

GE_GERICHTE ATAS/848/2017 vom 3. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_848_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/848/2017 du 3 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/848/2017 del 3 ottobre 2017

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) 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.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 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.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à 22% et à une IPAI fondée sur un taux supérieur à 12%.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

A/542/2017 - 12/27 - b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre

médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

E. 6

a. 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 convient 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

A/542/2017 - 13/27 - l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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. Etant 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). 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). Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 7

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).

A/542/2017 - 14/27 -

E. 8

Enfin, 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

En l'occurrence, l'intimée a retenu que seules les atteintes au membre supérieur gauche devaient être prises en compte dans la détermination de la capacité de travail du recourant, à l'exclusion des cervicalgies et des troubles psychiques, lesquels n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident assuré, ce que le recourant conteste. S'agissant du membre supérieur gauche, il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, que le recourant a présenté une fracture-luxation complexe du coude gauche, avec ouverture cutanée, une synostose radio-cubitale supérieure, une ostéosynthèse, l'évolution vers une algodystrophie et une compression du nerf cubital gauche. Il n'est pas non plus contesté que ces atteintes entraînent une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du recourant (rapport du Dr H_____ du 29 septembre 2014; rapport du Dr K_____ du 7 janvier 2016). S'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr K_____, lequel a retenu une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement, dans une activité réalisée indifféremment en position debout ou assise, avec un port de charge limité à 20 kg du côté droit, de façon occasionnelle et de façon à ne pas déstabiliser ou compenser avec le côté gauche, avec un port de charge maximale et occasionnelle de 1 kg du côté gauche, la main gauche n'ayant qu'une fonction accessoire de stabilisation, sans devoir monter sur une échelle et sans devoir s'agenouiller.

La Chambre de céans constate que le rapport du Dr K_____ se base sur des examens du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce spécialiste s'est exprimé sur l'état de santé du recourant et sur sa capacité de travail. Ses conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. On relèvera par ailleurs qu'aucun autre spécialiste n'a émis de conclusions permettant de s'écarter de cette exigibilité, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, laquelle a été par ailleurs confirmée par le Dr L_____ qui a également précisé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K_____

A/542/2017 - 15/27 - comprenaient, de toute évidence, l'absence de mouvement répétitif avec le membre supérieur gauche et qu'elles englobaient donc largement les limitations fonctionnelles établies par le Dr H_____ (rapport du 13 avril 2017). Enfin, contrairement à ce qu'avance le recourant, ce dernier ne se trouve pas dans la situation d'un mono-manuel, dans la mesure où il peut tout de même utiliser occasionnellement son membre supérieur gauche avec sa main gauche fonctionnant comme stabilisateur pour des efforts correspondant à des charges de moins de 1 kg. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a retenu qu'en raison de ses atteintes au membre supérieur gauche, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant fait valoir que l'intimée a omis de prendre en compte les cervicalgies et les céphalées dans la détermination de sa capacité de travail. Il résulte du dossier que si le recourant s'est certes plaint de cervicalgies lors de sa première hospitalisation (rapport des Drs D_____ et E_____ du 10 janvier 2012), il n'en demeure pas moins que ni le bilan radiologique par total body CT réalisé aux urgences des HUG, ni l'IRM cervicale effectuée le 18 juin 2013 n'ont mis en évidence de lésion traumatique au niveau cervical (rapport des Drs D_____ et E_____ du 10 janvier 2012; rapport du Dr G_____ du 26 juin 2013; rapport du Dr L_____ du 13 avril 2017). En outre, lors de l'accident, le recourant n'a subi ni de traumatisme crânien, ni de perte de connaissance (rapport des Drs D_____ et E_____ du 10 janvier 2012). Force est donc de constater l'absence de pièce médicale permettant de retenir que les cervicalgies et les céphalées alléguées par le recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. Le recourant fait également valoir qu'il présente des troubles psychiques qui doivent être pris en considération pour déterminer sa capacité de travail résiduelle. La Chambre de céans constate déjà l'absence au dossier d'une appréciation médicale relative à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre d'éventuels troubles psychiques et l'accident. Quoi qu'il en soit, une instruction complémentaire sur ce point ne saurait toutefois être mise en œuvre par la Chambre de céans, dès lors que le lien de causalité adéquate devrait être nié pour les motifs qui suivent.

E. 10

Le droit à des prestations suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord

A/542/2017 - 16/27 - classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

A/542/2017 - 17/27 - Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en

présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

E. 11

En l'occurrence, l'intimée a retenu que l'accident doit être classé dans les accidents de gravité moyenne. D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 m et 8 m et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (arrêt du

A/542/2017 - 18/27 - Tribunal fédéral 8C_463/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.2.2 et les références citées). En l'espèce, si le Dr I _____ a certes fait état, trois ans après l'accident, d'une chute d'environ 5 m, il convient toutefois d'accorder la préférence au premier rapport établi immédiatement après l'accident et selon lequel le recourant a fait une chute de 4 m (rapport des Drs D _____ et E _____ du 10 janvier 2012). L'accident doit par conséquent être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas. Dans une telle éventualité, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1 et les arrêts cités). Selon l'intimée, il n'y a pas eu de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et l'accident ne revêtait pas un caractère particulièrement impressionnant, ce que le recourant conteste, en faisant valoir que les circonstances de l'accident ont été vécues de manière traumatisante. La Chambre de céans rappellera que la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.1.2; 8C_463/2014 du 14 juin 2015 consid. 5.2.3 ou encore 8C_78/2013 du 19

décembre 2013 consid. 4.3.2). En l'occurrence, le recourant ne fait état d'aucun élément qui aurait rendu le déroulement de l'accident particulièrement impressionnant. S'il a certes chuté d'une hauteur de 4 m, il n'a toutefois pas perdu connaissance et n'a pas subi de traumatisme crânien. Le Tribunal fédéral a par exemple nié que la condition du caractère impressionnant de l'accident fût remplie dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un élévateur d'une hauteur de 5,6 m (arrêt du Tribunal fédéral 8C_807/2008 du 15 juin 2009) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral U 144/05 du 27 décembre 2005; arrêt du Tribunal fédéral du 30 novembre 2005 U 21/06 consid. 4.5). C'est donc à juste titre que l'intimée a nié ce critère. Par ailleurs, si le recourant a certes présenté au coude gauche une fracture luxation ouverte associée à une rupture du ligament huméro-ulnaire, il n'a toutefois manifestement pas subi de lésions graves ou particulières à la suite de cet

A/542/2017 - 19/27 - événement, ni menaçantes pour sa vie. On ajoutera que le fait de ne pas pouvoir garder le même poste de travail que celui effectué avant l'accident en raison de ces séquelles ne suffit pas à admettre ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2). Par ailleurs, il apparaît que suite à l'intervention pratiquée le 16 décembre 2011, le contrôle radiologique a révélé une subluxation du coude gauche conduisant à une reprise chirurgicale le 23 décembre 2011, lors de laquelle une rupture du ligament huméro-ulnaire externe, un lâchage des deux points de fixation de la coronoïde et une mauvaise tenue de la tête radiale ont été mis en évidence. Un nouveau contrôle radiologique a ensuite révélé une subluxation du coude, de sorte qu'un fixateur externe a dû être réalisé le 31 décembre 2011 (rapport du 10 janvier 2012 des Drs D_____ et E_____). Cela étant, les pièces versées au dossier ne permettent toutefois pas de considérer que le recourant a été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. S'agissant de l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U_369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U_393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U_380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). En l'occurrence, si le recourant a certes subi initialement trois interventions chirurgicales (les 16, 23 et 31 décembre 2011) et une ablation du matériel d'ostéosynthèse (le 7 février 2012), le traitement médical a ensuite consisté en des séances de physiothérapie et la prise d'antalgiques, sous réserve de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'une arthrolyse du coude gauche (le 19 novembre 2013) et d'une neurolyse au coude et au poignet gauches (le 10 février 2015). Il s'ensuit que le traitement ne saurait être considéré comme ayant été objectivement lourd et pénible. S'agissant de l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au

regard notamment de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'occurrence, s'il apparaît que le recourant a présenté

A/542/2017 - 20/27 - pendant un certain temps des douleurs physiques constantes, aucune pièce au dossier ne permet toutefois de retenir qu'elles ont été impressionnantes, ni qu'elles ont entraîné des empêchements sévères dans sa vie quotidienne. Qui plus est, à compter de l'intervention chirurgicale effectuée le 10 février 2015, les douleurs ont été maîtrisées (rapports du Dr I_____ des 9 décembre 2015 et 8 juin 2016). Enfin, le critère de la durée de l'incapacité de travail semble être rempli, étant donné que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle. Toutefois, ce dernier demeure capable de travailler à plein temps dans un autre secteur d'activités, de sorte que ce critère ne présente pas un caractère suffisamment marqué. Ainsi, en l'absence d'un cumul de trois critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, force est de constater que l'accident subi le 15 décembre 2011 ne peut être tenu pour la cause adéquate des éventuels troubles psychiques que présenterait le recourant. Dans la mesure où le caractère adéquat et le caractère naturel de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, il n'est pas nécessaire de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique, comme le réclame le recourant. Partant, la question du lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident peut rester indéterminée. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en considération les répercussions des éventuels troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant pour déterminer son degré d'invalidité. Enfin, le recourant fait valoir qu'il a été contraint d'interrompre le stage d'orientation professionnelle de l'OAI en raison de troubles lombaires entraînant une incapacité de travail totale du 24 février au 24 avril 2017. La Chambre de céans relèvera déjà que cette incapacité de travail ne saurait être prise en compte dans la mesure où les troubles lombaires, au vu des pièces versées au dossier, ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Qui plus est, cette incapacité de travail est survenue postérieurement à la date de la décision litigieuse (le 13 janvier 2017). Or, 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). Compte tenu de ce qui précède, le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et une capacité de travail totale sans baisse de rendement dans une activité adaptée, soit dans une activité réalisée indifféremment en position debout ou assise, avec l'absence de mouvement répétitif avec le membre supérieur gauche avec un port de charge limité à 20 kg du côté droit, de façon occasionnelle et de façon à ne pas déstabiliser ou compenser avec le côté gauche, avec un port de charge maximale et occasionnelle de 1 kg du côté gauche, la main

A/542/2017 - 21/27 - gauche n'ayant qu'une fonction accessoire de stabilisation, sans devoir monter sur une échelle et sans devoir s'agenouiller.

E. 12

Il convient d'examiner le degré d'invalidité que présente le recourant, étant précisé qu'une éventuelle évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).

E. 13

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). 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). b. 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 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). 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). 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

A/542/2017 - 22/27 - de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B.80/01 du

E. 17

octobre 2003 consid. 5.2.2). d. 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 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 des 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. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). 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). 14. En l'occurrence, le droit à une rente d'invalidité s'est ouvert en 2016, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là.

A/542/2017 - 23/27 - S'agissant du salaire annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2016, c'est à juste titre que l'intimée a retenu CHF 71'155.- sur la base des informations fournies par l'employeur le 10 mars 2016 (pièce 259 chargé intimée), que le recourant ne conteste pas au demeurant. S'agissant du salaire avec invalidité en 2016, l'intimée a appliqué la méthode des DPT et a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève. Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2016. On doit cependant donner raison au recourant en ce qui concerne l'incompatibilité des DPT n° 11555 (pompiste), n° 350284 (notificateur), n° 7237 (huissier) et n° 5825 (conducteur de palan) avec le handicap à la main gauche qu'il présente. Il ressort en effet de la description de ces postes de travail que l'usage des deux mains est "partiellement nécessaire", alors que le Dr K_____ a indiqué que la main gauche du recourant ne pouvait avoir qu'une fonction accessoire de stabilisation. On peine dès lors à envisager que le recourant puisse mettre à contribution cette main dans la mesure exigée par ces emplois. Etant donné que la méthode appliquée par l'intimée ne remplit pas les conditions imposées par la jurisprudence, on ne peut donc pas s'y référer pour évaluer l'invalidité du recourant. Il convient par conséquent d'effectuer un calcul sur la base des statistiques salariales. En se fondant sur l'ESS 2014, le salaire de référence est celui des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 (T1_tirage_skill_level), soit CHF 5'312.- x 12 mois, soit CHF 63'744.- par an. Cette valeur statistique s'applique 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, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures,

durée inférieure à la moyenne en 2014 (41,7 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être porté à CHF 66'453.- (63'744 x 41.7 / 40) et à CHF 67'021.- indexé à 2016 selon l'évolution des salaires en termes nominaux pour les hommes (ISS, en 2014 : 2220 et en 2016 : 2239; soit CHF 66'453 x 2239 /2220). Par ailleurs, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques

A/542/2017 - 24/27 - 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3.). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du

E. 18

Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

E. 19

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

A/542/2017 - 27/27 - 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.