

GE_GERICHTE A/4021/2022 vom 7. Dezember 2023

GE Cour de justice, 2023-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4021_2022

FR: GE_GERICHTE A/4021/2022 du 7 décembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/4021/2022 del 7 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 de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 24 novembre 2022) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario).

E. 4

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 9 septembre 2019), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

E. 5

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévu par la loi, le recours est recevable.

E. 6

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, ainsi que sur le taux de l'IPAI.

E. 7

E. 7.1

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.

E. 7.2

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 8

E. 8.1

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

E. 8.2

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).

E. 8.3

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, 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.

E. 8.3.1

L'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

E. 8.3.2

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré

comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).!

E. 9

!

E. 9.1

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).!

E. 9.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur 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. 9.3

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).!

E. 9.3.1

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).!

E. 9.3.2

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 ; 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. 10

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 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).!

E. 11

!

E. 11.1

En l'occurrence, l'intimée s'est appuyée sur les rapports de la Dre C_____, médecin d'assurance orthopédiste, des 17 décembre 2021, 14 et 18 février 2022 pour mettre un terme au traitement médical et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2022, et considérer que le recourant est pleinement apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. !

E. 11.2

La Dre C_____ a étudié les pièces médicales au dossier, y compris les examens d'imagerie des deux mains (dossier intimée pièce 179 p. 1-5, 8 ; pièce 199 p. 1-2 ; pièce 202 p. 1), pris en compte les plaintes du recourant (pièce 179 p. 5-6) et l'a examiné (pièce 179 p. 7-8). Elle a constaté que le recourant présentait d'importantes raideurs des trois derniers doigts de la main gauche, qu'il se plaignait de douleurs importantes, de dysesthésies et d'hyperesthésies sur le territoire du nerf ulnaire au coude (pièce 179 p. 9), et qu'il souffrait d'un syndrome douloureux régional complexe (pièce 200 p. 1 ; pièce 202 p. 1). Elle a relevé que le recourant refusait une éventuelle opération de décompression (pièce 179 p. 9), et en date du 14 février 2022 (pièce 199 p. 2), elle a conclu que le cas était stabilisé. ! Dans son rapport du 27 janvier 2023, l'ergothérapeute a indiqué que le recourant a suivi des séances du 18 septembre 2019 au 19 mai 2022, ayant consisté en bains de paraffine, mobilisation douce, réentraînement des diverses préhensions, et intégration de la main

[gauche] dans les gestes quotidiens. Elle a fait état de petits progrès fin août 2021, ainsi que d'une diminution de la douleur au repos, mais a relevé l'existence de douleurs au mouvement et une exclusion toujours totale de D3■D4-D5 en janvier 2022. Quand bien même les douleurs du recourant persistaient et qu'il poursuivait un traitement antalgique (pièce 179 p. 6), vu l'absence d'une amélioration significative malgré les séances d'ergothérapie, comme l'admet celui-ci (écriture du 23 mars 2023 p. 1), et compte tenu du fait qu'il n'y a plus aucune proposition chirurgicale (rapport de la CRR du 13 août 2021 [pièce 147 p. 7] ; rapport du Dr B_____ du 4 novembre 2021 dans lequel ce médecin considérait que le cas était consolidé [pièce 168 p. 2]), étant rappelé que le recourant ne souhaitait pas subir, cas échéant, une opération de décompression (pièce 179 p. 9), l'intimée était fondée à retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3), et à mettre un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 mars 2022.

E. 11.3

En ce qui concerne la capacité de travail résiduelle du recourant, c'est sur la base de l'examen clinique (pièce 179 p. 7-8) et donc en connaissance des limitations de celui-ci que la Dre C_____ a estimé qu'il est apte à exercer une activité légère (5 à 10 kg) adaptée (force de serrage du poing gauche de 15 kg maximum de manière non répétitive, éviter le contact de la main gauche avec des objets, en particulier métalliques ou froids, surtout le majeur, l'auriculaire et l'annulaire, mais d'une manière générale l'ensemble de la main, et travail manuel au-dessus des épaules en raison des douleurs et raideur de la main gauche l'empêchant de saisir ou porter ; pièce 202 p. 1). }!endif]>![if> Aucun rapport médical au dossier ne fait état d'éléments objectifs permettant de douter du bien-fondé des conclusions de la Dre C_____. En particulier, la Dre C_____ connaissait les limitations fonctionnelles provisoires qui avaient été énumérées par la CRR, à savoir éviter le port de charges supérieures à 5 kg, les ports de charges répétés, les mouvements nécessitant de la force de la main gauche, et les mouvements répétés de la main gauche (pièce 179 p. 4 ; pièce 147 p. 7). Ces restrictions reposaient sur le status analytique des membres supérieurs et sur les tests fonctionnels lors du séjour (pièce 147 p. 4-5), raison pour laquelle elles diffèrent de celles posées par la Dre C_____ sur la base de ses propres observations (pièce 179 p. 7-8). En l'absence de rapport médical expliquant les motifs pour lesquels les constatations de la Dre C_____ ne permettraient pas d'admettre l'exercice d'une activité adaptée avec port de charges ne dépassant pas les 10 kg, on ne peut pas retenir, comme le voudrait le recourant, qu'il peut effectuer uniquement une activité adaptée avec port de charges inférieures à 5 kg (dès le 1^{er} avril 2022, date déterminante pour l'examen du droit éventuel à une rente d'invalidité [provisoire] ; voir infra). Au passage, c'est le lieu de rappeler que si la CRR avait conclu à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité en raison des limitations fonctionnelles du recourant, elle avait néanmoins considéré que ce dernier, en dépit de ses restrictions physiques (notamment port de charges limitées à 5 kg), pouvait en principe se réinsérer dans une activité adaptée (pièce 147 p. 7-8). Ensuite, le fait que, dans son rapport du 18 février 2022, la Dre C_____ ait déterminé l'exigibilité dans une activité adaptée sans avoir réexaminé le recourant n'est pas de nature à discréditer son appréciation. En effet, la Dre C_____ avait déjà examiné le recourant le 10 décembre 2021. Et, après avoir pris connaissance du résultat de l'examen électroneuromyographique du 1^{er} février 2022 qu'elle avait demandé, elle a conclu que le recourant pouvait exercer une activité légère. En d'autres termes, le rapport du 18 février 2022 se fonde bien sur l'examen personnel du recourant. Par ailleurs, les certificats d'arrêt de travail établis par le Dr

B _____, le rapport dudit médecin du 29 novembre 2022, ainsi que le bilan d'ergothérapie du 27 janvier 2023 versés à la présente procédure par le recourant ne sont d'aucun secours. En effet, les premiers, très sommaires, sont muets quant à l'exigibilité du recourant dans une activité adaptée, étant relevé que tous les médecins s'accordent pour dire que celui-ci ne peut plus exercer son activité habituelle. Quant au second document, d'une part, il se rapporte à une consultation ayant eu lieu le 28 novembre 2022, postérieurement à la décision litigieuse du 27 octobre 2022, et d'autre part, il ne critique nullement les conclusions de la Dre C _____. Enfin, le bilan d'ergothérapie, qui ne dit mot sur la capacité de travail résiduelle du recourant, n'émane de toute manière pas d'un médecin. Force est de conclure que le recourant livre sa propre appréciation quant à ses restrictions physiques et au taux de sa capacité de travail résiduelle (50% selon lui). Or, l'administration ou le juge, en cas de recours, s'appuie sur des documents médicaux probants et non sur l'appréciation subjective de l'assuré. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir, avec la Dre C _____, que le recourant est pleinement apte à exercer une activité adaptée (dès le 1^{er} avril 2022).

E. 12

Reste à examiner le degré d'invalidité.!

E. 12.1

Aux termes de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité (AI) quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ■ RS 832.202), lequel prévoit que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI, ou avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle ou encore avec la fixation de la rente définitive (al. 1). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'AI, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 246 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'AI que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (ATF 129 V 283). La décision portant sur l'allocation d'une rente transitoire doit mentionner qu'elle sera remplacée dès l'achèvement de la réadaptation ou s'il est renoncé à sa mise en œuvre. Il s'agit, en effet, d'éviter de faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente ordinaire ou « définitive », pour reprendre la terminologie de l'art. 30 OLAA (ATF 139 V 514 consid. 2.3 et les références).

E. 12.2

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).!

E. 12.3

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).!

E. 12.4

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). ! Selon la jurisprudence, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées (arrêt 9C_439/2020 du 18 août 2020 consid. 4.4). Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas ; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens. Le point de savoir si le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles, notamment un changement de profession, doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_45/2022 du 3 août 2022 consid. 3.2 et les références).

E. 12.5

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références).! Il convient de se fonder, en

règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 précité consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – 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 (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016. Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4). Depuis la 10^{ème} édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de

compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 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 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; ATF 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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 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).

E. 13

!endif]>![if>

E. 13.1

En l'espèce, dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant en tout cas au 31 mars 2022, l'intimée était fondée à fixer le droit éventuel à la rente dès le 1^{er} avril 2022.![endif]>![if> Il ressort du dossier que l'AI ne s'est pas encore prononcée sur d'éventuelles mesures professionnelles (pièce 223 p. 1). Il n'est pas nécessaire d'examiner si, au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue, d'éventuelles mesures de réadaptation au sens des art. 8ss de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI ■ RS 831.20]) étaient envisagées, puisque l'intimée peut examiner, en vertu de l'art. 30 al. 1 OLAA, si le recourant a droit à une rente transitoire, en prenant en considération la

situation de l'assuré non encore réadapté à ce moment, c'est-à-dire en calculant cette prestation sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là (cf. arrêts du Tribunal fédéral U.434/04 du 27 mars 2006 consid. 3.3 ; U.331/04 du 31 octobre 2005 consid. 4.1 ; cf. également ATAS/1098/2010 du 18 octobre 2010 consid. 10b ; ATAS/535/2006 du 31 mai 2006 consid. 11 ; arrêt de la I e Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'État de Fribourg 605 2021 98 du 6 septembre 2022 consid. 5.1 et 5.3). Ceci étant précisé, comme il y a lieu d'examiner les conditions du droit à la rente d'invalidité dès le 1 er avril 2022, la comparaison des revenus doit se faire au regard de cette année.

E. 13.2

S'agissant du revenu sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2022 dans son ancienne activité s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, contrairement à ce qu'il prétend, on ne peut tenir compte du salaire fixé par la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN). En effet, cette dernière s'applique aux entreprises suisses et étrangères travaillant sur territoire suisse, respectivement aux parties d'entreprises, aux sous-traitants et aux tâcherons indépendants qui emploient des travailleurs lorsqu'ils exercent leur principale activité, c'est-à-dire l'activité prépondérante dans le secteur principal de la construction (art. 2 al. 1, disponible sur :

<https://www.service-cct.ch/gav/100001/version/16/vertrag/11825?lan=fr-ch>). Or, l'ancien employeur du recourant (cf. la déclaration de sinistre du 11 septembre 2019 [pièce 1]) est, selon l'extrait du registre du commerce du canton de Genève, une société active dans l'aménagement et l'entretien de jardins, la plantation de toutes espèces végétales, la construction de bâtiments de jardin, l'installation de systèmes d'irrigations et de clôtures ainsi que la construction ou l'installation de piscines. Il ne s'agit pas d'une entreprise qui effectue majoritairement des travaux dans le secteur principal de la construction. Du reste, l'ancien employeur déterminait le salaire du recourant sur la base de la CCT Parcs et Jardins Genève (pièce 209), dont l'art. 1.2 indique qu'elle s'applique à tous les employeurs, toutes les entreprises, les secteurs et parties d'entreprises qui exécutent à titre principal ou accessoire des travaux du ressort de la branche paysagère, à savoir : la création et l'entretien des parcs et jardins ; la création et l'entretien des terrains extérieurs de sport et de jeux ; la pose de clôtures dans les jardins, les parcs et les terrains de sport ; la pose de piscines ; l'installation de systèmes d'arrosage intégrés ; les travaux de pépinières ; et l'élagage, le soin aux arbres (pièce 219). Ainsi, même si au moment de l'accident, le recourant travaillait au service de son ancien employeur pour la construction et l'aménagement de piscines (pièce 179 p. 6 et 9), soit une activité qui rentre dans le champ d'application de la CCT Parcs et Jardins Genève, il n'était pas occupé dans une entreprise de construction au sens de l'art. 2 CN. On ne peut pas non plus fixer le salaire de valide du recourant sur la base de l'attestation de l'ancien employeur du 2 décembre 2022, selon laquelle le salaire mensuel brut du recourant aurait été de CHF 5'280.- en 2022. En effet, ce salaire correspond à celui d'un jardinier avec CFC ou diplôme équivalent en 3 ème année de pratique après l'apprentissage (art. 9 de la CCT Parcs et Jardins Genève [pièce 219 p. 4]). Or, le recourant, qui n'est pas titulaire d'un diplôme (pièce 147 p. 13), n'a même pas allégué avoir entrepris des démarches particulières afin de commencer une formation en vue d'obtenir un diplôme dans le domaine considéré. Faute d'éléments concrets permettant de rendre vraisemblable que le recourant aurait suivi une formation pour pouvoir progresser sur le plan professionnel et salarial, il convient de se référer aux premières déclarations de l'ancien employeur pour déterminer le revenu de valide du recourant. D'autant plus qu'il est peu probable que le recourant ait pu percevoir un tel salaire puisque, engagé le 29 octobre 2018

(pièce 1), il n'avait collaboré au service de son ancien employeur que pendant onze mois environ avant l'accident du 9 septembre 2019. Selon les premiers renseignements communiqués à l'intimée le 22 février 2022 (pièce 209), le recourant aurait obtenu en 2022 un salaire mensuel brut de CHF 4'905.-, correspondant à celui d'un aide-jardinier en 4^{ème} année de pratique (art. 9 de la CCT Parcs et Jardins Genève [pièce 219 p. 4]). On ne saurait considérer, comme l'allègue le recourant, que l'intimée, lors de sa conversation téléphonique avec l'ancien employeur en date du 21 février 2022 (pièce 203), aurait influencé (en défaveur du recourant) le contenu des informations qui lui ont été transmises par l'ancien employeur le lendemain. Au cours de cet entretien, l'intimée a demandé à ce dernier de lui faire parvenir les fiches de salaires 2018-2019 et l'évolution de salaire en 2022 pour un aide-jardinier (pièce 203), soit la profession exercée par le recourant selon la déclaration de sinistre du 11 septembre 2019. Autrement dit, l'intimée a réclamé les informations nécessaires à la détermination du revenu de valide conformément aux données ressortant du dossier. Comme le salaire mensuel brut de CHF 4'905.- était valable jusqu'au 31 décembre 2022 (art. 39 de la CCT Parcs et Jardins Genève [pièce 219 p. 13]), il n'y a pas lieu de l'adapter à l'évolution des salaires, comme le voudrait le recourant. En conséquence, le revenu sans invalidité à retenir est celui de CHF 63'765.- (4'905.- × 13 mois [art. 13 de la CCT précitée]) en 2022.

E. 13.3

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, il convient de l'évaluer sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020 ; l'ESS 2020, le 23 août 2022. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 27 octobre 2022, l'intimée disposait des données 2020, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base de l'ESS 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture (éventuel) du droit à la rente, soit le 1^{er} avril 2022 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). Ainsi, il y a lieu de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13^{ème} salaire comprise), ou à CHF 63'132.- par année pour un plein temps (5'261 × 12). Contrairement à ce que prétend le recourant, on ne peut pas se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (ici : il invoque la ligne 45-96, secteur 3 [services]). En effet, selon le registre de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM), le recourant est arrivé en Suisse le 2 mars 1989. Depuis lors, il a exercé diverses activités auprès de différentes entreprises notamment en tant que jardinier, paysagiste, déménageur, ou maçon (pièce 147 p. 13). Ainsi, avant son atteinte à la santé, le recourant ne s'est pas cantonné à un seul domaine pendant de nombreuses années. Il ne se trouve dès lors pas dans la situation particulière dans laquelle il aurait travaillé de nombreuses années dans le même domaine d'activités avant son atteinte à la santé et où une activité dans un autre domaine n'entrerait pratiquement plus en ligne de compte, conditions requises par la jurisprudence pour s'écarter de la valeur médiane (« total secteur privé ») des salaires statistiques et se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire d'une branche particulière (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.3). Ceci étant précisé, le salaire hypothétique de CHF 63'132.- se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en

2020 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 65'815.11 pour un plein temps ($63'132 \times 41.7 / 40$). Il y a ensuite lieu d'indexer ce montant à 2022, année déterminante pour la comparaison des revenus. Selon le tableau publié par l'OFS le 1^{er} juin 2022, les salaires nominaux des hommes ont diminué de 0.7% en 2021 (disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.22304313.html>). Selon l'estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux publiée par l'OFS le 1^{er} septembre 2022 (disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.23104791.html>), soit la plus récente au moment déterminant de la décision litigieuse du 27 octobre 2022 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2), les salaires nominaux ont augmenté de 2% en 2022. Il s'ensuit que le revenu d'invalidité s'élève à CHF 66'661.49 pour un plein temps ($65'815.11 - 460.71$ en 2021 = $65'354.40 + 1'307.09$ en 2022 = 66'661.49) en 2022. L'intimée a appliqué un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Ce dernier, par contre, estime que ses restrictions physiques justifient une réduction du salaire statistique de 20%. Or, dans un arrêt 8C_471/2017 du 16 avril 2018, qui concernait un assuré, âgé de 58 ans au moment de la décision litigieuse, ayant travaillé exclusivement dans le secteur de la restauration au cours des trente-cinq années précédant son accident, le plus souvent comme barman, ayant subi une fracture de la 2^e phalange du 4^e doigt de la main gauche (non dominante), nécessitant une réduction ouverte et une ostéosynthèse par deux vis de compression, avec une évolution compliquée par une algoneurodystrophie, et entraînant des limitations dans toutes les activités nécessitant les mouvements répétitifs ainsi que l'habileté manuelle fine et les efforts de la main gauche, mais n'empêchant pas l'assuré de disposer d'une capacité de travail totale dans une activité purement mono-manuelle droite, le Tribunal fédéral a estimé qu'un abattement de 10% tenait suffisamment compte des limitations présentées par l'assuré et a annulé le jugement cantonal qui avait porté le taux d'abattement à 15% (consid. 5.3). Au regard de cette casuistique, similaire au présent cas en termes de capacité de travail résiduelle et de limitations fonctionnelles, l'abattement de 20% invoqué par le recourant apparaît trop élevé, d'autant qu'il n'y a pas restriction de la main dominante droite (pièce 147 p. 3 et 9 ; pièce 179 p. 6). À toutes fins utiles, il sera relevé que, pour des personnes considérées comme mono-manuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6 et les références). Les activités de vérification et de contrôle de produits finis (dans une position assise) dans différents secteurs économiques, sont par exemple compatibles avec les limitations du recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4, qui considère qu'il y a suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne peuvent exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines [semi-] automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains). Pour le surplus, l'âge du recourant (57.5 ans au 1^{er} avril 2022, moment déterminant) ne justifie pas un taux d'abattement. En effet, au vu des divers emplois qu'il a exercés, il dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge. Quoi qu'il en soit, dans un arrêt concernant une assurée âgée de 58 ans au

moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, le Tribunal fédéral a rappelé que dans la mesure où les activités envisagées du niveau de compétence 1 (comme en l'occurrence) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis. En outre, ces emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (arrêt 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 et les références). La durée de l'absence du marché du travail ne constitue pas non plus une circonstance déterminante pour un abattement dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples (cf. arrêt 8C_608/2021 précité consid. 4.3.3 et la référence). L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2). La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du niveau de compétences 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.4). Le critère de la nationalité du recourant (français) ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire statistique, d'autant qu'il ne l'a pas empêché de trouver un emploi en Suisse et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). Partant, il n'y a pas lieu d'appliquer un abattement supérieur à 10%. Il en résulte que le revenu d'invalidité s'élève à CHF 59'995.34 (66'661.49 - 6'666.15) en 2022.

E. 13.4

En conséquence, le revenu d'invalidité (CHF 59'995.34), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 63'765.-, conduit à un degré d'invalidité de 5.9%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente (art. 18 al. 1 LAA). ![/endif]>![if>

E. 14

Reste encore à vérifier le degré de l'IPAI accordée (5%).![/endif]>![if>

E. 14.1

Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phr.) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phr.). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).![/endif]>![if> L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but

d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

E. 14.2

Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phr.) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phr.). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phr.). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U.401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

E. 14.3

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et à CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA).

E. 14.4

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des

lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

E. 15

E. 15.1

En l'espèce, dans son rapport du 16 février 2022 (pièce 200), la Dre C_____, a, après avoir étudié le dossier du recourant, y compris radiologique, et procédé à son examen clinique (cf. également pièce 179), indiqué, en connaissance des limitations de celui-ci, que les fractures multi-opérées qu'il avait subies au niveau de l'annulaire et de l'auriculaire de la main gauche avaient laissé comme séquelle une raideur de ces deux doigts principalement au niveau IPP avec un début d'arthrose interphalangienne proximale. Elle a relevé que la table 1 de la SUVA relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs (disponible sur : <https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-01---atteinte-a-l-integrite-resultant-de-troubles-fonctionnels-des-membres-superieurs--2870/1.F>) ne prévoit aucun taux d'atteinte à l'intégrité pour les pertes de mobilité des doigts longs. Elle a ajouté que la table 5 de la SUVA relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses (disponible sur : <https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-05---atteinte-a-l-integrite-resultant-d--arthroses--2870/5.F>) ne donne droit à aucune IPAI en cas d'arthrose des doigts longs. Dans ce cas, la Dre C_____ a appliqué par analogie le barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité de l'annexe 3 à l'OLAA, qui indique que la perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt donne droit à un taux d'atteinte de 5%. Le médecin a évalué la perte de fonction des doigts D3, D4 et D5 du recourant, et conclu que celle-ci aboutissait à l'octroi d'une IPAI de 5%. Le recourant considère qu'il a droit à un taux de l'IPAI de 25%, en alléguant qu'il a un poignet bloqué, dans la mesure où sa main gauche n'est plus utilisable ou au prix d'importantes douleurs à cause du SDRC développé après l'intervention chirurgicale. Or, le recourant se limite à substituer sa propre évaluation à celle de la Dre C_____. Aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de son

atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation de cette spécialiste.

E. 15.2

Aussi le taux de l'atteinte à l'intégrité arrêté à 5% ne peut-il être que confirmé.!

E. 16

Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il n'est pas nécessaire d'entendre le Dr B_____, M. E_____, et les parties, lesquelles se sont déjà exprimées par écrit, ni de mettre en œuvre une expertise médicale.!

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGa a contrario).

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.