

GE_GERICHTE A/437/2016 vom 23. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_437_2016

FR: GE_GERICHTE A/437/2016 du 23 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/437/2016 del 23 agosto 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.08.2016
A/437/2016

A/437/2016 ATAS/659/2016 du 23.08.2016 (LAA) , ADMIS Recours TF déposé le 23.09.2016, rendu le 25.04.2017, ADMIS, 8C_643/2016 En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/437/2016 ATAS/659/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 août 2016 1 ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o B_____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) est né au Kosovo le _____ 1966. Il est arrivé en Suisse le 2 novembre 2011, sans être au bénéfice d'une autorisation de séjour. Il a été engagé par la société C_____ Sàrl, le 20 août 2012, en qualité d'aide-monteur en échafaudage. L'assuré n'a jamais été déclaré par son employeur, avec lequel il avait convenu oralement du montant du salaire.![endif]>![if> 2. Le 13 septembre 2012, l'assuré a été victime d'un accident sur un chantier sur lequel il travaillait à la rue des Bains, à Genève. Alors qu'il se trouvait au 1 er étage d'un immeuble sur le point de saisir un plateau double en bois avec les éléments métalliques suspendus au bout de la corde, laquelle était tenue par des collègues se trouvant au 7 e étage, les éléments ont glissé de ses mains en raison de leur poids et le plateau double est tombé sur son genou droit.![endif]>![if> 3. N'ayant pas été déclaré par son employeur, l'assuré n'a pas consulté de médecin immédiatement après l'accident.![endif]>![if> 4. Le 19 septembre 2012, l'assuré s'est rendu au centre hospitalier de la région d'Annecy, où le diagnostic d'entorse du ligament latéral interne du genou droit a été posé, et le 24 septembre 2012, au service des urgences des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) dans lequel, à la demande du docteur D_____, médecin interne, des radiographies de la cheville droite du genou droit ont été réalisés.![endif]>![if> Dans son rapport du même jour, le Dr D_____ a ainsi posé, au vu de l'imagerie réalisée, les diagnostics d'entorse ou foulure du ligament latéral interne du genou (diagnostic principal) et d'entorse et foulure des ligaments croisés antérieurs du genou (diagnostic secondaire). Aucune lésion ostéoarticulaire post-traumatique n'a été mise en évidence. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a été réalisée le 26 septembre 2012 et a révélé une fracture-impaction de la partie antérieure du condyle fémoral externe, des fractures des parties postérieures des plateaux tibiaux, une rupture complète du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne, une entorse de grade II du ligament latéral externe, une déchirure radiaire sur toute l'épaisseur de la corne postérieure du ménisque externe avec chevauchement des moignons ainsi qu'une anomalie de signal linéaire de la corne postérieure du ménisque interne et un épanchement articulaire. 5. Par courrier du 8 octobre 2012, l'assuré, représenté par Unia Genève, a porté l'accident précité à la connaissance de la caisse nationale suisse

d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) auprès de laquelle son employeur était affilié, tout en lui précisant que celui-ci refusait d'établir une déclaration d'accident. L'assuré demandait ainsi à la SUVA de prendre en charge son cas.![endif]>![if> 6. Après avoir investigué la réalité du rapport de travail allégué par l'assuré, la SUVA a admis la couverture d'assurance et a pris en charge les suites de l'accident précité.![endif]>![if> 7. L'assuré a été adressé au département de chirurgie des HUG où il a été examiné le 28 novembre 2012 par le docteur E_____, chef de clinique. Selon le rapport du 30 novembre 2012 y consécutif, le médecin a proposé une reconstruction du ligament croisé antérieur par tendon quadricipital autologue, et du complexe ligamentaire interne au moyen du tendon du semi-tendineux. Ce geste devait être complété par une prise en charge chirurgicale arthroscopique de la lésion méniscale externe.![endif]>![if> L'intervention a eu lieu le 26 mars 2013. 8. Selon le rapport de consultation du Dr E_____ du 8 juin 2013, l'évolution post-opératoire initiale était favorable. La situation sociale de l'assuré était toutefois précaire : il était sans abri et en situation illégale en Suisse. Il était hébergé par l'Armée du Salut et parlait mal le français. Il n'avait pas subi de nouveau traumatisme depuis l'intervention chirurgicale mais se plaignait de sensations d'instabilité à hauteur du genou, non présentes en post-opératoire immédiat. ![endif]>![if> Après avoir examiné le genou droit, le Dr E_____ a fait état d'un échec de reconstruction du ligament latéral interne et par défaut de son origine fémorale. Il avait donc proposé à l'assuré de procéder à une reprise chirurgicale, consistant en un nouvel abord au versant du fémur distal, lequel devait éventuellement être prolongé plus distalement, et à une réinsertion de la reconstruction du ligament latéral interne, côté fémoral. Cette reprise chirurgicale a été réalisée le 18 juin 2013. 9. Le 29 avril 2014, l'assuré devait être examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, mais il ne s'est pas présenté au rendez-vous.![endif]>![if> 10. L'assuré a été une nouvelle fois convoqué pour un examen par le Dr F_____, le 13 juin 2014. Après avoir résumé les pièces du dossier, le Dr F_____ a relevé, dans un rapport daté du 19 juin 2014, que l'assuré se plaignait d'une douleur permanente l'empêchant de faire certains mouvements, comme l'extension de son genou droit, ou d'adopter certaines positions, dont notamment la position assise prolongée. L'assuré marchait avec des cannes et ses déplacements déclenchaient des douleurs, comme lors de la montée et la descente des escaliers. Enfin, il ressentait des sensations d'instabilité avec une impression de lâchage. ![endif]>![if> Après avoir résumé les constatations cliniques et notamment le fait que l'assuré se déplaçait avec difficulté et qu'il présentait une amyotrophie au niveau du quadriceps et du triceps sural, le Dr F_____ a constaté que la reprise chirurgicale s'était avérée insuffisante et qu'une troisième opération était prévue selon les dires de l'assuré. Si l'indication chirurgicale devait se confirmer, une prise en charge spécialisée à la clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion était souhaitable. 11. Le 9 septembre 2014, l'assuré a une nouvelle fois été opéré. Il a subi une arthroscopie diagnostique du genou droit, une méniscectomie interne à minima de la corne postérieure et une libération du hiatus poplité.![endif]>![if> 12. A la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné à la CRR du 20 octobre au 26 novembre 2014. Dans un rapport du 22 décembre 2014, les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics suivants : syndrome douloureux régional complexe de type I du genou droit, entorse sévère du genou droit le 13 septembre 2012 avec fracture-impaction de la partie antérieure du condyle fémoral externe et fractures des parties postérieures des plateaux tibiaux, ruptures complètes du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne et entorse de grade 2 du ligament latéral interne, déchirure en anse de seau et désinsertion de la corne postérieure

du ménisque interne ; arthroscopie du genou droit le 26 mars 2013 avec plastie du ligament croisé antérieur, suture méniscale all inside de la corne postérieure, méniscectomie partielle externe, résection en cyclope au pied du ligament croisé antérieur natif et reconstruction du complexe ligamentaire interne ; reprise chirurgicale de reconstruction du ligament latéral interne du genou droit le 18 juin 2013 et arthroscopie du genou droit avec méniscectomie interne à minima de la corne postérieure et libération du hiatus poplité le 9 septembre 2014.

A l'entrée, l'assuré décrivait des douleurs du genou droit, sous forme de sensations d'étau, d'intensité estimée entre 2-3 et 5/10, accompagnées de brûlures et d'engourdissements, insomniantes, s'étendant à la face antérieure de la cuisse et de la jambe. Les douleurs étaient augmentées par tous les mouvements, le port de charges et la marche, laquelle ne pouvait se faire sans les cannes ou sans appui aux murs et aux objets. Le périmètre de marche maximal était estimé à 500-1000 mètres par l'assuré. L'assuré a été présenté au consultant psychiatre de la CRR, qui avait relevé des facteurs contextuels et familiaux préoccupants pour l'assuré, pouvant influencer, dans une certaine mesure, les plaintes et limitations. Ainsi, le consultant psychiatre a relevé une tendance marquée à la catastrophisation, une résignation face à la capacité d'amélioration et une vision négative de pouvoir retravailler un jour, ce qui constituait des facteurs défavorables face au risque de chronicisation. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les suivantes : pas d'activités nécessitant la marche que ce soit sur de petites ou de longues distances et pas d'activités nécessitant les accroupissements ou des montées et descentes fréquentes d'escaliers. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. La situation n'était pas stabilisée tant du point de vue médical que des aptitudes fonctionnelles. Une évolution sur plusieurs mois étant attendue, la situation devait être réévaluée au printemps 2015. Dans le contexte du sevrage des cannes, à effectuer à la sortie, un avis auprès d'un centre d'antalgie spécialisé pouvait encore être demandé en vue d'une prise en charge globale. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs tant médicaux que non-médicaux (tendance à la catastrophisation, absence de permis de séjour ou de contrat de travail valable, mauvaise connaissance du français et faible réseau social). Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées précédemment, il était également défavorable compte tenu des facteurs non médicaux mentionnés précédemment.

Le 20 février 2015, le docteur G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen final de l'assuré. Après avoir résumé les pièces ajoutées au dossier depuis le 13 juin 2014 et les déclarations de l'assuré, il a retenu, dans son rapport du 23 février 2015, les diagnostics d'entorse du genou droit et de ligamentoplastie.

A l'examen clinique, il a décrit un assuré se déplaçant avec beaucoup de difficulté en s'appuyant sur deux cannes anglaises avec un genou dont la mobilité était limitée avec une laxité interne résiduelle modérée. Le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de type I avait été retenu suite à la scintigraphie réalisée pendant le séjour à la CRR. Cinq mois après l'arthroscopie diagnostique, laquelle était la dernière intervention pratiquée, le cas pouvait être considéré comme étant stabilisé. Sur le plan de l'exigibilité, l'ancienne activité n'était plus possible. En revanche, l'assuré était capable d'exercer une activité, à plein temps et sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, en position assise avec quelques courts déplacements, sans port de charges supérieures à 10kg et sans devoir se déplacer de façon répétée dans les escaliers ni devoir s'agenouiller ou monter sur une échelle. Dans un deuxième rapport, daté du même jour, le

Dr G_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 8%, conformément à la table n° 6. 14. Par courrier du 2 mars 2015, la SUVA a constaté qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites accidentelles, de sorte qu'elle mettait un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2015. S'agissant de la période dès le 1^{er} juillet 2015, l'assurance-accidents allait examiner le droit à une rente d'invalidité. Outre une éventuelle rente, il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, laquelle avait été fixée à CHF 10'080.-.!

15. Dans un document interne du 30 juillet 2015, la SUVA a recensé, dans les cantons de Vaud, Neuchâtel et Valais, 36 postes compatibles selon elle avec les limitations fonctionnelles dont souffre l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient respectivement à CHF 45'500.-, CHF 68'495.- et CHF 56'058.-. Parmi eux, l'assureur a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés selon lui à l'assuré, soit ceux d'opérateur redressage Lentulo, employé au découpage, monteuse en appareil, polisseur et soudure Laser, décrits comme suit :

- L'opérateur de redressage Lentulo (DPT n° 10454771) doit charger manuellement le touret et redresser les instruments, vérifier visuellement leur rectitude et les décharger manuellement du touret au sein de l'entreprise Maillefer Instruments à Ballaigues, laquelle s'occupe essentiellement de la fabrication de petits instruments de coupe pour les dentistes tels que les instruments pour l'endodontie, les fraises, mèches, perceurs, tenons et instruments à main.

- L'employé au découpage (DPT n° 384123) manipule, au moyen de brucelles, de petites pièces qu'il prend sur un plateau pour les poser sur le bloc de la presse qui est une sorte de plateau. La machine va ensuite usiner les pièces, lesquelles vont être retournées à plusieurs reprises. La machine est actionnée grâce à une pédale suite à une pression de l'employé. Celui-ci procède aussi à de l'auto-contrôle avec un binoculaire, à un poste à proximité. L'approvisionnement en pièces est fait par un collègue, mais il arrive que l'employé doive amener ses pièces finis à la responsable, étant précisé que les déplacements sont de 5 mètres maximum.

- La profession de monteur en appareil (DPT n° 7077) comporte des activités de montage de carte et de modules électroniques, contrôle de qualité, surveillance du montage autour du circuit. L'employé doit également veiller à une alimentation correcte de la machine.

- Le polisseur (DPT n° 438406) dans une entreprise active dans la fabrication, l'assemblage et la finition de pièces de montre consiste à terminer la finition des pièces sur un tour équipé d'un disque de tissu ou en feutre. L'employé doit être soigneux, habile et de bonne réputation.

- L'agent de soudure Laser (DPT n° 11576) dans une entreprise active dans la fabrication d'articles en tôle et de pièces détachées, doit charger une soudeuse automatique, en étant assis à son poste de travail. Un peu de sensibilité dans les doigts pour poser la pièce, laquelle pèse quelques grammes, à souder dans le bon sens et de bons yeux sont nécessaires.

Aucun de ces postes ne requérait le port de charges supérieures à 5 kg et la marche de plus de 50 mètres était rarement nécessaire, la position assise étant la position la plus fréquente. Par ailleurs, tous nécessitaient une formation primaire ou élémentaire, étant précisé qu'une formation interne, comprise entre 3 semaines et 8 mois selon le poste, était de toute manière dispensée. En 2014, le revenu moyen tiré des cinq activités précitées était de CHF 55'428.- par année (13^e salaire y compris lorsque cela est prévu) soit CHF 4'619.- par mois (CHF 55'428.- / 12 mois).

16. Par décision du 3 août 2015, la SUVA a informé l'assuré que son taux d'invalidité s'élevait à 5.36%, ce qui était insuffisant pour lui donner droit à une rente d'invalidité. Elle lui a par ailleurs confirmé qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8%, soit CHF 10'080.-, lui était

octroyée.!

17. Le 2 septembre 2015, l'assuré a contesté la décision précitée au vu des appréciations médicales de ses médecins. Jointes au courrier figuraient les pièces suivantes :!

- un certificat établi le 29 août 2015 par le docteur H_____, centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré SA, attestant d'une incapacité totale de travailler depuis le 24 septembre 2012 ;!

- les notes de suite du docteur I_____, chef de clinique auprès de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, dont il ressort notamment que le cas était considéré comme stabilisé en date du 8 juillet 2015 (« cas stabilisé +++. Physio "cosmétique" pour moi ») ;!

- une prescription de neuf séances de physiothérapie ;!

- le compte-rendu opératoire relatif à l'intervention du 9 septembre 2014 (arthroscopie diagnostique du genou droit, ménisectomie interne à minima de la corne postérieure et libération du hiatus poplité).!

18. Le 27 octobre 2015, l'assuré a été victime d'une chute dans le bus suite à un freinage d'urgence. Alors qu'il était assis, il a été projeté vers le sol, avec une réception au niveau du crâne à gauche. Il a été amené au service des urgences des HUG par ambulance, où les diagnostics de contusion au niveau pariétal gauche (diagnostic principal) et de probables douleurs musculosquelettique (diagnostic secondaire) au niveau cervical ont été posés.!

19. Par courrier du 5 novembre 2015, la SUVA a informé l'assuré que sa couverture d'assurance avait cessé dès le 31 juillet 2015, de sorte qu'elle n'entendait pas allouer des prestations pour ce nouveau sinistre.!

20. Le 8 décembre 2015, l'assuré a, une nouvelle fois, été examiné par les médecins du service de chirurgie orthopédique des HUG, lesquels ont notamment relevé, dans leur rapport du 14 décembre 2015, que suite à la chute du 27 octobre 2015, les douleurs chroniques s'étaient accentuées. L'assuré se plaignait d'une instabilité, dont il n'était pas clair si elle avait augmenté depuis la chute, et de crépitations douloureuses en péri-patellaire. L'IRM effectué le 24 novembre 2015 mettait notamment en évidence un status post reconstruction du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne et une résection subtotalaire de la corne postérieure du ménisque. Un hyper-signal en postéro-latéral du plateau tibial se manifestait et pouvait constituer le signe d'un événement de pivot shift. L'IRM précité avait également mis en évidence une chondropathie fémoro-tibiale externe apparue sans lésion profonde. Après avoir procédé à un examen clinique, le docteur J_____, chef de clinique, a indiqué que les douleurs étaient, d'une part, liées à l'instabilité et qu'elles s'étaient, d'autre part, chronifiées, de sorte qu'aucune intervention ne permettrait d'améliorer la symptomatologie. !

21. Le 5 janvier 2016, la SUVA a écarté l'opposition du 2 septembre 2015 et confirmé sa décision du 3 août 2015, relevant tout d'abord que les seules conséquences de l'atteinte à la santé devaient être prises en considération pour déterminer l'existence d'une incapacité de gain, les pertes de gain imputables à des facteurs étrangers à l'accident, tels que la formation ou les connaissances linguistiques insuffisantes, l'âge, etc., ne pouvant être retenus dans l'estimation de l'invalidité. Sur le fond, le Dr G_____ avait considéré le cas comme étant stabilisé lors de l'examen final du 20 février 2015 et avait alors retenu plusieurs limitations fonctionnelles (position assise permettant de courts déplacements, pas de port de charges supérieures à 10kg, pas d'agenouillement ni de montée d'échelle et pas de déplacements répétés dans les escaliers). En tenant compte de ces limitations, la SUVA avait consigné au dossier cinq DPT, démontrant qu'il existait, sur le marché général du travail, des emplois adaptés à l'état de santé de l'assuré. De telles places de travail permettaient de réaliser un gain annuel moyen de CHF 55'428.- en 2015. Comparé au salaire sans invalidité de CHF 58'565.- par an (26,50 x 42,5 x 52), il en résultait une perte de

5,36%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 22. Par courrier du 29 janvier 2016, adressé à la SUVA, l'assuré a contesté la décision sur opposition précitée, relevant qu'il avait été engagé sans être correctement déclaré par son employeur, qu'il avait fourni une prestation de travail et été victime d'un accident que son ancien employeur n'avait pas voulu reconnaître. Il avait subi la méconnaissance de ses droits et souffrait depuis son accident de douleurs continues l'empêchant de dormir et de se mouvoir. Sa situation était en outre précaire. ![endif]>![if> 23. Le 9 février 2016, la SUVA a transmis à la chambre de céans, comme objet de sa compétence, le courrier précité de l'assuré (ci-après : le recourant).![endif]>![if> 24. Le 1^{er} mars 2016, le recourant a une nouvelle fois été examiné au service de chirurgie orthopédique des HUG. Selon le rapport de consultation du 8 mars 2016 y relatif, suite à l'accident du mois d'octobre 2015, le recourant avait ressenti une péjoration des douleurs et de l'instabilité, situation qui avait été visualisée par une contusion osseuse et pathognomonique à une insuffisance du ligament croisé antérieur. Pour le Dr J_____, aucune intervention n'était susceptible d'améliorer la symptomatologie présentée par le recourant. Une certaine chronicisation des douleurs était visible.![endif]>![if> 25. Dans sa réponse du 15 avril 2016, la SUVA (ci-après : l'intimée) a relevé que pour ses médecins d'arrondissement, le cas était dans tous les cas stabilisé en juillet 2015. L'aggravation de l'état de santé mentionnée par le Dr J_____ était toutefois consécutive à la chute du 27 octobre 2015, de sorte qu'elle ne concernait pas l'objet du litige, circonscrit au droit aux prestations du recourant en raison de l'accident de 2012. Si le recourant entendait remettre en cause le refus de la SUVA de prendre en charge l'accident du 27 octobre 2015, il lui appartiendrait de requérir une décision formelle qu'il pourrait ensuite contester selon les voies de droit habituelles. L'intimée était par conséquent fondée à statuer sur le droit à la rente dès le 1^{er} juillet 2015. Par ailleurs, les limitations objectives du genou droit avaient été dûment évaluées par les Drs G_____ et K_____ et les descriptions de poste de travail retenues par la SUVA respectaient manifestement lesdites limitations. Enfin, le revenu de valide ne prêtait pas à la critique. ![endif]>![if> En annexe à cette réponse figurait l'appréciation chirurgicale du docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil de la SUVA. Après avoir cité les pièces du dossier et résumé les documents radiologiques, le Dr K_____ a procédé à l'appréciation du cas. Il a relevé que le syndrome douloureux régional complexe était une maladie biopsychosociale, nécessitant une approche pluridisciplinaire, et retenu que ledit syndrome était guéri en décembre 2015. Il n'avait d'ailleurs, selon toute vraisemblance, pas une grande importance dans la symptomatologie présentée par le recourant puisqu'il n'était de toute évidence plus présent lors de l'examen du Dr J_____ du 8 décembre 2015 sans qu'il n'y ait eu amélioration notable. En juillet 2015, l'état de santé du recourant était donc bien stabilisé. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G_____ préservaient le genou droit du recourant de toute sollicitation et paraissaient adéquates. En décembre 2015, une aggravation de l'état du genou droit avait été mise en évidence, avec l'apparition d'une instabilité dans le plan sagittal. Cette aggravation était toutefois probablement en relation avec l'accident du 27 octobre 2015. Certes, le médecin ayant examiné l'assuré immédiatement après l'accident en question, n'évoquait pas de symptomatologie particulière en lien avec le genou droit. Toutefois, l'IRM pratiquée un mois plus tard montrait des images compatibles avec une lésion de la partie du ligament croisé antérieur. Par ailleurs, le recourant avait lui-même admis que depuis l'accident, il avait ressenti une accentuation des douleurs de son genou. Dans de telles circonstances, le Dr K_____ ne pouvait que conclure que l'accident du 27 octobre 2015 avait probablement entraîné une

lésion de la partie du ligament croisé antérieur, avec comme conséquence l'apparition d'une instabilité de ce genou dans le plan sagittal. Cette aggravation ne constituait toutefois pas une indication à un nouveau traitement et ne justifiait aucune limitation fonctionnelle supplémentaire. Ainsi, dans une activité préservant le genou droit, il n'y avait pas de raison structurelle objective pouvant expliquer les importantes douleurs présentées par l'assuré. En effet, les lésions sévères objectives au niveau du genou droit entraînaient une instabilité dudit genou et probablement des douleurs lors de la marche. Ainsi, lorsque le genou n'était pas sollicité, lesdites lésions ne pouvaient entraîner des douleurs, ce d'autant moins que lorsque l'assuré présentait un syndrome douloureux régional complexe, celui-ci n'influait que peu sa symptomatologie douloureuse. 26. Pour sa part, le recourant, désormais représenté par un avocat, a complété son recours en date du 17 mai 2016, considérant que l'appréciation du Dr G_____ était dénuée de toute valeur probante dès lors qu'elle avait été établie de manière prématurée, la situation devant être réévaluée au printemps 2015 selon les médecins de la CRR. Par ailleurs, le médecin d'arrondissement avait minimisé la situation du recourant en retenant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8% seulement alors que celle-ci devrait s'élever à 20-30%. En outre, le Dr G_____ ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour se prononcer, les médecins de la CRR ayant clairement considéré qu'un avis spécialisé du centre d'antalgie était indispensable. La SUVA n'ayant pas requis cet avis, l'appréciation de son médecin d'arrondissement reposait sur un dossier insuffisamment instruit, ne prenant pas en compte l'importance des douleurs. Partant, il concluait à la réalisation d'une expertise orthopédique, après consultation d'un centre d'antalgie spécialisé. [endif]>![if> Subsidiairement, le recourant contestait également les DPT retenues, les limitations fonctionnelles retenues par la CRR et notamment la marche sur toutes les distances, n'étant pas respectées. Par ailleurs, certains DPT requéraient de la finesse et de la dextérité au niveau des mains, ce qui n'était pas compatible avec sa précédente activité. A cela s'ajoutait le fait qu'il ne parlait pas français, ce qui excluait tout travail intellectuel et tous les apprentissages nécessaires. Par conséquent, le salaire moyen retenu de CHF 55'428.- par la SUVA n'entrait pas en ligne de compte. Dans de telles circonstances, il était difficile d'imaginer quel emploi était adapté à sa situation médicale. Si la base statistique devait être retenue, il conviendrait d'appliquer un abattement de 25% conformément à la jurisprudence en la matière. Enfin, le recourant remettait en question le salaire sans invalidité, considérant qu'un 13 e salaire devait être retenu conformément à la convention collective de travail applicable, de sorte que le salaire sans invalidité se serait élevé à CHF 63'445.40. La prise en considération de ce montant entraînait à lui seul un taux d'invalidité de 12%, suffisant pour lui donner droit à une rente d'invalidité. Dans tous les cas, le recourant contestait également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenue, taux qui, selon lui, devrait être de 30%. 27. Par écriture du 10 juin 2016, l'intimée s'est déterminée sur le complément de recours et a considéré, tout d'abord, que les conclusions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devaient être écartées sans examen de leur mérite, étant donné que l'indemnité en question ne faisait pas l'objet de la décision entreprise. Après avoir relevé que le recourant ne se prononçait pas sur l'appréciation du Dr K_____, l'intimée a constaté que les conclusions du Dr G_____ avaient été confirmées par le Dr K_____, de sorte qu'il n'y avait aucune violation du devoir d'instruction. S'agissant de la représentativité des DPT, l'intimée a considéré que les critiques étaient vaines, pour autant qu'elles fussent recevables, dès lors que les DPT retenues correspondaient aux limitations fonctionnelles. A ce propos, rien dans le dossier ne permettait de considérer que l'assuré manquait de dextérité dans les membres supérieurs.

Par ailleurs, les circonstances personnelles du recourant avaient été prises en considération, dans la mesure où le salaire d'invalidité retenu était inférieur au salaire moyen des 36 DPT entrant en ligne de compte. En outre, la SUVA ne voyait pas que les postes décrits, à savoir des activités simples et répétitives, exigeaient une maîtrise du français supérieure à celle nécessaire à l'exercice de l'ancienne activité. S'agissant du salaire de valide, force était de considérer qu'il n'était pas notablement inférieur au salaire de base convenu par la convention collective, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Dans ces conditions, le recours devait être rejeté. [endif]> [if> 28. Ces écritures ont été transmises au recourant et la cause a été gardée à juger. [endif]> [if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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). [endif]> [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A 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. [endif]> [if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. [endif]> [if> 4. A titre liminaire, il y a lieu de circonscrire l'objet du litige. [endif]> [if> a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1b et 2). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). b. En l'espèce, par décision du 3 août 2015, la SUVA a refusé de verser une rente d'invalidité au recourant au motif que le taux d'invalidité retenu était insuffisant. Dans cette décision, l'assureur-accidents lui a également octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 10'800.-, ce qui correspondait à une atteinte de 8%. Le recourant a, par courrier du 2 septembre 2015, contesté le refus de la SUVA de le mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité. Il n'a, en revanche, pris aucune conclusion quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée, de sorte que la décision sur opposition n'a porté que sur le

droit à une rente d'invalidité. Dans son courrier du 29 janvier 2016, valant acte de recours, l'assuré s'est borné à invoquer son état de santé et implicitement à contester le refus de rente, sans faire la moindre allusion à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce n'est qu'une fois représenté qu'il a contesté le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par la SUVA. Force est ainsi de constater, dans ce contexte, que la problématique de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas l'objet de la décision sur opposition querellée, de sorte qu'elle sort du cadre du litige porté par-devant la chambre de céans. Celui-ci ne concerne ainsi que le degré d'invalidité du recourant, singulièrement la valeur probante de l'appréciation du Dr G_____, le salaire sans invalidité et les DPT retenues par l'intimée, à l'exclusion de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Toute conclusion prise au sujet d'une telle indemnité est dès lors irrecevable.

5. a. Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa).

b. La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGa, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGa précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa).

c. Il ressort de l'art. 19 al. 1 LAA que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Cette disposition délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

6. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa).

b/aa. Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

b/bb. La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne

en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222, consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.2). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). 7. a. Pour pouvoir

calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2).

!endif]>![if> 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).

b. 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).

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du

Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGa n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation. b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 9. a. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr G_____ pour refuser le versement d'une rente en raison d'un taux d'invalidité insuffisant. Pour sa part, le recourant considère que l'appréciation précitée ne respecte pas les requis juridiques en matière de valeur probante. Force est de constater que l'appréciation du Dr G_____ du 23 février 2015 répond à toutes les

conditions jurisprudentielles (voir supra consid. 7) permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de la recourante et relate ses plaintes. Il décrit de manière détaillée les pièces médicales du dossier. Les diagnostics ont été posés après des examens minutieux et les conclusions sont claires et motivées. b. Sur le fond, le médecin d'arrondissement a retenu que l'assuré se déplaçait avec beaucoup de difficulté en s'appuyant sur deux cannes anglaises avec un genou dont la mobilité était limitée avec une laxité interne résiduelle modérée. Le diagnostic de syndrome complexe de type I avait été retenu suite à la scintigraphie réalisée pendant le séjour à la CRR. Cinq mois après l'arthroscopie diagnostique, laquelle était la dernière intervention pratiquée, le cas pouvait être considéré comme étant stabilisé. Sur le plan de l'exigibilité, l'ancienne activité n'était plus possible. En revanche, l'assuré était capable d'exercer une activité, à plein temps et sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, en position assise avec quelques courts déplacements, sans port de charges supérieures à 10kg et sans devoir se déplacer de façon répétée dans les escaliers ni devoir s'agenouiller ni monter sur une échelle. c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante de l'appréciation du Dr G_____ pour les motifs suivants : - Pour le recourant, le médecin précité ne pouvait retenir, en février 2015, que l'état était stabilisé dès lors que les médecins du SMR avaient considéré que la situation devait être réévaluée au printemps 2015. >[if> Cette critique est dénuée de tout fondement. Certes, les médecins de la CRR ont considéré que l'état de santé du recourant pouvait encore évoluer et que c'était pour cette raison qu'il fallait attendre le printemps pour procéder à une nouvelle évaluation. Cependant, cette appréciation n'était pas définitive et immuable et, dans la mesure où le Dr G_____ a examiné le recourant avant de se prononcer, il a pu constater par lui-même l'absence d'évolution. A cela s'ajoute que, dans tous les cas, l'état du recourant devait être stabilisé au jour de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1 er juillet 2015. Or, le Dr I_____ a considéré qu'en date du 8 juillet 2015, l'état du recourant était stabilisé, ce qui a été confirmé par le Dr K_____ dans une appréciation fort détaillée et complète, dont le recourant ne remet d'ailleurs pas en cause la valeur probante. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'état du recourant était stabilisé le 1 er juillet 2015, date de l'ouverture du droit à la rente. D'ailleurs, le recourant ne fournit aucun rapport contredisant cette appréciation et il ne conteste au demeurant pas son droit à une rente à compter de cette date, mais uniquement le taux retenu. - Le recourant reproche ensuite à la SUVA de s'être prononcée sans avoir requis l'avis spécialisé d'un centre d'antalgie, soit d'un centre spécialisé dans le traitement de la douleur.>[if> C'est le lieu de relever, dans ce contexte, que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés

(ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail (ATAS/526/2012 du 19 avril 2012 consid. 8b). Or, force est de constater que dans son appréciation du 14 avril 2016, le Dr K_____ a considéré que dans une activité préservant le genou droit, il n'y avait pas de raison structurelle objective pouvant expliquer les importantes douleurs présentées par l'assuré. En effet, les lésions sévères objectives au niveau du genou droit entraînaient une instabilité dudit genou et probablement des douleurs lors de la marche. Ainsi, lorsque le genou n'était pas sollicité, lesdites lésions ne pouvaient entraîner des douleurs. Dans ces circonstances, il doit être considéré que les plaintes du recourant ne concordent pas avec les observations médicales concluantes, de sorte qu'il est tout à fait cohérent que le Dr K_____ ne retienne aucune incapacité de travail. Par ailleurs, l'avis d'un centre d'antalgie a vraisemblablement été suggéré par les médecins de la CRR afin de trouver une solution pouvant soulager le recourant. Cela ne préjuge toutefois en rien de l'appréciation de la capacité de travail. d. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que le recourant n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr G_____ et de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 1^{er} juillet 2015, ce que le recourant reconnaît d'ailleurs implicitement, et que dès cette date, celui-ci était totalement capable de travailler dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par le médecin d'arrondissement de la SUVA, à savoir dans une activité en position assise, avec quelques courts déplacements, sans port de charges supérieures à 10kg et sans devoir se déplacer de façon répétée dans les escaliers ni devoir s'agenouiller ou monter sur une échelle. C'est donc à juste titre que la SUVA s'est fondée sur l'appréciation du Dr G_____, au demeurant confirmée par celle du Dr K_____, pour calculer le taux d'invalidité du recourant. 10. a. Concernant le degré d'invalidité du recourant, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus en 2015. En effet, la SUVA a considéré que l'état du recourant était stabilisé à compter du 1^{er} juillet 2015, ce qui n'a pas été contesté par le recourant. b. Le recourant travaillait pour le compte C_____ Sàrl lorsqu'il a été victime de l'accident assuré. Selon les informations données par l'employeur, le salaire annuel du recourant était de CHF 55'565.- (CHF 26.50 x 42.5 x 52). Aucun 13^e salaire n'était convenu. Pour sa part, le recourant conteste ce calcul, relevant que selon la convention collective de travail, il aurait dû percevoir un 13^e salaire, de sorte que son salaire se serait élevé à CHF 63'445.40. Dans un arrêt ATA/103/2001 du 13 février 2001 consid. 5b, le Tribunal administratif, alors compétent en matière d'assurances sociales, avait pris en considération, dans le cas d'un assuré employé sans autorisation ad hoc, un 13^e salaire conformément à la convention collective nationale étendue applicable – alors même que cela n'était pas convenu contractuellement, relevant que l'assureur-accident ne saurait cautionner les conditions de travail auxquelles (dans cette situation) était soumis le recourant, lorsqu'il apparaît que ces conditions étaient contraires à la convention collective. Le Tribunal administratif avait alors considéré qu'il appartenait en parallèle à l'assurance de réclamer à l'employeur les primes auxquelles il s'était soustrait (art. 95 LAA et 121 OLAA), ce qui rétablissait l'équilibre entre

les prestations à servir et les primes qui devaient y donner droit. Ce raisonnement a été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt U 106/01 du 5 mars 2002 consid. 3. En l'espèce, le recourant travaillait en qualité d'aide-monteur d'échafaudages. Ses conditions de travail, et notamment ses conditions salariales, devaient ainsi respecter les conditions minimales prévues par la convention collective de travail pour les échafaudeurs suisses (ci-après : CCT), dans sa teneur en vigueur lors de l'accident assuré, en 2012. Or, selon l'art. 13 al. 9 de la CCT, dès l'engagement dans l'entreprise, les travailleurs ont droit au 13 e salaire, lequel est versé au prorata de la période travaillée lorsque les rapports de travail n'ont pas duré toute l'année civile. Dans la mesure où il ne prévoit pas de 13 e salaire, le contrat de travail conclu avec le recourant ne respecte ainsi pas la CCT applicable. Dans ces circonstances, l'intimée devait prendre en considération un 13 e salaire conformément à l'ATA/103/2001 du 13 février 2001 consid. 5b, confirmé sur ce point par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 106/01 du 5 mars 2002 consid. 3. Par conséquent, c'est un salaire annuel de CHF 63'445.40 ([CHF 26.50/h x 42.50 h/sem. x 52 sem.] /12 x 13) que l'intimée aurait dû prendre en considération pour l'année 2015. A noter que, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2016 consid. 5, ce salaire ne peut être qualifié de revenu nettement inférieur à la moyenne au sens du consid. 6b ci-dessus dès lors qu'il est supérieur à la convention collective de travail applicable en la matière. c. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant, incapable de travailler dans son activité habituelle, n'a pas repris d'activité professionnelle en Suisse. Ainsi, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales figurant dans l'ESS ou de données salariales résultant des DPT. Toute autre manière d'établir un revenu avec invalidité n'est pas conforme à la jurisprudence. La SUVA a procédé audit calcul sur la base des données résultant des DPT, lesquelles sont contestées par le recourant, celui-ci ne les considérant pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il convient donc d'examiner si l'intimée a respecté la jurisprudence lors du calcul du revenu d'invalidité. L'intimée a retenu cinq postes en Suisse romande, à savoir les nos 10454771 (opérateur de redressage Lentulo), 384123 (employé au découpage), 7077 (monteur en appareil), 438406 (polisseur) et 662507 (agent de soudure Laser). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2015, année de l'ouverture du droit à la rente. Les différentes activités retenues respectent les limitations fonctionnelles du recourant dans la mesure où elles n'impliquent pas, selon les réponses données par les employeurs, le port de charges supérieures à 5 kg et la marche de plus de 50 mètres sauf cas rares, la position assise étant la position la plus fréquente. Les DPT prises en considération par l'intimée ne requièrent par ailleurs aucune formation particulière, hormis des initiations/formations internes d'une durée de trois semaines à 8 mois qui paraissent, au vu du travail demandé, tout à fait à la portée du recourant, étant rappelé, dans ce contexte, que la langue n'a pas à être prise en considération. La chambre de céans se rallie ainsi à l'avis de l'intimée et considère que le recourant est capable d'exercer les activités retenues. L'intimée a, en outre, précisé que 36 postes entraient en considération eu égard aux limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et à la région retenue et a mentionné les salaires minimum (CHF 45'500.-), maximum (CHF 68'495.-) et moyen (CHF 56'058.-). Quant au revenu annuel moyen des cinq DPT retenues, il s'élève à CHF 55'428.- et est 1.1% au-dessous de la moyenne des salaires moyens des 36 postes pouvant entrer en considération de sorte qu'il est suffisamment représentatif. En retenant un revenu avec invalidité de CHF 55'428.-, le taux d'invalidité du recourant s'élève à 13% ([CHF 63'445.40 – CHF 55'428.-] / CHF 63'445.40

x 100 = 12.63%, arrondi à 13% ; voir ATF 130 V 121 consid. 3.2). C'est donc un degré d'invalidité de 13% que la SUVA aurait dû prendre en considération, ce qui ouvre le droit au versement d'une rente au taux de 13%. 11. Dans ces circonstances, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition querellée et de constater que le recourant a droit à une rente d'invalidité au taux de 13%. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), étant précisé que son conseil n'est intervenu qu'en cours de procédure, au stade de la réplique. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. 2. Le déclare recevable pour le surplus. Au fond : 3. L'admet et annule la décision sur opposition du 5 janvier 2016. 4. Dit que le recourant a droit au versement d'une rente d'invalidité au taux de 13% dès le 1 er juillet 2015. 5. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge de la SUVA. 6. Dit que la procédure est gratuite. 7. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.