

GE_GERICHTE A/2784/2011 vom 17. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2784_2011

FR: GE_GERICHTE A/2784/2011 du 17 avril 2012

IT: GE_GERICHTE A/2784/2011 del 17 aprile 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur J _____, domicilié à Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Monsieur J _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1969, originaire de la République du Kosovo et naturalisé suisse, est arrivé en Suisse en 1993. Il a travaillé par le passé dans la réparation de véhicules, la charcuterie, l'agriculture, le jardinage, et en dernier lieu dans le montage de cloisons dans le bâtiment. Dès le 1^{er} août 2005, il est au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage et est ainsi assuré depuis lors contre les accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après SUVA) . En date du 26 juin 2007, alors qu'il était toujours au chômage, il a subi un accident, lors duquel il s'est blessé à la main gauche avec une scie circulaire en bricolant une étagère à domicile. Les diagnostics étaient ceux de section du tendon extenseur commun de D2-D3-D4 de la main gauche et de section du tendon extenseur propre de l'index gauche. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident. Le jour même de l'accident, il a été procédé à une intervention de suture du tendon extenseur commun de D2-D3-D4 gauches et de suture de tendon extenseur propre de l'index gauche. Lors d'un entretien à domicile en date du 1^{er} novembre 2007, l'assuré a déclaré à un inspecteur de la SUVA que ses douleurs persistaient au niveau de la main et du poignet gauche, mais qu'il était droitier. De plus, il a indiqué qu'il avait toujours travaillé dans des métiers physiques, et principalement sur les chantiers. Par rapport du 15 novembre 2007, le Dr A _____, médecin auprès de l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a constaté que l'évolution était mauvaise, que l'algoneurodystrophie était majeure et que la durée du traitement était d'au minimum une année. Le 6 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession ou un placement. Par rapport du 31 mars 2008, le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a noté que l'évolution a été compliquée par une algodystrophie et apparemment par un lâchage des sutures. La main gauche était actuellement non fonctionnelle. L'assuré a séjourné du 23 avril au 15 mai 2008 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR). Dans le rapport du 2 juin 2008, les diagnostics suivants ont été posés : des thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), une algodystrophie de la main gauche, une probable déhiscence des sutures tendineuses des extenseurs, une plaie de la face dorsale de la main gauche par une scie circulaire le 26 juin 2007, avec une section du tendon extenseur commun de D2, D3, D4 de

la main gauche et du tendon extenseur propre de D2 gauche, ainsi qu'une encoche du troisième métacarpien, et une suture des tendons extenseurs communs des doigts D2, D3, D4 et du tendon extenseur propre de D2 le 26 juin 2007 (diagnostics secondaires). D'un point de vue somatique, l'assuré se plaignait notamment de douleurs prédominant à la main et à l'épaule gauches. A l'examen clinique, les médecins ont relevé une épargne du membre supérieur gauche. Bien qu'ayant suivi un programme de physiothérapie et d'ergothérapie durant le séjour, il n'est pas noté d'amélioration. D'un point de vue psychique, aucune psychopathologie majeure n'a été retenue, toutefois, il existait une certaine surcharge psychique, avec notamment des troubles du sommeil. Dès le mois de juin 2008, l'assuré a perçu une rente entière de l'AI. Dans un rapport du 19 septembre 2008, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de raideur metacarpophalangienne (main gauche) et a déclaré que l'évolution était stationnaire et la main non fonctionnelle. Par rapport final du 2 février 2009, le Dr B _____ a relevé l'existence d'une IRM cervicale réalisée en date 27 janvier 2009, laquelle avait mis en évidence une hernie discale D2-D3 et une discopathie C5-C6. Il a signalé que la situation n'évoluait plus actuellement et que l'état de la main était quasiment identique à celui observé en mars 2008. La symptomatologie douloureuse s'étendait de la main jusqu'à la nuque en passant par l'épaule. Le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie n'avait actuellement aucune efficacité. L'assuré était monomanuel. Il y avait un dommage permanent, lequel était estimé à 40% en raison de la perte fonctionnelle de la main gauche. Par courrier du 19 février 2009, la SUVA a déclaré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2009, mais qu'elle prendrait en charge les médicaments antalgiques. Sur requête de la SUVA, la Caisse de compensation du GGE - Gros œuvre et second œuvre a attesté, en date du 27 mars 2009, que si l'assuré exerçait toujours l'activité de monteur de cloisons, il aurait perçu un revenu mensuel moyen, y compris le 13^{ème} salaire, de 5'655 fr. 90 en 2007, de 5'753 fr. 40 en 2008 et de 5'830 fr. 30 en 2009. Par communication du 20 octobre 2009, l'OAI a décidé de mettre en place un stage d'orientation professionnelle du 19 octobre 2009 au 31 janvier 2010 auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI). Au vu de cette communication, la SUVA a repris le versement des indemnités journalières du 1^{er} août au 18 octobre 2009. Du rapport établi par les EPI en date du 11 janvier 2010, il résulte que l'assuré a été en incapacité de travail le 9 et 10 décembre 2009 et dès le 14 décembre 2009. Dans ses conclusions, le chef de secteur des EPI a déclaré que l'assuré ne pouvait pas être actuellement réadapté dans le circuit économique ordinaire. En effet, l'inconfort permanent au niveau de son membre supérieur gauche et de ses cervicales, son manque de polyvalence et ses trop faibles rendements ne lui permettaient pas de reprendre une activité pour le moment. Ses chances de succès pour trouver un emploi adapté à ses limitations étaient par conséquent très faibles. Durant son stage en atelier de réentrainement, aucune évolution n'a été observée par rapport à son rythme de travail (rendement de l'ordre de 20% dans une activité monomanuelle adaptée) et des signes d'inconfort constant ont été observés, lesquels ont donné lieu à un certificat médical avec une capacité de travail nulle. Par rapport du 14 mai 2010 adressé à l'OAI, le Dr C _____ a posé le diagnostic de main gauche inutilisable, ayant une influence sur la capacité de travail et d'état dépressif réactionnel. Il a en outre constaté l'existence de cervicalgies. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle. Par courrier du 8 juin 2010, l'assuré a informé la SUVA que d'après le Dr C _____, son état de santé était stabilisé et qu'il avait arrêté les séances de physiothérapie et

d'ergothérapie depuis plusieurs mois, attendu qu'elles n'apportaient plus de résultats. Il requérait ainsi de la SUVA qu'elle lui verse la totalité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et qu'elle statue sur son droit à une rente d'invalidité. Sur requête de la SUVA, la Caisse de compensation du GGE - Gros œuvre et second œuvre a indiqué, en date du 9 juin 2010, que le salaire mensuel de l'assuré 2010 aurait été identique à celui perçu en 2009, soit 5'830 fr. 30. Dans le cadre de la procédure de révision mise en œuvre par l'OAI, l'assuré a été examiné en date du 26 juillet 2010 par le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin auprès de Service médical régional AI (ci-après SMR), lequel a établi son rapport en date du 26 août 2010. Il a posé les diagnostics suivants : des séquelles d'une algodystrophie sévère du membre supérieur gauche et un syndrome épaule-main, un status après une plaie de la face dorsale de la main gauche avec une section du tendon extenseur commun des doigts 2, 3 et 4 et de l'extenseur propre de l'index gauche, traitée par suture, avec une probable déhiscence des sutures des tendons extenseurs de l'index et du majeur, des cervicalgies chroniques et des discopathies C4-C5, C5-C6 et D2-D3, ces diagnostics ayant tous des répercussions durables sur la capacité de travail. Il a également noté l'existence de douleurs chroniques de la cheville droite, un status après une probable entorse externe et un status après une brûlure de degré 3 de la paume de la main gauche durant l'enfance, traitée par une greffe cutanée en 1994. Dans le cadre de son appréciation, l'examineur a constaté que l'évolution était catastrophique malgré une multitude de traitements conservateurs. En effet, trois ans après l'accident, l'assuré avait toujours des douleurs de l'ensemble du membre supérieur gauche, irradiant jusqu'à la nuque. Sa main gauche était non fonctionnelle. En revanche, à l'examen clinique, la fonction du membre supérieur droit, membre dominant, était dans la norme et lui permettait de travailler dans un métier mono-manuel. En raison des douleurs de l'ensemble du membre supérieur gauche et de sa nuque, le médecin a conclu que même dans un travail adapté mono-manuel, la capacité de travail était seulement de 50% depuis le 26 juin 2008, étant précisé que ses limitations fonctionnelles concernaient également le port de charges et les efforts musculaires. Par appréciation du 9 novembre 2010, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré qu'en tenant compte des seules séquelles de l'accident, à savoir de la perte fonctionnelle de la main, l'assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans une activité professionnelle exclusivement mono-manuelle. Cette appréciation ne tenait toutefois pas compte de la comorbidité cervicale étrangère à l'accident, laquelle était également susceptible d'entraîner des limitations dans une activité mono-manuelle ne permettant pas de changements de positions. Il a ajouté que s'il se basait sur la définition usuelle d'un travail adapté basé sur l'exigibilité telle qu'établie dans le cadre de l'assurance-accidents, une activité qui ne pourrait être effectuée en pleine capacité ne pouvait être considérée comme une activité adaptée. Dans un courrier du 11 novembre 2010, la SUVA a informé l'assuré que dans la mesure où la situation était stabilisée depuis quelque temps déjà, il y avait lieu de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} février 2010, de sorte que des indemnités journalières LAA étaient versées pour la période courant du 14 au 31 janvier 2010. Par décision du 13 janvier 2011, la SUVA a alloué à l'assuré, dès le 1^{er} février 2010, une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 34% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%, d'un montant de 42'720 francs. En date du 11 février 2011, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA. Dans une appréciation établie en date du 17 février 2011, le Dr E_____ a confirmé que sur la seule base des séquelles de l'accident, l'assuré pourrait mettre en œuvre une pleine capacité,

sans diminution de rendement, dans toute activité professionnelle mono-manuelle, étant précisé que le déficit fonctionnel consécutif à l'accident se situait au niveau de la main gauche, soit la main non dominante de l'assuré. Il n'était ainsi pas tenu compte de l'influence sur la capacité de travail de facteurs étrangers à l'accident. Par courrier du 18 février 2011, la SUVA a transmis à l'assuré les trois DPT obtenues pour déterminer le gain d'invalidé, toutefois, attendu que ce nombre était insuffisant, elle a utilisé l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires), et en particulier le tableau TA1 (niveau de qualification 4, homme) pour fixer ce gain. Elle a ajouté avoir pris en considération un abattement de 25%, de sorte que le gain d'invalidé 2010 s'élevait à 46'499 fr. 65. Pour ce qui était du gain de valide, il était de 69'963 fr. 60 pour 2010, soit le gain que l'assuré aurait perçu en travaillant en qualité de monteur de cloisons. Il en résultait une perte de gain de 34%. Enfin, elle a retenu, conformément à la dernière appréciation du Dr E_____, une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans toute activité professionnelle mono-manuelle. Dans un courrier du 30 mai 2011, l'assuré a contesté que les séquelles de l'accident entraînaient une diminution de sa capacité de gain de 34%. En effet, d'un point de vue médical, il ne pouvait plus utiliser sa main gauche et ne voyait pas quelle activité il pourrait encore exercer. Il concluait ainsi à l'octroi d'une rente de 50% au moins. En date du 30 juin 2011, l'assuré a également contesté l'entière capacité de travail retenue par la SUVA, soutenant que ses douleurs du membre supérieur gauche irradiaient jusqu'à la nuque. Ces douleurs, qui étaient en lien de causalité avec l'accident, entraînaient une incapacité de travail dans une activité adaptée, ce qui avait été retenu par les médecins du SMR. Par ailleurs, il allègue que le gain de valide à retenir était de 74'763 fr. 60 (69'963 fr. + 4'800 fr.). Par décision sur opposition du 27 juillet 2011, la SUVA a confirmé sa décision du 13 janvier 2011, et singulièrement le taux d'invalidité et partant le montant de la rente allouée à l'assuré. Elle a expliqué que seules les séquelles dues à l'accident devaient être prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, soit uniquement la lésion à la main gauche, et non la discopathie C5-C6 et la hernie discale D2-D3, lesquelles étaient des lésions dégénératives vertébrales étrangères à l'accident. Ainsi, la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité professionnelle permettant d'éviter l'usage du membre supérieur gauche non dominant. De plus, elle a détaillé la comparaison des revenus, laquelle mettait en exergue un préjudice économique de 34%. Par acte du 14 septembre 2011, l'assuré, représenté par un conseil, interjette recours contre ladite décision sur opposition, concluant préalablement, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours et principalement, à l'annulation de la décision sur opposition de la SUVA et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% au moins, sous suite de dépens. Par écriture complémentaire du 28 octobre 2011, le recourant conclut principalement, à l'annulation de la décision sur opposition de la SUVA du 27 juillet 2011, au versement d'une rente d'invalidité de 50% au moins dès le 1^{er} février 2010, sous suite de dépens, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise et au renvoi du dossier à la SUVA pour nouvelle décision. Se fondant sur les rapports des Drs D_____ du 26 juillet 2010 et C_____ du 6 septembre 2011, il fait valoir qu'il existe un lien de causalité entre l'accident du 26 juin 2007 et la comorbidité cervicale, de sorte qu'il y a lieu d'en tenir compte dans le cadre du calcul d'invalidité. De plus, il invoque ne plus être capable d'exercer une activité dans le circuit économique ordinaire, et surtout ne pas pouvoir l'exercer à plus de 50%, attendu notamment qu'il lui a été impossible de suivre les stages aux EPI. Enfin, le recourant conteste le fait que la SUVA se soit uniquement fondée sur les statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé sans lui proposer des travaux concrets, dans lesquels il pourrait

effectuer une activité mono-manuelle adaptée à son invalidité. Le recourant produit, à l'appui de son écriture, un rapport établi en date du 6 septembre 2011 par Dr C _____, lequel estime, comme ses confrères de la SUVA et du SMR, qu'il existe une « vraisemblance prépondérante » entre la cervicalgie et le handicap à la main gauche résultant de l'accident du 26 juin 2007. D'après ce médecin, la non fonctionnalité de la main et du membre inférieur gauches a pour conséquence qu'une douleur et une raideur se sont installées selon une chaîne physiologique jusqu'au rachis cervical, avec une diminution globale des amplitudes. De plus, il considère que « l'accident du 27 janvier 2009 » a « décomposé » l'harmonie du membre supérieur gauche. En effet, la main gauche non fonctionnelle a totalement déséquilibré l'activité des articulations sus-jacentes gauches du poignet, du coude, de l'épaule et du rachis cervical. De plus, les expertises montraient des diminutions des différentes amplitudes fonctionnelles. Enfin, il était illusoire pour le Dr C _____ que le recourant, qui travaillait dans des activités purement manuelles, retrouve une activité lucrative, étant précisé que la capacité de travail était de 50% au maximum. Dans sa réponse du 16 janvier 2012, la SUVA conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 27 juillet 2011. Elle conteste tout d'abord l'avis du Dr C _____, qui estime que la cervicalgie est en rapport de causalité avec l'accident. En effet, d'une part, le Dr B _____ n'a pas retenu d'affection dorsale traumatique pouvant entraîner la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité résultant de l'accident et d'autre part, le Dr E _____ a estimé que tant la discopathie C5-C6 que la hernie discale D2-D3 étaient étrangères à l'accident. Il y a dès lors lieu d'admettre, d'après elle, que les cervicalgies chroniques reposent sur des lésions dégénératives vertébrales pluri-étagées qui ne sont pas en lien avec l'accident du 26 juin 2007. En outre, le fait que le recourant puisse, par exemple, conduire son automobile indique qu'il pourrait même utiliser sa main gauche, ou à tout le moins se défaire d'une posture excluant ce membre de sa gestuelle. Elle retient ainsi qu'eu égard aux seules conséquences de la lésion subie à la main gauche, le recourant présente une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle évitant l'usage de son membre supérieur gauche non dominant. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, la SUVA confirme en substance le contenu de sa décision sur opposition. Par courrier du 10 février 2012, le recourant persiste dans ses conclusions et conteste essentiellement le fait que l'intimée ait retenu que ses cervicalgies chroniques reposent sur des lésions dégénératives vertébrales pluri-étagées étrangères à l'accident du 26 juin 2007. Il requiert également l'audition du Dr C _____. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.). Le litige porte sur le droit du recourant à une rente supérieure à 34%, et en particulier sur le lien de causalité entre l'accident et les lésions cervicales, sur la capacité de travail dans une activité adaptée et sur le revenu d'invalidité. Il sera relevé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40% n'est pas contestée par le recourant, de sorte que la décision du 13 janvier 2011 est entrée en force sur ce point-là. 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. b)

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 exigence est remplie 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). 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. Il n'est pas nécessaire 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). c) 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). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 consid. 5d bb et les références; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2^{ème} édition, n. 89, p. 867). 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 158 consid. 1b; ATF non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été

établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; ATF non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Par ailleurs, 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/bb et cc). S'agissant de la valeur probante des 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). b) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Le recourant considère d'une part, que ses lésions cervicales sont imputables à l'accident, ce que l'intimée nie, et d'autre part, que sa capacité de travail est de 50% au maximum dans une activité adaptée. a) En l'espèce, la SUVA fonde sa décision sur opposition sur les rapports de ses médecins

d'arrondissement soit, les Drs B _____ et E _____. Le premier a retenu, dans son rapport final du 2 février 2009, que la situation médicale du recourant était stationnaire depuis le mois de mars 2008, l'état de la main étant quasiment identique à celui observé durant ce mois-là, que le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie n'avait aucune efficacité et que la symptomatologie douloureuse s'étendait de la main jusqu'à la nuque en passant par l'épaule. Il a conclu que dans la mesure où l'assuré était monomanuel (perte fonctionnelle), le dommage permanent était de 40%. Il a également pris note de l'existence d'une IRM du 27 janvier 2009, laquelle mettait en évidence une hernie discale D2-D3 et une discopathie C5-C6. Le second médecin a établi deux appréciations en date des 9 novembre 2010 et 17 février 2011 et y a déterminé que seule la perte fonctionnelle au niveau de la main était due à l'accident, à l'exclusion de l'atteinte aux cervicales. En tenant compte uniquement des atteintes à la main, le recourant présente, d'après le médecin-conseil de la SUVA, une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle exclusivement mono-manuelle, sans diminution de rendement. Il a précisé que les atteintes cervicales pouvaient toutefois entraîner des limitations dans une telle activité mono-manuelle ne permettant pas les changements de positions. La Cour de céans doit constater que le rapport du Dr B _____ se base sur un examen du recourant et sur son dossier médical, et notamment sur l'IRM cervicale du 27 janvier 2009. Ses observations et son appréciation sont claires et ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. En outre, les appréciations du Dr E _____ permettent en particulier de préciser le fait que les lésions cervicales ne sont pas dues à l'accident, dans la mesure où cela ne ressortait pas expressément du rapport du Dr B _____. Enfin, dès lors que rien ne permet de douter de l'impartialité de ces médecins, leurs rapports et appréciations doivent se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence. b) Aucun des rapports présents au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions des rapports des médecins-conseils de la SUVA. En effet, il est vrai, comme le soutient le recourant, que le Dr D _____ retient en dehors des diagnostics liés à la main gauche, des cervicalgies chroniques et des discopathies C4-C5, C5-C6 et D2-D3, lesquelles ont des répercussions sur la capacité de travail. Toutefois, ce médecin ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité naturelle entre les cervicalgies et l'accident, et n'avait d'ailleurs pas besoin de le faire, attendu que son mandat était d'établir, pour l'OAI, l'influence de toutes les atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail dans diverses activités lucratives. Il sera relevé, à cet égard, que les médecins-conseils de la SUVA n'ont jamais nié que le recourant souffrait d'atteintes aux cervicales, mais ont déterminé que ces atteintes n'étaient pas dues à l'accident. Enfin, le fait que le Dr D _____ indique que la main gauche était non fonctionnelle et qu'à l'examen clinique, la fonction du membre supérieur droit, membre dominant, était dans la norme et lui permettait de travailler dans un métier mono-manuel, confirme les conclusions des médecins-conseils de la SUVA. En outre, bien que le Dr C _____ semble conclure, dans son rapport du 6 septembre 2011, que la cervicalgie du recourant est la conséquence de l'accident, il n'en explique pas les raisons. En revanche, il retient que la non fonctionnalité de la main et du membre inférieur gauches a pour conséquence qu'une douleur et une raideur se sont installées selon une chaîne physiologique jusqu'au rachis cervical, avec une diminution globale des amplitudes. On comprend ainsi que le recourant présente tant une atteinte à la main gauche qu'au membre inférieur gauche, toutefois, on ne sait pas si les cervicalgies sont dues à l'accident ou au fait que le recourant souffre tant du membre supérieur qu'inférieur. Par ailleurs, le médecin traitant du recourant fait également référence, pour la première fois, à un accident survenu

le 27 janvier 2009, dont on ne sait rien. Ces éléments ne permettent pas, d'une part, de conclure à un lien de causalité probable entre l'accident et les cervicalgies du recourant et d'autre part, de douter du bien fondé des conclusions des médecins-conseils de la SUVA, étant rappelé qu'il y a lieu de tenir compte du fait que 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. Quant aux rapports du Dr A _____ et des médecins de la CRR, force est de constater qu'ils ne font pas état d'atteintes aux cervicales, de sorte qu'ils ne sont d'aucune aide pour établir un lien de causalité entre l'accident de juin 2007 et les cervicalgies dont souffre le recourant. Il sera plus relevé qu'il semble peu probable qu'un accident, lors duquel le recourant s'est sectionné les tendons de la main gauche avec une scie circulaire, puisse être à l'origine d'une discopathie ou d'une hernie discale, étant précisé de surcroît qu'aucun rapport ne fait état de cervicalgies avant le début de l'année 2009, soit près d'une année et demie après l'accident. c) Au vu de ce qui précède, il doit être conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les atteintes aux cervicales dont souffre le recourant ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident et ne sauraient ainsi lui donner droit à des prestations de l'assurance-accidents. Il n'est dès lors pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire telle que requise par le recourant, consistant à mettre en œuvre une expertise ou à entendre le Dr C _____. d) Enfin, en ce qui concerne la question de la capacité de travail du recourant, il sera précisé que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (arrêt I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée. En l'occurrence, les réadaptateurs des EPI ont pris en considération, dans le cadre de leurs conclusions, l'ensemble des atteintes du recourant, et non uniquement celles relatives au membre supérieur droit, de sorte qu'elles ne sauraient être déterminantes pour juger du cas d'espèce. Ainsi, compte tenu de la valeur probante du rapport des médecins-conseils de la SUVA, des constatations du Dr D _____ et des atteintes au membre supérieur gauche du recourant dues à l'accident, il convient de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité mono-manuelle, sans diminution de rendement. Reste à se déterminer sur le degré d'invalidité du recourant, et singulièrement sur le montant qui doit être retenu à titre de revenu d'invalidité. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. L'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, ne diffère de sa version antérieure que sur le plan rédactionnel (sur la notion d'invalidité, cf. ATF 130 V 343, 119 V 470 consid. 2b; SVR 2003 IV n° 35 p. 107; RAMA 2001 n° U 410 p. 73). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). 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). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348, 128 V 29 consid. 1 p. 30, 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Le revenu de l'activité raisonnablement exigible ou revenu d'invalidité doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). Si le revenu d'invalidité est fondé sur les tables statistiques, et plus précisément sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après l'ESS), 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; ATF non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2). En l'espèce, dans la mesure où la situation médicale du recourant était stabilisée depuis février 2009 en tous les cas et que le stage d'observation auprès des EPI s'est terminé durant le mois de janvier 2010, la SUVA a déterminé, à juste titre, que le droit à la rente débutait le 1^{er} février 2010. Cela n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Il convient ainsi de se placer en 2010 pour procéder à la comparaison des revenus. Le revenu sans invalidité n'est pas non plus contesté par le recourant. Attendu que la Caisse de compensation GGE - Gros œuvre et second œuvre a déclaré, en date des 27 mars 2009 et 9 juin 2010, que le revenu mensuel du recourant en 2010 aurait été de 5'830 fr. 30, y compris le 13^{ème} salaire, le revenu sans invalidité 2010 est de 69'963 fr. 60 (5'830.30 x 12), tel que retenu par la SUVA. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il a précédemment été déterminé que les atteintes au membre supérieur gauche ont pour conséquence que le recourant ne peut que travailler

dans une activité mono-manuelle. Quoi qu'en dise le recourant, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées à la limitation du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi (cf. not. 9C_1066/2009 consid. 4.2). En outre, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, la SUVA pouvait se fonder, conformément à la jurisprudence précitée, sur les salaires résultant des ESS. Le recourant ayant travaillé durant sa vie dans différentes activités lucratives non qualifiées sans avoir utilisé sa formation en mécanique, il y a lieu de se fonder, pour déterminer son revenu d'invalidé, sur le revenu mensuel brut standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13^{ème} salaire comprise), lequel est de 4'901 fr. en 2010. Ce revenu hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2010, lequel est de 41.6 heures (cf. tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique). On obtient ainsi un revenu annuel brut de 61'164 fr. 50 ((4'901 x 12) x 41.6 / 40). Il y a encore lieu de tenir compte de l'importante limitation fonctionnelle du recourant, attendu qu'il ne peut pas utiliser son bras gauche. Ainsi, en prenant en considération un abattement maximal de 25%, tel que retenu par la SUVA, le revenu d'invalidé 2010 du recourant est de 45'873 fr. 40 (61'164.50 - (61'164.50 x 25%)). La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 34% ((69'963.60 - 45'873.40) x 100 / 69'963.60). En conséquence, la rente allouée par la SUVA, dès le 1^{er} février 2010, sur la base d'un degré d'invalidité de 34%, doit être confirmée et le recours rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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