2015, à la prise en charge du traitement médical (hormis les exceptions indiquées par la SUVA) et au versement de l'indemnité journalière était bien fondée. Le taux de l'IPAI n'est quant à lui pas contesté par le recourant. 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ;

A/1342/2016 - 12/22 - ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 7. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). b. Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). c. La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de la disposition précitée, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 ; U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 ; U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). d. Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical et les indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1). En effet, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2ème phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

A/1342/2016 - 13/22 - e. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten »; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. L'assurance-accidents sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral U.244/04 du 20 mai 2005 et U.412/00 du 5 juillet 2001). f. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de

travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; 133 V 57 consid. 6.6.2 ; 128 V 169 consid. 1 ; 116 V 41 consid. 2c ; cf. également ATAS/882/2016 du 24 octobre 2016 consid. 5c). 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/1342/2016 - 14/22 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le

juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

A/1342/2016 - 15/22 - 10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 11. a. En l'espèce, l'intimée, suite à l'arrêt de renvoi du 23 décembre 2014, a continué à prester pour les suites de l'événement du 14 mai 2008. S'appuyant sur le rapport final du 30 juin 2015 du Dr D_____, elle a en revanche mis un terme à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au

E. 31

août 2015, date au-delà de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. De son côté, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé au 31 août 2015, en se référant en particulier au rapport du 11 mars 2016 du Dr B_____, ainsi qu'à divers rapports médicaux. b. Dans son rapport du 30 juin 2015, après examen du recourant, le Dr D_____ a noté que celui-ci éprouvait encore des douleurs, n'utilisait plus de cannes, présentait une discrète boiterie à la marche sur le genou droit, prenait un comprimé les matins et ne suivait plus de séances de physiothérapie. S'agissant de la mobilité du genou, il n'existait pas de signe d'instabilité antéro-postérieure ou latérale ni d'instabilité au niveau rotulien. Le médecin a jugé nulle la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle mais l'a estimée à 100% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité réalisée essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans déplacement répété dans les escaliers. c. La Cour de céans constate que cette appréciation se base sur l'examen clinique du recourant, son dossier médical et prend en considération les plaintes exprimées par l'intéressé. Les conclusions du médecin d'arrondissement sont claires et ne comportent pas de contradiction. La radiographie pratiquée le 1er juillet 2015 à la demande du médecin a montré une situation

dans les limites normales, sans signe de descellement autour du matériel (PTG droite). Le Dr B_____, quant à lui, a certes attesté, les 2 et 25 février 2016, d'une incapacité de travail totale du 2 février au 31 mars 2016, mais sans en expliquer les motifs. Dans son rapport du 11 mars 2016, il a fait état d'importantes douleurs, associées à une boiterie, éléments déjà été pris en compte par le Dr D_____.

A/1342/2016 - 16/22 - D'ailleurs, le Dr B_____ a considéré à l'époque qu'une nouvelle opération ne se justifiait pas et qu'aucun traitement particulier n'était à prévoir. Dans ces conditions, force est de constater qu'aucun élément objectif ne permet de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr D_____, dont l'avis rejoint au demeurant celui du Dr E_____, lequel faisait état, dans son rapport du 8 juin 2015, trois mois après l'intervention du 3 mars 2015, d'une bonne évolution, d'un traitement terminé et d'une capacité de travail entière depuis le 1er juin 2015. d. Eu égard à ce qui précède, l'intimée était en droit de considérer l'état de santé du recourant comme stabilisé au 31 août 2015, et de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières (art. 19 al. 1 LAA). On ajoutera à cet égard que la prise de comprimés anti-douleurs, soit la prescription d'une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d'atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). Dans son opposition du 20 novembre 2015, le recourant ne contestait d'ailleurs que le degré d'invalidité retenu. Les documents produits par la suite, postérieurs à la décision attaquée, sortent de l'objet de la contestation et ne sont donc pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. consid. 4 et 5 ci-dessus). L'intimée pouvait donc statuer sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, étant rappelé que le taux de cette dernière n'est pas contesté par le recourant. 12. a. Il convient à présent d'examiner quel degré d'invalidité devait être reconnu au recourant en septembre 2015. b. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être

A/1342/2016 - 17/22 - déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). c. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral

8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 ; RAMA 2006 n. U 568 p. 66 consid. 2). d. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). e. En matière d'assurance-accidents, l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident et celle où l'atteinte à sa capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré. Dans ces deux cas, l'incapacité de gain doit être toutefois imputée au moins partiellement à l'accident.

A/1342/2016 - 18/22 - Le revenu hypothétique déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité est alors celui qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Ce système repose sur le fait qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée une invalidité totale, alors qu'elle n'occasionne souvent aucune invalidité chez une personne d'âge moyen. L'art. 28 al. 4 OLAA empêche que l'assuré d'âge avancé dont l'invalidité due à l'accident est peu importante perçoive une rente viagère d'invalidité, qui aurait en l'occurrence le caractère d'une rente de vieillesse. L'assuré d'âge avancé ne percevra donc une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen, présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes (André GHÉLEW / Olivier RAMELET / Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 103). Selon la jurisprudence, l'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe entre 40 et 45 ans (ATF 122 V 418 consid. 1b). On considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b). L'art. 28 al. 4 OLAA impose de se fonder sur les circonstances hypothétiques d'un assuré d'un âge moyen non seulement pour la fixation du revenu d'invalidé, mais également pour celui du revenu avant invalidité (ATF 114 V 312 consid. 2 ;

RAMA 1997 n. U 271 consid. 7b/aa). Si en matière d'assurance-invalidité, l'octroi d'une rente peut s'imposer en raison du fait que l'âge avancé de l'assuré rend illusoire une réinsertion professionnelle, l'art. 28 al. 4 OLAA s'oppose précisément à l'allocation d'une rente pour ce motif dans l'assurance-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_846/2008 du 9 février 2009 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.332/05 du 17 mars 2006 consid. 2.2.2). Cette disposition réglementaire a ainsi pour effet que l'assurance-accidents est fondée à s'écarter de l'appréciation de l'invalidité de l'assurance-invalidité lorsqu'il s'agit d'assurés ayant atteint un âge avancé (ATAS/971/2015 du 10 décembre 2015 consid. 12). 13. a. En l'occurrence, l'intimée a déterminé le revenu d'invalidité en se basant sur les données salariales résultant de cinq DPT et l'a fixé à CHF 51'589.20 (ou 4'299.- CHF/mois) ce qui, comparé à un revenu sans invalidité de 4'826.- CHF/mois, conduit à une perte de gain de 11 %. Le recourant conteste tant le revenu avant invalidité que celui après invalidité. b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral U.311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1), soit en l'occurrence le 31 août 2015, date à laquelle l'état de santé de l'assuré était stabilisé (art. 19 al. 1 LAA), ouvrant ainsi dès le 1er septembre 2015 le droit à une éventuelle rente. c. Il découle de ce qui précède que le revenu sans invalidité à prendre en considération est celui de l'année 2015. C'est dès lors à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les indications fournies par l'employeur en février 2015. Il en

A/1342/2016 - 19/22 - ressort que le recourant, s'il avait continué en 2015 à travailler pour cet employeur, aurait réalisé un salaire mensuel de CHF 4'454.95, versé treize fois l'an. En annexe à son recours, l'assuré produit un courrier de l'employeur du 24 novembre 2015, faisant état d'un salaire mensuel brut de CHF 4'620.-, versé treize fois l'an, sans toutefois préciser à quelle année correspondrait ledit salaire. Dans ces conditions, il convient de retenir les premières déclarations de l'employeur, d'autant qu'elles apparaissent plus plausibles, au vu de l'augmentation de salaire dont le recourant aurait bénéficié les deux années précédentes (CHF 4'324.35 en 2013 et CHF 4'410.85 en 2014). Partant, c'est à bon droit que l'intimée a retenu un revenu sans invalidité de CHF 4'826.- (4'454.95 × 13/12). d. Pour ce qui est du revenu d'invalidité, le recourant, incapable d'exercer son activité habituelle, n'a pas repris d'activité professionnelle en Suisse. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales ressortant de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) ou de données salariales résultant des DPT, comme l'a fait l'intimée en l'espèce. Dans ce cadre, le recourant lui fait grief de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles. À cet égard, on relève que l'intimée a retenu cinq postes de travail en Suisse romande : ■ le contrôleur qualité/visitage (DPT n°4080837), muni de gants en latex antiallergiques, devait enlever le traitement des pièces de production avec les bons produits. L'activité s'effectuait à hauteur de table, penché en avant. Les exigences physiques étaient les suivantes : port de charges très légères (jusqu'à 5 kg), maniement d'objets légers/à motricité fine, rotation de la main, position de longue durée assise et déplacements (marche) jusqu'à 50 m (souvent) ; ■ le contrôleur (DPT n°11554), dans une société active dans la fabrication d'instruments de précision, s'occupait à tester des pipettes et des doseurs en contrôlant les doses délivrées, à l'aide d'une balance. L'activité nécessitait une action répétitive du pouce sur le poussoir. Les exigences physiques étaient les suivantes : aucun port de charges, maniement d'objets légers/à motricité fine, position de longue durée : assise (très souvent) et debout (rarement) ; ■

l'opérateur de production (DPT n°10859338) était chargé de réaliser des assemblables pour la réalisation de batteries, puis de faire l'emballage et l'étiquetage. Les exigences physiques étaient les suivantes : port de charges jusqu'à 10 kg (rarement), soulever au-dessus du buste (- 5 kg) (rarement), maniement d'objets légers/à motricité fine (souvent), rotation de la main (parfois), position de longue durée assise (très souvent) et debout (rarement), déplacements (marche) jusqu'à 50 m (rarement) ;

A/1342/2016 - 20/22 - ■ le collaborateur d'assemblage manuel pur (DPT n°658779), assis en permanence devant un établi, devait remplir un support avec des embases. L'activité impliquait un déplacement d'une dizaine de mètres au maximum pour aller placer le support terminé dans l'étude (une fois par jour). Les exigences physiques étaient les suivantes : port de charges jusqu'à 5 kg, maniement d'objets légers/à motricité fine, rotation de la main (rarement), position de longue durée assise, déplacements (marche) jusqu'à 50 m (rarement) ; ■ le câbleur (DPT n°10610266) s'occupait de la fabrication des câbles destinés aux câbles industriels, médicaux ou informatiques. Les exigences physiques étaient les suivantes : port de charges jusqu'à 10 kg (rarement), maniement d'objets légers/à motricité fine, position de longue durée assise (très souvent) et debout (rarement), déplacements (marche) jusqu'à 50 m (rarement). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2015, année de l'ouverture du droit à la rente. Elles impliquent donc les exigences physiques suivantes : contrôleur qualité/visitage : port de charges très légères (jusqu'à 5 kg), maniement d'objets légers/à motricité fine, rotation de la main, position de longue durée assise et déplacements (marche) jusqu'à 50 m (souvent) ; contrôleur : aucun port de charges, maniement d'objets légers/à motricité fine, position de longue durée : assise (très souvent) et debout (rarement) ; opérateur de production : port de charges jusqu'à 10 kg (rarement), soulever au-dessus du buste (- 5 kg) (rarement), maniement d'objets légers/à motricité fine (souvent), rotation de la main (parfois), position de longue durée assise (très souvent) et debout (rarement), déplacements (marche) jusqu'à 50 m (rarement) ; collaborateur d'assemblage manuel pur : port de charges jusqu'à 5 kg, maniement d'objets légers/à motricité fine, rotation de la main (rarement), position de longue durée assise, déplacements (marche) jusqu'à 50 m (rarement) ; câbleur : port de charges jusqu'à 10 kg (rarement), maniement d'objets légers/à motricité fine, position de longue durée assise (très souvent) et debout (rarement), déplacements (marche) jusqu'à 50 m (rarement). Force est ainsi de constater que ces différentes activités - en position assise essentiellement, permettant quelques déplacements -, respectent les limitations fonctionnelles du recourant dans la mesure où elles n'impliquent, selon les réponses données par les employeurs, ni port de charges supérieures à 10 kg, ni déplacement répété dans les escaliers. Les DPT prises en considération par l'intimée ne requièrent par ailleurs aucune formation spécialisée préalable. En outre, ces activités sont compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues à l'époque par la CRR ou le médecin d'arrondissement de la SUVA, dès lors qu'elles ne requièrent ni port de charges lourdes répétées, ni marche en terrain irrégulier, ni position accroupie ou à genoux, ni marche prolongée (cf. rapports des 26 mars 2013 et 29 avril 2013).

A/1342/2016 - 21/22 - Enfin, c'est en vain que le recourant argue que l'assurance-accidents aurait dû se référer également à l'avis du SMR. C'est le lieu de rappeler que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Qui plus est, dans le cas d'espèce, le SMR, dans son avis du 6 septembre 2011, a également pris en considération une autre atteinte à la santé (lombalgies),

dont l'assureur-accidents n'a pas à répondre. La Cour de céans se rallie ainsi à l'avis de l'intimée et considère que les emplois précités sont adaptés à l'état de santé du recourant. En outre, les cinq DPT produites satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence. L'intimée a en effet précisé que 70 postes entraient en considération eu égard aux limitations fonctionnelles dont souffrait le recourant et a mentionné les salaires minimum (CHF 45'500.-), maximum (CHF 67'450.-) et moyen (CHF 54'839.-). Les DPT ayant été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il n'y a aucune raison de s'écarter du salaire annuel moyen des cinq retenues, soit CHF 51'589.20 ou CHF 4'299.- par mois (51'589.20/ 12). Enfin, on relèvera que, quand bien même le recourant, né le 14 mars 1952, était âgé de 63 ans au moment de la naissance du droit à la rente, l'âge avancé d'un assuré comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain n'est pas pris en considération de la même manière en assurance-invalidité qu'en assurance-accidents, dans laquelle l'art. 28 al. 4 OLAA commande justement de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2). Ainsi, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière du recourant. Plus précisément, lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité du recourant s'élève à 11% ($(4'826 - 4'299) / 4'826 \times 100 = 10.92\%$, arrondi à 11%). Aucune critique ne peut dès lors être formulée à l'encontre de la décision sur opposition querellée, de sorte que celle-ci ne peut qu'être confirmée. 14. Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves, la Cour de céans renonce à l'audition du Dr F_____ requise par le recourant (ATF 122 II 464 consid. 4a). 15. Le recours est rejeté, étant rappelé que la question des conséquences de la rechute annoncée par l'assuré à l'intimée fait l'objet d'une instruction distincte. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/1342/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.