

GE_GERICHTE ATAS/659/2016 vom 23. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_659_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/659/2016 du 23 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/659/2016 del 23 agosto 2016

Erwägungen

E. 27

Par écriture du 10 juin 2016, l'intimée s'est déterminée sur le complément de recours et a considéré, tout d'abord, que les conclusions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devaient être écartées sans examen de leur mérite, étant donné que l'indemnité en question ne faisait pas l'objet de la décision entreprise. Après avoir relevé que le recourant ne se prononçait pas sur l'appréciation du Dr K_____, l'intimée a constaté que les conclusions du Dr G_____ avaient été confirmées par le Dr K_____, de sorte qu'il n'y avait aucune violation du devoir d'instruction. S'agissant de la représentativité des DPT, l'intimée a considéré que les critiques étaient vaines, pour autant qu'elles fussent recevables, dès lors que les DPT retenues correspondaient aux limitations fonctionnelles. A ce propos, rien dans le dossier ne permettait de considérer que l'assuré manquait de dextérité dans les membres supérieurs. Par ailleurs, les circonstances personnelles du recourant avaient été prises en considération, dans la mesure où le salaire d'invalidé retenu était inférieur au salaire moyen des 36 DPT entrant en ligne de compte. En outre, la SUVA ne voyait pas que les postes décrits, à savoir des activités simples et répétitives, exigeaient une maîtrise du français supérieure à celle nécessaire à l'exercice de l'ancienne activité. S'agissant du salaire de valide, force était de considérer qu'il n'était pas notablement inférieur au salaire de base convenu par la convention collective, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Dans ces conditions, le recours devait être rejeté.

E. 28

Ces écritures ont été transmises au recourant et la cause a été gardée à juger.

A/437/2016 - 11/22 - EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA 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 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. A titre liminaire, il y a lieu de circonscrire l'objet du litige. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue,

d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1b et 2). 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). b. En l'espèce, par décision du 3 août 2015, la SUVA a refusé de verser une rente d'invalidité au recourant au motif que le taux d'invalidité retenu était insuffisant. Dans cette décision, l'assureur-accidents lui a également octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 10'800.-, ce qui correspondait à une atteinte de

A/437/2016 - 12/22 - 8%. Le recourant a, par courrier du 2 septembre 2015, contesté le refus de la SUVA de le mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité. Il n'a, en revanche, pris aucune conclusion quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée, de sorte que la décision sur opposition n'a porté que sur le droit à une rente d'invalidité. Dans son courrier du 29 janvier 2016, valant acte de recours, l'assuré s'est borné à invoquer son état de santé et implicitement à contester le refus de rente, sans faire la moindre allusion à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce n'est qu'une fois représenté qu'il a contesté le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par la SUVA. Force est ainsi de constater, dans ce contexte, que la problématique de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas l'objet de la décision sur opposition querellée, de sorte qu'elle sort du cadre du litige porté par-devant la chambre de céans. Celui-ci ne concerne ainsi que le degré d'invalidité du recourant, singulièrement la valeur probante de l'appréciation du Dr G_____, le salaire sans invalidité et les DPT retenues par l'intimée, à l'exclusion de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Toute conclusion prise au sujet d'une telle indemnité est dès lors irrecevable. 5. a. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). b. La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. L'art. 8 al. 1 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). c. Il ressort de l'art. 19 al. 1 LAA que 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. Cette disposition 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

A/437/2016 - 13/22 - 6. a. 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). b/aa. Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). b/bb. La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalide par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222, consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.2). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, 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

A/437/2016 - 14/22 - 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'invalide 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'invalide 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'invalide 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'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalide de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). 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

A/437/2016 - 15/22 - 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). b. 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 d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur

A/437/2016 - 16/22 - probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGA n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation. b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 8. 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). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter,

A/437/2016 - 17/22 - dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 9. a. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr G _____ pour refuser le versement d'une rente en raison d'un taux d'invalidité insuffisant. Pour sa part, le recourant considère que l'appréciation précitée ne respecte pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Force est de constater que l'appréciation du Dr G _____ du 23 février 2015 répond à toutes les conditions jurisprudentielles (voir supra consid. 7) permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de la recourante et relate ses plaintes. Il décrit de manière détaillée les pièces médicales du dossier. Les diagnostics ont été posés après des examens minutieux et les conclusions sont claires et motivées. b. Sur le fond, le médecin d'arrondissement a retenu que l'assuré se déplaçait avec beaucoup de difficulté en s'appuyant sur deux cannes anglaises avec un genou dont la mobilité était limitée avec une laxité interne résiduelle modérée. Le diagnostic de syndrome complexe de type I avait été retenu suite à la scintigraphie réalisée pendant le séjour à la CRR. Cinq mois après l'arthroscopie diagnostique, laquelle était la dernière intervention pratiquée, le cas pouvait être considéré comme étant stabilisé. Sur le plan de l'exigibilité, l'ancienne activité n'était plus possible. En revanche, l'assuré était capable d'exercer une activité, à plein temps et sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, en position assise avec quelques courts déplacements, sans port de charges supérieures à 10kg et sans devoir se déplacer de façon répétée dans les escaliers ni devoir s'agenouiller ni monter sur une échelle. c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins,

la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante de l'appréciation du Dr G_____ pour les motifs suivants :

A/437/2016 - 18/22 - – Pour le recourant, le médecin précité ne pouvait retenir, en février 2015, que l'état était stabilisé dès lors que les médecins du SMR avaient considéré que la situation devait être réévaluée au printemps 2015. Cette critique est dénuée de tout fondement. Certes, les médecins de la CRR ont considéré que l'état de santé du recourant pouvait encore évoluer et que c'était pour cette raison qu'il fallait attendre le printemps pour procéder à une nouvelle évaluation. Cependant, cette appréciation n'était pas définitive et immuable et, dans la mesure où le Dr G_____ a examiné le recourant avant de se prononcer, il a pu constater par lui-même l'absence d'évolution. A cela s'ajoute que, dans tous les cas, l'état du recourant devait être stabilisé au jour de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1er juillet 2015. Or, le Dr I_____ a considéré qu'en date du 8 juillet 2015, l'état du recourant était stabilisé, ce qui a été confirmé par le Dr K_____ dans une appréciation fort détaillée et complète, dont le recourant ne remet d'ailleurs pas en cause la valeur probante. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'état du recourant était stabilisé le 1er juillet 2015, date de l'ouverture du droit à la rente. D'ailleurs, le recourant ne fournit aucun rapport contredisant cette appréciation et il ne conteste au demeurant pas son droit à une rente à compter de cette date, mais uniquement le taux retenu. – Le recourant reproche ensuite à la SUVA de s'être prononcée sans avoir requis l'avis spécialisé d'un centre d'antalgie, soit d'un centre spécialisé dans le traitement de la douleur. C'est le lieu de relever, dans ce contexte, que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail (ATAS/526/2012 du 19 avril 2012 consid. 8b). Or, force est de constater que dans son appréciation du 14 avril 2016, le Dr K_____ a considéré que dans une activité préservant le genou droit, il n'y avait pas de raison structurelle objective pouvant expliquer les importantes douleurs présentées par l'assuré. En effet, les lésions sévères objectives au

A/437/2016 - 19/22 - niveau du genou droit entraînaient une instabilité dudit genou et probablement des douleurs lors de la marche. Ainsi, lorsque le genou n'était pas sollicité, lesdites lésions ne pouvaient entraîner des douleurs. Dans ces circonstances, il doit être considéré que les plaintes du recourant ne concordent pas avec les observations médicales concluantes, de sorte qu'il est tout à fait cohérent que le Dr K_____ ne retienne aucune incapacité de travail. Par ailleurs, l'avis d'un centre d'antalgie a vraisemblablement été suggéré par les médecins de la CRR afin de trouver une solution pouvant soulager le recourant. Cela ne préjuge toutefois en rien de l'appréciation de la capacité de travail. d. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que le recourant n'a pas été en mesure

de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr G _____ et de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 1er juillet 2015, ce que le recourant reconnaît d'ailleurs implicitement, et que dès cette date, celui-ci était totalement capable de travailler dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par le médecin d'arrondissement de la SUVA, à savoir dans une activité en position assise, avec quelques courts déplacements, sans port de charges supérieures à 10kg et sans devoir se déplacer de façon répétée dans les escaliers ni devoir s'agenouiller ou monter sur une échelle. C'est donc à juste titre que la SUVA s'est fondée sur l'appréciation du Dr G _____, au demeurant confirmée par celle du Dr K _____, pour calculer le taux d'invalidité du recourant. 10. a. Concernant le degré d'invalidité du recourant, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus en 2015. En effet, la SUVA a considéré que l'état du recourant était stabilisé à compter du 1er juillet 2015, ce qui n'a pas été contesté par le recourant. b. Le recourant travaillait pour le compte C _____ Sàrl lorsqu'il a été victime de l'accident assuré. Selon les informations données par l'employeur, le salaire annuel du recourant était de CHF 55'565.- (CHF 26.50 x 42.5 x 52). Aucun 13e salaire n'était convenu. Pour sa part, le recourant conteste ce calcul, relevant que selon la convention collective de travail, il aurait dû percevoir un 13e salaire, de sorte que son salaire se serait élevé à CHF 63'445.40. Dans un arrêt ATA/103/2001 du 13 février 2001 consid. 5b, le Tribunal administratif, alors compétent en matière d'assurances sociales, avait pris en considération, dans le cas d'un assuré employé sans autorisation ad hoc, un 13e salaire conformément à la convention collective nationale étendue applicable – alors même que cela n'était pas convenu contractuellement, relevant que l'assureur- accident ne saurait cautionner les conditions de travail auxquelles (dans cette

A/437/2016 - 20/22 - situation) était soumis le recourant, lorsqu'il apparaît que ces conditions étaient contraires à la convention collective. Le Tribunal administratif avait alors considéré qu'il appartenait en parallèle à l'assurance de réclamer à l'employeur les primes auxquelles il s'était soustrait (art. 95 LAA et 121 OLAA), ce qui rétablissait l'équilibre entre les prestations à servir et les primes qui devaient y donner droit. Ce raisonnement a été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt U 106/01 du 5 mars 2002 consid. 3. En l'espèce, le recourant travaillait en qualité d'aide-monteur d'échafaudages. Ses conditions de travail, et notamment ses conditions salariales, devaient ainsi respecter les conditions minimales prévues par la convention collective de travail pour les échafaudiers suisses (ci-après : CCT), dans sa teneur en vigueur lors de l'accident assuré, en 2012. Or, selon l'art. 13 al. 9 de la CCT, dès l'engagement dans l'entreprise, les travailleurs ont droit au 13e salaire, lequel est versé au prorata de la période travaillée lorsque les rapports de travail n'ont pas duré toute l'année civile. Dans la mesure où il ne prévoit pas de 13e salaire, le contrat de travail conclu avec le recourant ne respecte ainsi pas la CCT applicable. Dans ces circonstances, l'intimée devait prendre en considération un 13e salaire conformément à l'ATA/103/2001 du 13 février 2001 consid. 5b, confirmé sur ce point par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 106/01 du 5 mars 2002 consid. 3. Par conséquent, c'est un salaire annuel de CHF 63'445.40 ([CHF 26.50/h x 42.50 h/sem. x 52 sem.] /12 x 13) que l'intimée aurait dû prendre en considération pour l'année 2015. A noter que, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2016 consid. 5, ce salaire ne peut être qualifié de revenu nettement inférieur à la moyenne au sens du consid. 6b ci-dessus dès lors qu'il est supérieur à la convention collective de travail applicable en la matière. c.

S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant, incapable de travailler dans son activité habituelle, n'a pas repris d'activité professionnelle en Suisse. Ainsi, 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 figurant dans l'ESS ou de données salariales résultant des DPT. Toute autre manière d'établir un revenu avec invalidité n'est pas conforme à la jurisprudence. La SUVA a procédé audit calcul sur la base des données résultant des DPT, lesquelles sont contestées par le recourant, celui-ci ne les considérant pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il convient donc d'examiner si l'intimée a respecté la jurisprudence lors du calcul du revenu d'invalidité. L'intimée a retenu cinq postes en Suisse romande, à savoir les nos 10454771 (opérateur de redressage Lentulo), 384123 (employé au découpage), 7077 (monteur en appareil), 438406 (polisseur) et 662507 (agent de soudure Laser). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2015, année de l'ouverture du droit à la rente. Les différentes activités retenues respectent les limitations fonctionnelles du recourant dans la mesure où elles n'impliquent pas,

A/437/2016 - 21/22 - selon les réponses données par les employeurs, le port de charges supérieures à 5 kg et la marche de plus de 50 mètres sauf cas rares, la position assise étant la position la plus fréquente. Les DPT prises en considération par l'intimée ne requièrent par ailleurs aucune formation particulière, hormis des initiations/formations internes d'une durée de trois semaines à 8 mois qui paraissent, au vu du travail demandé, tout à fait à la portée du recourant, étant rappelé, dans ce contexte, que la langue n'a pas à être prise en considération. La chambre de céans se rallie ainsi à l'avis de l'intimée et considère que le recourant est capable d'exercer les activités retenues. L'intimée a, en outre, précisé que 36 postes entraînent en considération eu égard aux limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et à la région retenue et a mentionné les salaires minimum (CHF 45'500.-), maximum (CHF 68'495.-) et moyen (CHF 56'058.-). Quant au revenu annuel moyen des cinq DPT retenues, il s'élève à CHF 55'428.- et est 1.1% au-dessous de la moyenne des salaires moyens des 36 postes pouvant entrer en considération de sorte qu'il est suffisamment représentatif. En retenant un revenu avec invalidité de CHF 55'428.-, le taux d'invalidité du recourant s'élève à 13% ($[(CHF\ 63'445.40 - CHF\ 55'428.-) / CHF\ 63'445.40] \times 100 = 12.63\%$, arrondi à 13% ; voir ATF 130 V 121 consid. 3.2). C'est donc un degré d'invalidité de 13% que la SUVA aurait dû prendre en considération, ce qui ouvre le droit au versement d'une rente au taux de 13%. 11. Dans ces circonstances, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition querellée et de constater que le recourant a droit à une rente d'invalidité au taux de 13%. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du

E. 30

juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), étant précisé que son conseil n'est intervenu qu'en cours de procédure, au stade de la réplique. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/437/2016 - 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.