

GE_GERICHTE ATAS/775/2020 vom 21. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_775_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/775/2020 du 21 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/775/2020 del 21 settembre 2020

Erwägungen

E. 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), 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.

E. 2

À 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.

A/4542/2019 - 10/23 - 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). Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ainsi que sur le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu découlant des suites de l'accident du 1er novembre 2015 pour fixer une IPAI.

E. 5

a. 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). b. 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 6

a. 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). b. 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 LPGA), 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

A/4542/2019 - 11/23 - 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).

E. 7

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). a. 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). b. 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. 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). S'il

A/4542/2019 - 12/23 - est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 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).

E. 9

Au vu des principes rappelés ci-dessus, en relation avec l'appréciation de la valeur probante des documents médicaux, la décision entreprise étant dans une large mesure fondée sur l'appréciation du Dr D_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, dans plusieurs aspects des questions litigieuses, il y a lieu, dès lors que le recourant semble remettre en cause l'appréciation de ce médecin, en particulier par rapport à l'évaluation du taux retenu pour fixer l'IPAI, d'examiner si l'on peut reconnaître aux rapports successifs du Dr D_____, une pleine valeur probante. On rappellera que le médecin d'arrondissement s'est prononcé à 3 reprises sur le cas du recourant : - le 3 avril 2018, ce médecin a personnellement examiné l'assuré, l'objectif de cet examen étant de déterminer si l'état de l'assuré était actuellement stabilisé, de procéder à un examen final pour se prononcer sur l'exigibilité et sur l'IPAI (pour le détail, il est renvoyé ici au ch. 14 ci-dessus En fait). Force est de constater que, sur le plan formel, son rapport d'examen personnel de l'assuré répond pleinement aux exigences de la jurisprudence rappelée précédemment pour que le rapport médical puisse se voir reconnaître une pleine valeur probante : le Dr D_____ est un spécialiste reconnu qui s'est en l'occurrence prononcé sur une problématique propre à sa spécialité; son examen se fonde sur une pleine connaissance du dossier étudié préalablement; il a recueilli les éléments anamnestiques nécessaires à son évaluation; il a

noté les plaintes de l'assuré et a ensuite procédé à l'examen clinique de l'intéressé : le déshabillage étant facile et fluide, aucune limitation fonctionnelle ni de l'épaule ni du coude n'étant observée, il a concentré son examen sur l'avant-bras et la main, procédant à tous les tests et examens utiles, comparant ses constatations aux examens antérieurs

A/4542/2019 - 13/23 - et notamment à l'évolution de l'état de santé depuis le séjour de l'intéressé et le rapport établi par les médecins de la CRR ainsi qu'avec les différents documents d'imagerie composant le dossier radiologique depuis la survenance de l'accident du début décembre 2015. Il a retenu les diagnostics de fracture intra-articulaire de la base du 5ème métacarpe D, rupture du TFCC, conflit ulno-carpien, ablation du pisiforme, persistance possible d'un conflit ulno-carpien. Il a constaté une amélioration des douleurs après la dernière intervention chirurgicale, relevant que celles-ci, autrefois décrites comme constantes à des degrés d'autoévaluation relativement élevés, étaient désormais bien moindres et n'apparaissaient qu'en cas d'utilisation du membre, qui lui paraissait sous-utilisé de façon volontaire (plus ou moins consciemment). Il a constaté, à l'instar des médecins de la CRR, qu'il existait une grosse dissociation entre le MSG et le MSD en ce qui concerne la force, assez surprenante dans la mobilisation (valeurs proches de 0, alors qu'il n'existait pas d'élément dépressif patent); le fait que l'assuré n'ait pas repris son travail entraînait certainement une thymie abaissée avec une répercussion sur le MS dans son utilisation; mais l'électromyogramme était normal; l'évaluation fonctionnelle initialement effectuée à la CRR avait montré qu'une autolimitation de l'effort et des mouvements était probable. Il a relevé que parfois l'assuré évoquait des pistes de reconversion (chauffeur de taxi, activité bimanuelle) dont il semblait brièvement, à l'examen du jour, et plus complètement au cours du séjour à la CRR, que l'assuré ait une parfaite attitude avec l'utilisation et l'intégration des deux mains, alors qu'en cours d'évaluation séparée, le tableau était un peu incohérent dans cette utilisation qui spontanément se révélait tout à fait possible au cours de l'examen du jour (3 avril 2018) . Il a également observé que la douleur était le seul facteur vraiment limitant objectif, suggérant, mais avec beaucoup de réserves quant à l'efficacité d'une telle mesure sur la douleur, une possible intervention supplémentaire consistant à un raccourcissement du cubitus, à examiner par le chirurgien traitant (Dr C_____). Quant à la mobilité, elle était tout à fait excellente et supérieure à ce qui avait pu être constaté objectivement au cours du séjour à la CRR. En l'absence de nouvelle chirurgie réalisée dans les conditions d'évaluation précitées, le médecin d'arrondissement pouvait considérer que l'examen était un examen final avec aucune limitation fonctionnelle objective retenue, au vu du nombre de limitations démontrées par l'assuré. La situation était stabilisée au point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles; le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité, bien que favorable sur la base de constatations objectives, paraissait toutefois extrêmement compromis sur le plan pratique. Le pronostic de réinsertion dans une activité moins lourde était tout à fait favorable, avec un rendement complet, à l'issue de 6 mois postopératoires sans complications après nouvelle chirurgie sur l'ulna ou dès ce jour, si cette intervention ne faisait pas la preuve de sa pertinence ou de son acceptation. À noter que dans les semaines suivantes, le Dr C_____ a attesté dans un rapport du 8 mai 2018 (voir ch. 17 En fait) au médecin d'arrondissement que la situation était stabilisée sur le plan médical : à

A/4542/2019 - 14/23 - la consultation du 30 avril 2018, les différents éléments carpiens étaient sensibles à la palpation. Il ne pouvait donc pas attribuer ces douleurs à un éventuel conflit ulno-carpien; la situation était donc consolidée et il n'arriverait pas à améliorer les

symptômes par d'autres mesures chirurgicales ou conservatrices. Ainsi, les conclusions du Dr D_____ aux termes de son examen du 3 avril 2018 sont convaincantes, exemptes de toute contradiction, coïncidant au demeurant avec les précédentes évaluations, notamment des médecins de la CRR, et corroborées par l'avis du chirurgien traitant ayant examiné son patient dans le sens préconisé par le médecin d'arrondissement lors de son examen du 3 avril 2018. Ainsi ce rapport a une pleine valeur probante. - Le 8 octobre 2018 (voir ci-dessus ch. 18 En fait), le Dr D_____ a procédé à une évaluation de l'atteinte à l'intégrité. On reviendra plus en détail sur son rapport, lors de l'examen du grief au terme duquel le recourant allègue en substance que le taux d'atteinte à l'intégrité retenu par le médecin d'arrondissement serait sous-évalué. On relèvera toutefois à ce stade que cette seconde évaluation, effectuée formellement sur la base du dossier, reposait toutefois sur l'examen personnel de l'assuré du 3 avril 2018, examen qui avait notamment pour but de permettre au médecin de l'assurance de se prononcer sur la question de l'IPAI. - Enfin, le 21 octobre 2019 (voir ci-dessus ch. 22 En fait), le Dr D_____ - à qui le dossier avait à nouveau été soumis, dans le cadre de l'instruction de l'opposition, afin notamment qu'il décrive de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assuré, et se prononce sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier, respectivement dans une activité adaptée -, a procédé à une nouvelle appréciation médicale. Après avoir repris l'analyse des documents pertinents versés au dossier, se référant à son examen du 3 avril 2018, il a rappelé que l'assuré montrait de nombreuses autolimitations d'origine subjective empêchant l'évaluation, ce qui avait été démontré lors de son séjour à la CRR. Il a observé que si l'exercice du pisiforme, pratiquée le 4 septembre 2017, n'avait pas amélioré la fonction, elle avait en revanche « très nettement amélioré les douleurs ». S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier, il a retenu que celle-ci n'était plus exigible. Il a, ensuite, décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail nécessitant le soulèvement de poids supérieurs à 3 kg du côté lésé (main droite dominante), le côté gauche étant sain; pas de mouvements nécessitant une hyperextension du poignet avec la main droite; pas de soulèvement de poids supérieurs à 3 kg avec la main droite; pas d'utilisation du poignet en flexion/extension rapide ou intensive du côté droit. En respectant ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité dans tout travail était de 100 % sans diminution de rendement. Ses conclusions sont parfaitement claires, convaincantes, exemptes de contradictions, et répondent en tous points aux questions posées, de sorte que ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

A/4542/2019 - 15/23 - Ainsi, la décision entreprise ne saurait être critiquable, en tant que les conclusions de la CNA sur les divers points litigieux reposaient sur l'évaluation probante de son médecin d'arrondissement.

E. 10

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'al. 2 de cette disposition, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

E. 11

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle générale, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

E. 12

a. 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 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 ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la

A/4542/2019 - 16/23 - plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). c. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). d. Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique

alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre

A/4542/2019 - 17/23 - 2019 consid. 3.3.4.2. et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées).

E. 13

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 14

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 (Cst - RS 101; 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).

E. 15

Dans un premier grief, le recourant, reprenant l'argumentation qu'il avait développée dans le cadre de son opposition, persiste à reprocher à l'intimée de s'être écartée sans motif de l'évaluation du taux d'invalidité retenu par l'OAI dans la décision qui faisait alors l'objet du recours pendant devant la chambre de céans (17.2 % donnant droit à une rente d'invalidité selon la LAA). Il invoque le principe selon lequel la notion d'invalidité et le procédé permettant d'en évaluer le taux étant régi par la LPGA, cette réglementation commune doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un taux d'invalidité similaire, quelle que soit l'assurance sociale concernée (ATF 119 V 468 consid. 3). Ainsi, selon lui, un assureur ne devrait pas, sans raison objective, s'écarter de la décision d'un autre assureur; il considère qu'en l'espèce, la CNA s'écarterait d'une décision antérieure rendue par l'OAI, sans en justifier les raisons. Ce grief tombe à faux.

A/4542/2019 - 18/23 - S'agissant tout d'abord du principe d'uniformité de la notion d'invalidité, dont le recourant se prévaut, il convient de rappeler que, conformément à la jurisprudence fédérale publiée (ATF 131 V 362 consid. 2.3), l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. Le Tribunal fédéral a également admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité, en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (ATF 133 V 549). Quoiqu'en dise le recourant, l'intimée était donc fondée à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité. Cette jurisprudence a d'ailleurs été reprise et confirmée dans plusieurs arrêts récents, non publiés, du Tribunal fédéral (notamment 8C_445/2015 du 9 mai 2016 consid. 3; 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.2 et 8C_149/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Ce principe est en l'occurrence d'autant plus pertinent que l'intimée, comme elle l'a rappelé de façon motivée, dans la décision entreprise (consid. 4.2), a procédé à la détermination du gain sans invalidité d'une manière beaucoup plus précise que ne l'a fait l'OAI dans sa décision du 7 mai 2019 (reprenant les termes de son projet du 1er mars 2019), - décision qui, au demeurant, n'était pas définitive au moment où la décision sur opposition de la CNA (8 novembre 2019) a été rendue. En effet, en relation avec le principe selon lequel le gain de valide est généralement fixé sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de l'invalidité (ATF 96 V 29; RAMA 1993, page 100, consid. 3b), l'intimée a rappelé que le licenciement de l'assuré, le 29 septembre 2016, ne tenait pas aux conséquences de son accident, mais découlait d'une faute grave de sa part, dans le cadre des rapports de travail. Or, dans une telle situation, la jurisprudence a précisé que le revenu sans invalidité pouvait être déterminé sur la base du salaire minimum prévu par la convention collective de travail applicable dans la branche concernée, y compris en tant qu'elle prévoit un 13ème salaire, car un tel salaire est, pour une personne ne bénéficiant d'aucune formation reconnue dans la branche en question, plus précis que celui qui ressort de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_462/2014 du

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté.

A/4542/2019 - 23/23 -

E. 19

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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.