

## **GE\_GERICHTE A/647/2008 vom 26. März 2009**

GE Cour de justice, 2009-03-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_647\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_647_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/647/2008 du 26 mars 2009

IT: GE\_GERICHTE A/647/2008 del 26 marzo 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.03.2009  
A/647/2008

A/647/2008 ATAS/377/2009 du 26.03.2009 ( LAA ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 04.05.2009, rendu le 18.02.2010, REJETE, 8C\_377/2009 En fait En droit république et cantonal de genève POUVOIR JUDICIAIRE A/647/2008 ATAS/377/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 26 mars 2009 En la cause Monsieur T\_\_\_\_\_, domicilié c/o Monsieur T\_\_\_\_\_, la à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Stéphane REY recourant contre SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR intimée EN FAIT Monsieur T\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954 et d'origine vietnamienne, a travaillé en tant que cuisinier à compter du 1 er juillet 1999 auprès du restaurant X\_\_\_\_\_. À ce titre, il était couvert contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par SWICA ASSURANCE SA (ci-après : SWICA). Le 22 août 2000, alors que l'assuré circulait en moto, un automobiliste qui roulait en sens inverse lui a coupé la route en obliquant à gauche, provoquant ainsi sa chute. Le même jour, l'assuré a été transporté à la clinique d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans un rapport du 12 octobre 2000, le Dr A\_\_\_\_\_, chef de clinique-adjoint, a diagnostiqué une fracture du styloïde ulnaire gauche et attesté une incapacité de travail entière dont il a indiqué qu'elle durerait probablement jusqu'au 4 septembre 2000. Dans un rapport du 13 octobre 2000, le Dr B\_\_\_\_\_, chirurgien de la main, a diagnostiqué une déchirure du scaphoïde, un arrachement du ligament radio-triquétral et une déchirure du ligament luno-triquétral du poignet gauche. Il a également fait état d'une déchirure du ligament luno-triquétral au poignet droit et précisé que le patient était immobilisé. Dans un rapport ultérieur du 25 janvier 2001, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état du développement d'un syndrome du tunnel carpien gauche et d'un déplacement tardif sous immobilisation de la fracture du scaphoïde gauche avec dissociation scapho-lunaire. Il a précisé qu'un dommage permanent était à craindre sous forme de diminution de force et de fonction du poignet gauche. Dans un rapport du 6 février 2001, le Dr C\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a exposé que le patient lui avait été adressé en raison d'acroparesthésies bilatérales prédominant largement à gauche qui faisaient penser à un syndrome du tunnel carpien bilatéral. L'anamnèse mentionnait l'apparition de sensations d'oppression rétrosternale associées à une impression de manque d'air provoquant des paresthésies des quatre extrémités et péri-orales. Après avoir procédé à un examen neurographique et à une électromyographie, le neurologue a confirmé l'hypothèse d'une souffrance sensitivo-motrice du nerf médian au niveau du tunnel carpien des deux côtés et prédominant légèrement à gauche. Le 28 mars 2001, le Dr B\_\_\_\_\_ a procédé à une intervention sur le poignet gauche du patient. Cette opération avait pour but la résection de la première rangée des os du carpe, la dénervation du poignet et la neurolyse du nerf

médian. Le chirurgien a confirmé les diagnostics antérieurs et y a ajouté celui de syndrome du tunnel carpien gauche post-traumatique. Il a précisé qu'au poignet droit, l'évolution avec un traitement conservateur était lentement favorable. Le 29 mars 2001, le restaurant X \_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail qui le liait à l'assuré avec effet au 30 avril 2001. Dans un rapport du 26 octobre 2001, le Dr B \_\_\_\_\_ a fait état d'une exacerbation du syndrome du tunnel carpien post-traumatique et préconisé une décompression du tunnel carpien à droite. Le 7 décembre 2001, l'assuré a informé SWICA qu'il avait dû interrompre la formation qu'il avait commencée quatre jours plus tôt et a produit un certificat médical du Dr B \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail entière pour les travaux répétitifs même légers à partir du 10 décembre 2001. Dans un rapport du 4 janvier 2002, après avoir procédé à une électromyographie, le Dr C \_\_\_\_\_ a pu objectiver une très nette amélioration de l'état de l'assuré confirmée par les examens neurographiques, lesquels révélaient une quasi normalisation des valeurs enregistrées. Le médecin n'a pas observé d'aggravation du syndrome du tunnel carpien à droite. Par contre, l'assuré présentait de nombreux stigmates sous forme d'acroparesthésies s'associant parfois aussi à des sensations d'oppression évoquant un état tensionnel chronique, voire anxieux et dépressif. Dans un rapport du 3 mai 2002, le Dr B \_\_\_\_\_ a fait état d'un statut stable du membre supérieur gauche, avec une légère régression des paresthésies, des fonctions inchangées et un carpe stable, alors que le poignet droit était encore douloureux, avec une faible aggravation progressive des troubles sensitifs du territoire médian. Le médecin a émis l'avis qu'à terme, une décompression du tunnel carpien droit était à prévoir. Il a signalé que l'assurance-invalidité avait reconnu à son patient un degré d'invalidité de 84% et l'avait mis au bénéfice d'une rente à compter du 1<sup>er</sup> août 2001. Dans un rapport ultérieur établi le 1<sup>er</sup> octobre 2002, le Dr B \_\_\_\_\_ a précisé n'avoir pas procédé à un traitement chirurgical supplémentaire. Il a estimé que l'assuré était en mesure d'effectuer un travail léger. Le 6 décembre 2002, SWICA a confié un mandat d'expertise au Dr D \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 21 février 2003, l'expert a relevé l'absence de limitation fonctionnelle au niveau du poignet droit, mais la persistance d'un syndrome douloureux à l'effort avec un manque de force de serrage de la main. À gauche, une importante limitation fonctionnelle persistait avec un syndrome douloureux invalidant et une importante diminution de la force entraînant des lâchages d'objets dès que le poids dépassait 500 grammes. L'expert a estimé que les séquelles étaient définitives et que, sur le plan médical, plus aucun traitement n'était susceptible d'améliorer significativement l'état du patient. Il a conclu à une incapacité de travail totale et définitive dans la profession de cuisinier. Selon lui, il semblait difficile d'envisager la reprise d'une activité professionnelle dans l'immédiat mais l'on pouvait éventuellement s'attendre à ce que le patient, relativement jeune, s'adapte à la douleur, ce qui permettrait d'envisager la reprise d'une activité professionnelle dans un délai d'un ou deux ans; il devrait s'agir d'une activité manuelle n'exigeant aucun effort et n'impliquant pas de gestes répétés ou répétitifs des mains, par exemple une activité de surveillance ou d'huissier dans une banque. L'expert a conclu à une invalidité totale et définitive dans la profession de cuisinier et a retenu une atteinte à l'intégrité de 5 % pour le côté droit et de 20 % pour le côté gauche. Par décision du 6 mai 2003, SWICA a mis fin à ses prestations à court terme (traitement médical et indemnité journalière) avec effet immédiat en se référant au rapport d'expertise. Elle a alloué à l'assuré une rente d'invalidité complémentaire de 100 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2003 calculée sur la base d'un gain assuré de 48'893 fr. 30 pour la période du 22 août 1999 au 21 août 2000 représentant un montant mensuel de 2'013 fr. Elle lui a également reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %,

correspondant à un montant de 26'700 fr. Dans un rapport du 27 juin 2003, le Dr E.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fibromyalgie avec dorsalgies et séquelles douloureuses du poignet gauche post accident et opération. Il a précisé que le traitement était terminé avec une nette amélioration des symptômes. Dans un rapport du 5 décembre 2006 établi sur demande de SWICA, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'adaptation du patient à la douleur espérée par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 21 février 2003, ne s'était pas réalisée en raison des douleurs résiduelles fréquentes après le type d'intervention subie par le patient. Le médecin a cependant estimé que la capacité de travail de son patient pourrait être totale dans une activité parfaitement adaptée, à savoir peu manuelle et n'exigeant ni efforts, ni gestes répétés ou répétitifs des mains. Le 22 mars 2007, SWICA a confié un mandat d'expertise au Dr F.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 14 mai 2007, ce dernier a indiqué que le patient était incapable de donner une description précise et cohérente de ses douleurs au poignet gauche; la localisation de celles-ci était imprécise mais semblait plutôt affecter la partie centrale et dorsale du poignet; les douleurs étaient augmentées lors du mouvement du poignet et également lors des vibrations ou des chocs sur la main; le patient mentionnait également un manque de mobilité et surtout de force au point de ne pouvoir porter une tasse de café avec la main gauche; les douleurs au niveau du poignet droit étaient beaucoup moins importantes, inconstantes, localisées sur le dos du poignet et augmentées à l'extension ainsi qu'à l'appui sur le talon de la main; le patient se plaignait aussi de paresthésies bilatérales de distribution imprécise semblant affecter tous les doigts des deux mains sans distinction. L'expert a souligné avoir rencontré des difficultés à pratiquer l'examen en raison de l'importante résistance du patient à la mobilisation passive, en particulier du poignet gauche - alors que l'assuré le mobilisait occasionnellement au cours de l'entretien, et de son manque de collaboration en général. Finalement, l'expert a observé une diminution de la flexion-extension du poignet gauche de deux tiers par rapport au poignet droit et une diminution d'un tiers de l'inclinaison radio-lunaire ; s'agissant de la mobilité digitale, il a constaté que l'extension ainsi que l'enroulement actif des doigts étaient possibles et complets des deux côtés. L'expert a diagnostiqué un status après résection de la première rangée des os du carpe et dénervation selon Wilelm modifiée au poignet gauche, un status après entorse luno-triquétrale au poignet droit et un status après décompression chirurgicale du nerf médian dans le tunnel carpien des deux côtés. Il ressortait de l'anamnèse et de l'examen du patient des incohérences ainsi que des contradictions majeures entre ses déclarations, d'une part, et les éléments objectifs de l'examen, d'autre part. L'expert a conclu à des signes patents de dissimulation, d'exagération et d'absence de collaboration qui influençaient très fortement l'appréciation des limitations fonctionnelles ainsi que les possibilités de réorientation professionnelle. Il a ajouté que les imprécisions et hésitations du patient quant à la localisation et la définition de ses symptômes lui paraissaient difficiles à expliquer uniquement par ses difficultés de langage ou des limitations de ses capacités intellectuelles. L'expert a estimé qu'au niveau du poignet et de la main droits, les limitations fonctionnelles n'excédaient pas 10% de la capacité normale. Du côté gauche, elles pouvaient être évaluées à 50% d'un poignet normal. L'expert a conclu à une incapacité de travail complète et durable dans la profession de cuisinier mais a considéré qu'en revanche, dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de mouvements répétitifs des mains ou des poignets, permettant d'éviter les terrains accidentés, l'utilisation d'une échelle, le soulèvement de charges supérieures à 5 kilos ou encore les appuis en extension sur le poignet, la capacité de travail de l'assuré atteignait au moins 50 % et probablement même 80 % en fonction de

l'activité effective. L'expert a évoqué la vente (sans manutention lourde), la réception, la vidéosurveillance ou des activités analogues. Dans un rapport du 17 septembre 2007, le Dr G \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a certifié que le patient présentait une persistance et même une aggravation des troubles au niveau de ses poignets. Le médecin a considéré que l'état du patient n'était pas stabilisé et pouvait encore s'aggraver, notamment s'agissant de la capacité fonctionnelle. Le 26 septembre 2007, l'assuré a communiqué à l'assurance-invalidité ses remarques au sujet du rapport d'expertise. Il a contesté n'avoir pas su indiquer la localisation de ses douleurs et des symptômes et avoir indiqué à l'expert l'endroit exact où les douleurs commençaient et où elles irradiaient. Il a allégué n'avoir pas compris le mot « symptômes » et ajouté que l'expert lui avait coupé la parole lorsqu'il avait voulu expliquer les douleurs qu'il présentait de sorte qu'il avait renoncé. Après avoir énuméré ses douleurs, l'assuré, arguant des lacunes et mésententes dans le rapport d'expertise, a demandé une contre-expertise auprès de son centre médical. Le 29 octobre 2007, SWICA a rendu une décision aux termes de laquelle elle a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 29% obtenu en comparant le revenu que l'intéressé aurait pu obtenir en 2007 sans invalidité – soit 53'885 fr. 65 – avec le salaire qu'il aurait pu espérer réaliser la même année selon les statistiques en exerçant à 65% (moyenne entre 50 et 80 %) une activité adaptée – soit 38'422 fr. (selon l'enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2004 et après adaptation à l'évolution des salaires jusqu'en 2007). Compte tenu de ce résultat, SWICA a réduit le montant de la rente d'invalidité allouée à son assuré à 990 fr. par mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 en précisant qu'une éventuelle opposition n'aurait pas d'effet suspensif. Le 29 novembre 2007, l'assuré a formé opposition à ladite décision et requis la restitution de l'effet suspensif. Quant au fond, il a reproché à SWICA ne pas avoir tenu suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles et de s'être basée sur l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ alors même que ce dernier avait souligné avoir eu des difficultés à rendre ses conclusions vu la résistance importante rencontrée, les problèmes de langue et les capacités intellectuelles de l'intéressé. L'assuré a par ailleurs fait grief à SWICA, d'une part, de ne pas avoir procédé à une réduction supplémentaire de 25 % sur le salaire statistique, d'autre part, de n'avoir pas précisé quels domaines d'activité elle avait retenu en fonction de ses limitations fonctionnelles. Au surplus, l'assuré a contesté la capacité résiduelle de travail retenue par l'assurance, alléguant ne pouvoir travailler à 50 ou à 80 % dans une activité adaptée. Enfin, il a allégué que l'indexation des salaires statistiques à laquelle avait procédé l'assurance était erronée. Par décision du 28 janvier 2008, SWICA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. SWICA a considéré que l'expertise sur laquelle elle s'était basée pour rendre la décision contestée répondait aux exigences jurisprudentielles et que les pièces médicales du dossier établissaient au niveau de la vraisemblance prépondérante que les séquelles de l'accident n'empêchaient pas l'assuré d'exercer une activité adaptée à son état de santé. Elle a relevé que les conclusions du Dr F \_\_\_\_\_ étaient en accord avec celles contenues dans le rapport du 21 février 2003 du Dr D \_\_\_\_\_ qui estimait que l'on pouvait s'attendre à ce que l'assuré s'adapte à la douleur dans un délai de deux ans de telle sorte qu'une reprise du travail dans une activité adaptée soit possible. Le Dr F \_\_\_\_\_ avait certes fait part de certaines hésitations, mais avait expliqué le processus de réflexion qui l'avait amené à ses conclusions de sorte qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas. Par acte du 28 février 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%. Il a suggéré qu'une nouvelle expertise médicale soit mise en œuvre pour déterminer sa capacité résiduelle de travail et demandé l'audition des Drs G \_\_\_\_\_ et

B \_\_\_\_\_ . Le recourant reprend pour l'essentiel les griefs déjà développés dans son opposition. De plus, il allègue ne pas pouvoir retravailler dans quelque domaine que ce soit en raison de ses douleurs continues et invalidantes. Il se réfère à cet égard aux rapports des Drs B \_\_\_\_\_ , G \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ . Il fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de son âge, de la dégradation de son état de santé, de ses difficultés linguistiques et du fait que l'assurance-invalidité lui a reconnu un degré d'invalidité de 74%. Le recourant soutient que l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante. Il relève que le Dr B \_\_\_\_\_ a précisé que l'adaptation aux douleurs espérée par le premier expert n'a finalement pas eu lieu et que, selon le Dr G \_\_\_\_\_ , son état de santé n'est pas stabilisé mais peut encore s'aggraver. Le recourant en tire la conclusion que la capacité résiduelle de travail retenue par l'intimée est en contradiction avec ses douleurs ainsi que ses difficultés fonctionnelles. Il rappelle par ailleurs qu'il ne dispose d'aucune formation professionnelle si ce n'est celle de cuisinier. Il reproche à l'intimée de n'avoir pas tenu compte de ses plaintes et de ses douleurs et produit divers rapports médicaux, au nombre desquels, notamment, un rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 20 février 2008 dans lequel ce dernier émet l'avis que, du point de vue rhumatologique, il serait difficile pour le patient de conserver une activité de 65 % vu ses séquelles et qu'une activité résiduelle de 50 % paraîtrait plus raisonnable. Dans sa réponse du 8 avril 2008, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève que si, en décembre 2001, le stage d'observation mis en œuvre par l'assurance-invalidité a conclu à une incapacité de travail totale même dans des travaux répétitifs légers et considéré que les limitations du recourant ne pouvaient déboucher que sur un emploi de type protégé, l'assurance-invalidité a finalement considéré, sur la base de l'avis de son service médical régional, que l'on pouvait exiger de l'assuré une capacité de travail de 50 % à partir du 10 mai 2007, augmentant progressivement de 10 % par mois jusqu'à 80 %. L'intimée soutient que les conclusions du Dr F \_\_\_\_\_ reposent sur des examens sérieux, des pièces médicales et des arguments convaincants, que l'expert a tenu compte des autres avis médicaux et qu'il n'y a aucune raison d'ordonner une nouvelle expertise. Selon elle, les nouveaux documents médicaux postérieurs à l'expertise sont très sommaires et ne sauraient mettre en doute les conclusions de l'expert. L'intimée allègue enfin que, contrairement à ce que soutient le recourant, elle a expliqué quelles activités elle considère comme encore possibles. Le 25 septembre 2008, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr G \_\_\_\_\_ . Ce dernier a déclaré que le patient lui avait été adressé en 1994 par son médecin précédent. Ses investigations l'ont conduit à poser le diagnostic de fibromyalgie ; en conséquence, les traumatismes subis s'inscrivent dans le cadre général d'une polyopathie, de sorte qu'il lui est difficile de faire clairement la distinction entre cette dernière et les conséquences traumatologiques. En effet, les symptômes de la fibromyalgie dépassent largement le cadre du poignet. Le témoin a confirmé que l'incapacité de travail consécutive au seul traumatisme est de 50 %. Le Dr G \_\_\_\_\_ a souligné que la fibromyalgie explique que la capacité du patient puisse varier dans le temps. Il a expliqué que les douleurs au niveau du poignet entraînent une réaction en chaîne sous forme de contractures musculaires dans d'autres endroits et, par voie de conséquence, une recrudescence de la fibromyalgie elle-même, ce qui, à terme, va aggraver le taux d'incapacité de travail. Les tensions au niveau des cervicales et des épaules rendant le moindre mouvement pénible, le taux de 65% ne peut être atteint, selon le témoin, même dans le cadre d'une activité légère. Le témoin a précisé qu'en sa qualité de rhumatologue, il se prononce en considérant l'ensemble des pathologies dont est atteint le patient ; il ne lui appartient pas de faire la distinction entre les conséquences directes du traumatisme et le

reste. A cet égard, il a jugé que le Dr F\_\_\_\_\_ serait plus à même que lui de se prononcer. Le recourant a expliqué qu'il rencontre des difficultés même pour tenir simplement un couteau et une fourchette, de sorte qu'il voit mal quelle activité lucrative il pourrait exercer. Il se sent très faible et, ces derniers temps, il dort tout le temps en raison du traitement. Le Dr F\_\_\_\_\_ a été entendu à son tour par le Tribunal en date du 27 novembre 2008. Il a indiqué n'avoir vu le recourant qu'une seule fois, le 10 mai 2007. Il a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 14 mai 2007 dont il a expliqué qu'il se basait essentiellement sur l'examen pratiqué et sur l'étude du dossier que lui avait soumis la SWICA. Le témoin a précisé n'avoir en revanche pris contact ni avec le Dr G\_\_\_\_\_, ni avec le Dr B\_\_\_\_\_. Il a très brièvement évoqué le cas du patient avec le Dr B\_\_\_\_\_, croisé à un congrès quelques mois après l'expertise, mais ce dernier n'avait pas fait allusion à une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. Sur question, le témoin a précisé qu'à l'époque de l'expertise, le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas été évoqué mais il a indiqué que, de toute façon, cela n'aurait modifié en rien ses conclusions. Entendu à son tour, le Dr B\_\_\_\_\_ a déclaré avoir revu régulièrement le patient jusqu'en septembre 2002 puis en novembre 2006, pour une opération du tunnel carpien au poignet droit sans lien aucun avec le traumatisme. L'évolution avait été bonne. Cela n'avait cependant influé en rien sur la capacité de travail dans la mesure où l'état du poignet gauche était déterminant. Compte tenu de ce qu'il avait subi, ce poignet avait bien moins de force, ce qui entravait l'assuré dans un certain nombre d'activités, notamment celles requérant des travaux lourds ou des mouvements itératifs ou encore une grande amplitude fonctionnelle (l'amplitude normale du poignet est d'environ 160° et celle du poignet du recourant était réduite d'environ 50 %). Les limitations de force et de fonction étaient mesurables et avaient été mesurées. A titre d'exemple, en 2006, la force de serrage du poing était de 18 kilos à droite contre 9,5 à gauche alors que la force de pince était de 4 kilos à droite contre 3 à gauche. L'amplitude en 2001 du poignet était de 70° à gauche et 150° à droite. En revanche, il était difficile d'évaluer objectivement les douleurs dans la mesure où il s'agissait d'un élément subjectif. De façon générale, ce type de chirurgie, qui n'est pas anodine, avait pour objectif de récupérer au maximum et de réduire les douleurs tout en préservant une certaine amplitude fonctionnelle. Le témoin a rappelé que, par définition, les personnes souffrant de fibromyalgie ont un seuil de douleurs abaissé. Selon un raisonnement empirique, de façon générale, lorsqu'il opère un patient souffrant de fibromyalgie, il sait qu'il évoluera de façon douloureuse plus longtemps. Les épines irritatives mentionnées par le Dr G\_\_\_\_\_ sont les 18 points diagnostics de la fibromyalgie qui apparaissent comme des zones très sensibles. Le témoin a confirmé qu'à son sens, en tenant strictement compte de la problématique du poignet, le patient dispose d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée, à la réserve près que cette appréciation ne prend pas en considération le diagnostic de fibromyalgie. Sur ce, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Le délai de recours est de 30

jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 28 janvier 2008 a été reçue le lendemain de sorte que le délai de recours a débuté le 30 janvier 2008 pour venir à échéance le 28 février 2008 (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Le recours formé le dernier jour du délai l'a donc été en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA), de sorte qu'il y a lieu de le considérer comme recevable. Le litige porte sur la question de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de manière à influencer son droit à la rente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase). La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 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. A 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 125 V 351 consid. 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Il est à noter d'emblée que le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Par conséquent, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'évaluation de l'invalidité du recourant par les organes de l'assurance-invalidité dans le cadre de la présente procédure. Étant donné que la rente d'invalidité initiale a été accordée par décision du 6 mai 2003 et que la décision litigieuse date du 28 janvier 2008, il convient de comparer les circonstances existant à ces deux moments afin de déterminer si elles se sont modifiées. La décision du 6 mai 2003 repose sur le rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 21 février 2003. Dans ledit rapport, l'expert avait observé l'absence de limitation fonctionnelle au poignet droit, mais la persistance d'un syndrome douloureux à l'effort avec un manque de force de serrage de la main. La force de serrage de la main était de 10 à 12 kilos. Au poignet gauche, l'expert avait constaté la persistance d'une importante limitation fonctionnelle et d'un important syndrome douloureux invalidant avec une importante diminution de la force entraînant des lâchages d'objets dès que le poids dépassait 500 grammes. La force de serrage de la main variait entre deux et quatre kilos. L'expert avait relevé que l'assurance-invalidité avait admis un taux d'invalidité de 84%. Lui-même avait conclu à une incapacité de travail entière dans l'activité de cuisinier et, à l'époque, il lui semblait difficile d'envisager la reprise d'une activité professionnelle au vu du stage professionnel mis en œuvre par l'assurance-invalidité qui s'était soldé par un échec au printemps 2002, le patient ayant été incapable d'exécuter des travaux même légers en raison d'une exacerbation des douleurs. L'expert avait émis l'avis que, le patient étant relativement jeune, il était possible que, dans un délai d'un ou deux ans, il s'adapte à la douleur et aux limitations fonctionnelles, ce qui lui permettait de reprendre une activité professionnelle, à condition que celle-ci n'implique aucun effort et surtout pas de mouvements répétés ou répétitifs des membres supérieurs, plus particulièrement des mains. La décision sur

opposition du 28 janvier 2008 se base quant à elle sur le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 14 mai 2007. Dans son rapport, l'expert a observé des périmètres quasi identiques des deux côtés à l'avant-bras, au poignet et à la paume. L'expert a évalué différentes activités combinées et est arrivé à la conclusion que le patient était capable de prendre un livre (un kilo) et de rechercher une page à l'intérieur, d'utiliser un clavier et de faire un calcul sur une petite machine à calculer, d'allumer du premier coup un briquet indépendamment de la main droite ou de la main gauche, de dévisser et revisser le bouchon d'une bouteille déjà ouverte, de procéder à des manipulations fines comme le triage et l'alignement d'une série de huit trombones, opération qui était aisée de la main droite et plus fastidieuse de la main gauche, de soulever un objet volumineux, à savoir une chaise légère, en utilisant les deux mains. Il a examiné les radiographies du 10 mai 2007 et a conclu que l'aspect du poignet droit était celui d'un poignet subnormal après une entorse luno-triquétrale et que le poignet gauche présentait un aspect habituel six ans après la résection de la 1<sup>ère</sup> rangée des os du carpe, sans évolution arthrosique particulière. Il a précisé que le poignet droit ne montrait que des séquelles mineures d'une entorse luno-triquétrale. Il a considéré que les limitations fonctionnelles du poignet ainsi que de la main à droite étaient minimales puisqu'elles n'excédaient pas 10% de la capacité fonctionnelle normale. Du côté gauche, la limitation fonctionnelle pouvait être évaluée à 50 % d'un poignet normal selon l'expérience habituelle après résection de la 1<sup>ère</sup> rangée des os du carpe. Par conséquent, il en résultait une capacité résiduelle exploitable dans le cadre d'un recyclage dans une activité adaptée. L'expert a confirmé que l'incapacité de travail était complète et définitive dans l'activité de cuisinier. Il a en revanche considéré qu'une autre activité était parfaitement envisageable de l'assuré et devrait pouvoir être exercée à 50% au moins, voire à 80%, étant précisé qu'il faudrait éviter les mouvements répétitifs des mains ou des poignets, les terrains accidentés, la montée sur des toits ou l'utilisation d'une échelle, le soulèvement de charges supérieures à 5 kilos et les activités nécessitant des appuis en extension sur les poignets. Des activités telles que la vente (sans manutention lourde), la réception, la vidéosurveillance ou des activités analogues lui paraissaient des objectifs réalistes. Le Dr F\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant, procédé à un examen clinique ainsi qu'à des nouvelles radiographies des poignets. Il s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur le lien de causalité naturelle. Il retient principalement les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr B\_\_\_\_\_ et son rapport ne contient pas de contradictions puisque, si le recourant, qui est droitier, présente des limitations fonctionnelles de 50 % à la main gauche et de 10 % à la main droite, il apparaît cohérent de lui reconnaître une capacité résiduelle de travail de plus de 50 % dans une activité adaptée. En outre, les exagérations et les mouvements de résistance que l'expert a constatés lors de son examen clinique sont expliqués par la fibromyalgie et ne paraissent pas provenir de mésestimes. Au demeurant, même s'il y avait eu des mésestimes entre le recourant et l'expert au sujet des symptômes et des douleurs, on ne voit pas en quoi ces mésestimes auraient provoqué une minimisation des plaintes du recourant et auraient eu une incidence sur l'appréciation de la capacité résiduelle de travail qui repose sur des éléments objectifs, à savoir sur les limitations fonctionnelles objectivées. Au contraire, l'expert relève, d'une part, une exagération des plaintes ce qui établit qu'il a les entendues et, d'autre part, des mouvements de résistance en mobilisation passive, alors que, dans le cours de l'entretien, le recourant était en mesure d'effectuer au moins partiellement les mouvements requis ; il s'agit là de constatations objectives de la part de l'expert qui ne

souffrent d'aucune discussion. De plus, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié I 600/03 du 30 novembre 2004, consid. 3.2). Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert n'avait pas à tenir compte de son âge et de ses difficultés linguistiques pour fixer sa capacité résiduelle raisonnablement exigible étant donné qu'il s'agit de critères étrangers à l'atteinte à la santé. En effet, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 21 consid. 2c; VSI 1999 p. 247 consid. 1; ATFA non publié U 388/01 du 2 décembre 2002, consid. 2.1). Enfin, le Dr F \_\_\_\_\_ a répondu à toutes les questions du mandat d'expertise en précisant - contrairement à ce qu'allègue le recourant - les domaines d'activité dans lesquels il considérait que l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail. Par conséquent, ses conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen. L'argument du recourant selon lequel les conclusions de l'expert seraient en contradiction avec celles des Drs B \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ - qui retiennent notamment qu'il n'est pas en mesure d'exercer des travaux légers - doit également être écarté. En effet, lors de son audition par le Tribunal de céans, le Dr G \_\_\_\_\_ a déclaré que l'incapacité de travail consécutive au seul traumatisme était de 50%. Il a certes ajouté que les douleurs au poignet allaient sans doute entraîner une recrudescence de la fibromyalgie par réaction en chaîne, raison pour laquelle il était en désaccord avec le taux de 65 % retenu par l'intimée mais a également précisé qu'en sa qualité de rhumatologue, il se prononçait en considérant l'ensemble des pathologies dont était atteint le patient car il lui était difficile de faire clairement la distinction entre les conséquences traumatologiques et la fibromyalgie. Le Dr G \_\_\_\_\_ a d'ailleurs admis qu'à cet égard, le Dr F \_\_\_\_\_ était plus à même que lui de se prononcer. En définitive, force est de constater que l'appréciation du Dr G \_\_\_\_\_ ne contredit donc pas, à proprement parler, les conclusions du Dr F \_\_\_\_\_, puisqu'elle tient compte de la fibromyalgie alors que celle-ci n'est pas en rapport de causalité avec l'accident ce que, d'ailleurs, aucun des médecins interrogés ne soutient. De plus, le Dr G \_\_\_\_\_ renvoie à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail par l'expert quant aux seules conséquences traumatologiques, estimant ne pas être en mesure de faire la distinction entre celles-ci et la fibromyalgie. Quant au Dr B \_\_\_\_\_, il a déclaré lors de son audition par le Tribunal de céans, que la diminution de force du poignet gauche, qui était mesurable et avait été mesurée, entravait l'assuré dans les travaux lourds et les mouvements itératifs ou exigeant une grande amplitude fonctionnelle. Il a exprimé l'avis qu'en tenant strictement compte de la problématique du poignet, sans prendre en considération le diagnostic de fibromyalgie, le patient disposait d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée. Par conséquent, l'appréciation du Dr B \_\_\_\_\_ ne contredit pas davantage celle du Dr F \_\_\_\_\_, au contraire, elle se révèle encore plus sévère en tant que le témoin a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. On ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les

conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C\_657/200 du 12 juin 2008, consid. 2.3). Or, les Drs B \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ ne reprochent pas à l'expert de ne pas avoir tenu compte d'éléments objectivement vérifiables de sorte que son rapport a une pleine valeur probante. En définitive, le Dr F \_\_\_\_\_ admet, dès la date de l'expertise, une capacité de travail résiduelle d'au moins 50 % allant même jusqu'à 80 % dans une activité adaptée et suivant l'activité effective. Par conséquent, il considère, d'une part, que les conséquences de l'état de santé se sont modifiées de façon importante quant à la capacité de travail résiduelle depuis la dernière expertise au vu de la période de récupération de six ans à partir de l'importante opération au poignet gauche permettant d'exiger la reprise d'une activité lucrative. D'autre part, il retient que l'état de santé du recourant s'est amélioré objectivement puisqu'à la suite de cette période de récupération depuis la première opération du poignet gauche, les limitations fonctionnelles peuvent être évaluées à 50 % au poignet gauche et à 10 % au poignet droit qui ne présente aucune arthrose particulière. Il ne s'agit pas d'une nouvelle appréciation du cas alors que les circonstances sont restées inchangées. En effet, ses conclusions reposent sur des éléments objectifs, à savoir notamment la diminution des limitations fonctionnelles due à la période de six ans de récupération qui ne sont plus que de 50 % alors que, lors de son expertise du 21 février 2003 effectuée moins de deux ans après l'opération, le Dr D \_\_\_\_\_ avait conclu à de très importantes limitations au poignet gauche. De plus, cette amélioration est confirmée par les radiographies du 10 mai 2007 démontrant un aspect habituel du poignet gauche six ans après la résection de la 1ère rangée des os du carpe, sans évolution arthrosique particulière. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée a révisé la rente d'invalidité puisque les conditions se sont modifiées depuis l'expertise du 21 février 2003. A cet égard, il y a lieu de relever qu'en admettant une capacité résiduelle de travail de 65 % dans une activité adaptée, l'intimée a appliqué la valeur moyenne de la fourchette de 50 à 80 % évaluée par l'expert de sorte que son appréciation ne prête pas à la critique. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la demande de contre-expertise du recourant dans la mesure où les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, étant rappelé que le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées). Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimée. Est déterminant, lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222 ). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque

l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant de l'ESS doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). En l'espèce, étant donné que le Dr F \_\_\_\_\_ a admis que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à raison de 50 à 80 % depuis la date de son examen du 10 mai 2007 et que l'intimée a révisé la rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2008, il convient de comparer les revenus avec et sans invalidité en 2008 et non en 2000, contrairement à ce qu'allègue le recourant. En effet, la comparaison des revenus doit se faire au regard de la situation existant au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de la modification du droit à la rente (ATF 129 V 222 ), en tenant compte des modifications des revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 128 V 174 ). Toutefois ces chiffres n'existent pas encore de sorte qu'on peut comparer la situation prévalant en 2007 puisque les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 128 V 174 ). L'intimée a fixé le revenu sans invalidité à 53'886 fr. en 2007 en adaptant le gain obtenu en 1999-2000, à savoir 48'893 fr. 30, au renchérissement intervenu depuis lors. Bien que ce gain ne soit pas contesté par le recourant, il ressort des calculs de l'intimée que celle-ci a retenu un indice erroné pour 2007 et adapté le revenu de 2000 à 2007 en tenant compte de l'indice pour les hommes et les femmes, au lieu d'appliquer celui concernant les hommes uniquement. Or, lors de l'adaptation du revenu à l'évolution des salaires, il faut faire la distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (cf. ATF 129 V 408 ). Par conséquent, il y a lieu de procéder à une nouvelle adaptation du revenu tenant compte de l'évolution des salaires nominaux chez les hommes de 2000 à 2007, soit au total de 9,9 % (2001 = 2.5 %, 2002 = 1,6 %, 2003 = 1,3 %, 2004 = 0.9 %, 2005 = 0.9 %, 2006 = 1,1 % et 2007 = 1,6 %; OFS, évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2007). Dès lors, le revenu sans invalidité doit être fixé à 53'733 fr. 75 en 2007 (48'893.30 + 9,9 %). Quant au revenu d'invalidité, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre suffisant d'entre elles ne nécessitent pas le port de charges et de mouvements répétitifs de la main gauche, de sorte qu'elles sont adaptées au handicap subi accidentellement par le recourant et sont donc exigibles (ATFA non publié U 192/02 du 23 juin 2003, consid. 4.1). Par ailleurs, ces activités ne nécessitent aucune formation particulière autre qu'une mise au courant initiale (cf. ATFA non publié I 727/05 du 27 décembre 2005, consid. 3.2). Ainsi, sur le marché du travail entrant en considération pour le recourant, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui n'impliquent ni port de charges supérieures à 5 kilos, ni mouvements répétitifs des mains ou des poignets, ni terrains accidentés, ni montée sur des toits ou

utilisation d'une échelle, ni activités nécessitant des appuis en extension sur les poignets. On peut ainsi, notamment évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (ATFA non publiés I 766/04 du 7 juin 2005, consid. 5.3 et I 394/04 du 2 février 2005, consid. 3.2 et les références). Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé ESS 2006, TA1, p. 53, niveau de qualification 4). Il s'élève en 2006 à 56'784 fr. (4'732 x 12) part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Pour tenir compte de l'évolution des salaires intervenue entre 2006 et 2007 chez les hommes, il convient de l'augmenter de 1,6 % et de le porter à 57'692 fr. 55. Afin de tenir compte de la capacité résiduelle de travail de 65 % retenue par l'intimée et de l'horaire de travail en 2007 de 41.7 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises), puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique est de 39'093 fr. 90 (57'692.55 x 65 % x 41.7 : 40). Ainsi que le relève, à juste titre, le recourant, l'intimée n'a procédé à aucune réduction supplémentaire sur ce revenu statistique - contrairement à ce que préconise la jurisprudence - et sans aucunement motiver sa position sur ce point, ce qui démontre un oubli. Il y a lieu de procéder à une réduction supplémentaire de 15 % pour tenir compte du fait que le recourant ne peut exercer qu'une activité légère, qu'il ne peut le faire qu'à temps partiel et qu'il est âgé de plus de cinquante ans (ATFA non publié I 747/03 du 22 décembre 2004, consid. 5.2). Par conséquent, le revenu d'invalidité doit être fixé à 33'229 fr. 05 (39'093.90 x 85 %), ce qui, comparé au revenu sans invalidité de 53'733 fr. 75, conduit à un taux d'invalidité de 38 % (53'733.75 - 33'229.05 : 53'733.75 x 100). Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et les décisions du 29 octobre 2007 ainsi que du 28 janvier 2008 annulées au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Le déclare recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Constate que Monsieur T\_\_\_\_\_ a droit à une rente de l'assurance-accidents correspondant à un taux d'invalidité de 38 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Renvoie le dossier à l'intimée pour calcul des prestations dues. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le