

GE_GERICHTE A/1632/2022 vom 19. Dezember 2023

GE Cour de justice, 2023-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1632_2022

FR: GE_GERICHTE A/1632/2022 du 19 décembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/1632/2022 del 19 dicembre 2023

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 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

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

E. 4

E. 4.1

Aux termes de l'art. 6 LAA, si ladite loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

E. 4.1.1

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans

cet événement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 4.1.2

Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI) si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). L'art. 19 LAA dispose 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'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2).

E. 4.2

En l'occurrence, comme clarifié par la voix du recourant et de son conseil lors de l'audience du 26 septembre 2023, la stabilisation de son état de santé après le 31 octobre 2021 n'est pas contestée, ni non plus le taux de l'IPAI fixé à 5% (quand bien même l'intéressé semble estimer à l'allégué 24 de son recours qu'« un bras quasiment paralysé constitue une atteinte sévère à l'intégrité, à tout le moins de plus de 5% », mais étant précisé qu'il n'a formulé de conclusions sur ce point ni dans son opposition ni dans son recours). Seule est donc litigieuse la question de l'octroi ou non d'une rente d'invalidité selon la LAA et, le cas échéant, à quel taux. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement – ici au 20 avril 2022 (date du prononcé de la décision sur opposition querellée) –, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 4.3

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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 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 (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021, la version antérieure indiquant "dans son domaine d'activité" plutôt que "qui entre en considération"). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

E. 4.4

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. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).!

E. 4.4.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 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. 4.4.2

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).

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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). 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 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. 4.5

!

E. 4.5.1

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. 4.5.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).!

E. 4.5.3

Au surplus, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).!

E. 5

!

E. 5.1

En l'espèce, les allégations et arguments du recourant sont en substance les suivants.!

E. 5.1.1

Dans son recours, le recourant fait valoir qu'à la suite de son accident dans le cadre duquel « il est tombé des échafaudages et s'est gravement blessé l'avant-bras », il souffre de douleurs qui persistent à ce jour et, de façon concrète, il est dans l'incapacité de bouger et faire usage de son bras gauche. Selon lui, il ne peut plus travailler dans le secteur du bâtiment, domaine dans lequel il a une expérience professionnelle. « Il est improbable, voire impossible, [qu'il] retrouve un emploi lui assurant le même salaire que son emploi dans le secteur du bâtiment au vu de son handicap même s'il fournit des efforts raisonnables. En effet, [il] ne peut plus faire usage de son bras gauche. Il ne parle pas couramment le français et n'a ni qualifications ni expériences professionnelles dans d'autres domaines. Il peine à comprendre le raisonnement de la SUVA dans la mesure où un bras paralysé constitue une atteinte grave à l'intégrité corporelle et réduit de façon conséquente la capacité de travail ». D'après l'intéressé, sa perte de rendement est d'au minimum 10%.!</p></div>
<div data-bbox="124 305 195 322" data-label="Section-Header"><h3>E. 5.1.2</h3></div>
<div data-bbox="124 324 878 906" data-label="Text"><p>Lors de l'audience du 26 septembre 2023, le recourant, assisté d'une interprète dans sa langue maternelle ainsi que de son conseil, déclare : « Sur question du Président, mon problème concerne la main et l'avant-bras gauches. J'ai des douleurs constantes. Des fois cela m'empêche même de dormir. Vous pouvez voir comment je tremble. J'ai des douleurs constantes même quand je me douche et que je m'habille. Je ne peux rien faire avec cette main. Je ne peux pas bien bouger ma main et mon avant-bras gauches. C'est comme si j'avais un courant électrique qui les parcourt. Parfois, c'est l'avant-bras et la main gauches sont bleus comme si j'avais un hématome ». Le président relate ensuite : « [L'assuré] fait une rotation des deux côtés de ses deux bras. Le bras gauche paraît avoir plus de difficultés à effectuer la rotation. Après cet exercice la main gauche semble trembler ». Puis l'intéressé indique : « Sur question du Président, je ne peux pas porter quelque chose avec mon bras gauche. Je peux saisir quelque chose mais alors ma force lâche. Je peux saisir des petits objets. Je peux prendre une assiette avec main gauche mais souvent elle tombe par terre. Je suis droitier ».</p><p>Toujours lors de ladite audience, l'avocate de la caisse et l'avocat de l'intéressé considèrent tous deux qu'il n'y a pas d'éléments dans le dossier montrant des limitations concernant le bras droit. Le conseil de l'assuré indique ne pas tirer de conclusion particulière des rapports produits au printemps 2023 si ce n'est qu'ils démontrent d'après lui l'impossibilité pour l'intéressé de porter quoi que ce soit avec son bras gauche. Toujours selon ledit avocat à la suite d'une remarque du président selon laquelle le niveau de compétence 1 retenu par l'intimée pour le revenu avec invalidité statistique correspond à des tâches simples et répétitives quel que soit le domaine d'activité, le recourant n'arrive même pas à effectuer des tâches simples et répétitives. Même pour ce type de tâche il devrait à un moment donné être obligé d'utiliser les deux bras. Ledit conseil comprendrait une possibilité d'une activité de bureau avec une seule main, mais un tel emploi ne paraît pas à l'ordre du jour vu les qualifications de l'assuré, qui ne parle pas français et n'a pas de formation. L'avocat précise ensuite contester tout (constatations et appréciations) ce qui émane du Dr O_____, donc également les limitations fonctionnelles que ce dernier retient, ajoutant que le recourant est incapable de porter des charges même inférieures à 5 kg. L'assuré déclare ensuite : « Sur question du Président qui me demande si j'arrive à faire des mouvements fins avec ma main gauche (utiliser les doigts pour actionner des petits objets), je réponds que j'arrive très peu à le faire et qu'assez vite j'ai comme un courant électrique qui me traverse depuis les doigts jusqu'au coude. Parfois avec irradiation jusqu'à l'épaule, voire le cou. Je ne peux pas utiliser mon bras gauche comme soutien à mon bras droit. Je n'utilise que le bras droit pour me raser, par exemple ».</p></div>

E. 5.2

Cela étant, les rapports du Dr O_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, notamment celui du 30 juillet 2021 faisant suite à l'" examen final ", répondent, sur le plan formel et d'une manière générale, en principe aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante : ils émanent d'un médecin spécialiste du domaine en question (chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. En particulier, dans son rapport du 30 juillet 2021 faisant suite à l'" examen final ", le médecin d'arrondissement a personnellement examiné l'intéressé préalablement à l'établissement de son rapport ; il a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé ses propres constatations ; il a en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions pertinentes.!

E. 5.3

Force est de constater que le recourant n'apporte aucun élément médical probant, ni même un indice concret, à l'encontre de l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA, selon lequel celui-là a une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de carreur mais entière dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5 kg de manière occasionnelle et régulière, de même que les mouvements fins nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, le membre supérieur gauche pouvant en revanche être utilisé comme soutien au côté droit.!

E. 5.3.1

Notamment, les rapports de la CRR ne vont pas dans un autre sens que cette appréciation, ce d'autant moins qu'ils datent de presque une année avant le rapport du médecin d'arrondissement du 30 juillet 2021, et à une époque où l'état de santé de l'intéressé n'était pas encore considéré comme stabilisé.!

C'est de manière crédible que le conseil de l'intimée, par rapport aux limitations fonctionnelles provisoires retenues par la CRR (port de charges avec la main gauche, activités nécessitant une force importante et des mouvements répétés du membre supérieur gauche), indique qu'il n'est pas contradictoire qu'ultérieurement le Dr O_____ ait retenu des limitations fonctionnelles un peu différentes, notamment sur la base d'un examen clinique et de l'examen des pièces au dossier, ce qui inclut l'imagerie médicale. Cette différence apparaît en effet minime, les médecins de la CRR semblant déconseiller d'une manière générale tout port de charges avec le bras gauche, alors que le médecin d'arrondissement de la SUVA le limite à 5 kg au maximum, différence pouvant s'expliquer en particulier par le fait que les conclusions sur ce point du Dr O_____ sont postérieures d'environ une année à celles de la CRR. Cette dernière et le médecin d'arrondissement s'accordent, pour le reste, quant à l'évitement des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche.

E. 5.3.2

Ni les rapports de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG ni d'éventuels rapports du médecin orthopédiste traitant, le Dr G_____, ne contiennent des indications pertinentes relatives à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles, étant au surplus relevé qu'ils portent sur la période où l'état de santé de l'assuré n'était pas encore considéré comme stabilisé.!

C'est de manière non motivée que le Dr G_____

considère le 23 juin 2021 l'assuré comme non apte au travail, appréciation qui n'est au demeurant pas confirmée par la suite par ce médecin.

E. 5.3.3

Les rapports établis au premier semestre 2023 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG ne sont pas non plus en faveur de la position et des conclusions du recourant, si tant est qu'ils puissent être pris en considération dans la mesure où ils ne rapporteraient pas d'évolution (notamment aggravation) par rapport à la situation médicale existant à la date du prononcé le 20 avril 2022 de la décision sur opposition présentement litigieuse (question qui peut demeurer indécise).! [endif]> [if> On ne discerne notamment pas de problèmes particuliers qui ressortiraient du rapport de « consultation médicale de suivi » établi le 7 mars 2023 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques, des HUG. En outre, une éventuelle divergence entre le Dr O_____ et ledit service (rapport du 13 avril 2023) en matière de mesure (Jamar) serait ici sans incidence sur les questions pertinentes.

E. 5.4

Les arguments du recourant selon lesquels il ne parle pas couramment le français et n'a ni qualifications ni expériences professionnelles dans d'autres domaines que le secteur du bâtiment ne sont pas d'ordre médical et sont dès lors sans pertinence concernant la capacité de travail (y compris sous l'angle du rendement) et les limitations fonctionnelles. [endif]> [if>

E. 5.5

En définitive, comme exposé à juste titre par l'intimée, il est admis que le recourant souffre encore de douleurs au bras gauche et « sur le versant ulnaire du poignet gauche » (rapport du 13 avril 2023 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG), et qu'il ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle de carreleur ou toute autre profession ne respectant pas les imitations fonctionnelles exprimées par le Dr O_____. [endif]> [if> En revanche, du point de vue médical, l'assuré a une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées par ce médecin d'arrondissement. En l'absence d'un quelconque indice concret susceptible de mettre en doute les appréciation et conclusions du médecin d'arrondissement de la caisse, une expertise médicale, qu'elle soit judiciaire ou à mettre en œuvre par l'intimée, n'a, par appréciation anticipée des preuves, pas lieu d'être.

E. 5.6

Reste la question de la composante économique de l'invalidité résultant des limitations fonctionnelles retenues ci-dessus. [endif]> [if>

E. 5.6.1

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 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, 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 137 V 334 consid. 3.3.1). 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 consid. 4.1 et les références). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits – abattement –, 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références). Par exemple, un abattement de 10% a été confirmé par le Tribunal fédéral dans un cas de non-usage de la main et du bras gauches, la personne assurée pouvant trouver dans le marché du travail équilibré des emplois ne nécessitant pas l'usage de la main et du bras gauches, tels que des activités simples de surveillance, examen et contrôle ainsi que l'utilisation et la surveillance de machine semi-automatique ou d'unités de production (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2).

E. 5.6.2

Dans le cas présent, le recourant ne conteste pas la comparaison des revenus effectuée par l'intimée. Au demeurant, pour ce qui est du revenu avec invalidité, l'intimée, dans son "calcul du taux d'invalidité avec les chiffres de [l'ESS]" et son "résumé des documents déterminant pour la fixation de la rente", a – à juste titre – pris en considération l'année 2021 pour le départ de la rente, ainsi que le niveau de compétence 1 – le moins élevé –, pour un homme. Etant donné qu'au 19 novembre 2021 l'ESS 2020 n'avait pas encore été établie par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) – elle ne l'a été que le 23 août 2022 –, la caisse est partie de l'ESS 2018, "secteur privé, Suisse", tableau TA1_skill_level – publiée le 21 avril 2020 par l'OFS et accessible par internet (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.12488213.html>), plus précisément du salaire mensuel (pour 40 heures par semaines) pour les hommes sous

"total" pour le niveau de compétence 1 (tâches physiques et manuelles simples), c'est-à-dire CHF 5'417.-, qu'elle a annualisé à CHF 65'004.- après l'avoir multiplié par 12. Ce revenu a ensuite été ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41,7 heures) et de l'indexation des salaires nominaux, puis a fait l'objet d'un abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles. Ce calcul a été correctement effectué par la SUVA, en conformité avec la jurisprudence citée plus haut, y compris relativement à l'abattement de 10%, que le recourant ne conteste du reste pas. Notamment, il existe un nombre suffisant d'emplois compatibles avec les limitations fonctionnelles liées à l'évitement du port de charges supérieures à 5 kg avec le bras gauche, voire même avec les deux bras, ainsi qu'à l'évitement des mouvements fins nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_366/2013 précité consid. 4.2). À cet égard, selon le rapport « mandat de réadaptation » établi le 18 août 2021 et confirmé le 11 novembre 2021 par l'équipe réadaptation de l'OAI, l'assuré pourrait prétendre à de nombreux emplois tels que patrouilleur scolaire, surveillant de cantines scolaires, « contrôleur/visiteur en salle blanche dans l'industrie légère », « huissier par exemple dans un musée », chauffeur-livreur.

E. 6

Vu ce qui précède, la décision sur opposition querellée est en tous points conforme au droit, et le recours, infondé, doit être rejeté.![endif]>![if>

E. 7

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPG).![endif]>![if>
*** 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.