

GE_GERICHTE A/816/2016 vom 7. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_816_2016

FR: GE_GERICHTE A/816/2016 du 7 février 2017

IT: GE_GERICHTE A/816/2016 del 7 febbraio 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Katarzyna KEDZIA RENQUIN 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), né en 1975 en Pologne, au bénéfice d'un diplôme de mécanicien en automobile, est arrivé en Suisse en 2006. Après avoir travaillé dans les vignes, il a été chauffeur-manutentionnaire dès 2008. Au bénéfice d'un permis B, il a été employé dès janvier 2010 en qualité de chauffeur poids lourds par B_____ SA (ci-après l'employeur) et a été, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA – caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après l'assureur ou l'intimée).
!endif>!if> 2. Le 30 juin 2011, l'assuré a été heurté par un véhicule alors qu'il roulait en scooter, ce qui a engendré des atteintes au genou droit, à la cheville et au rachis cervical, ainsi qu'une incapacité de travail totale.!endif>!if> 3. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident par le versement des indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement.!endif>!if> 4. L'assuré a notamment reçu des soins en raison de cervicalgies.!endif>!if> 5. Le 10 novembre 2011, l'assuré a subi une plastie du ligament croisé antérieur et du ménisque interne du genou droit.!endif>!if> 6. L'assuré a été licencié avec effet au 30 novembre 2011.!endif>!if> 7. Le 11 novembre 2013, une arthroscopie du genou droit a été effectuée.!endif>!if> 8. Le 14 février 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré devait éviter la marche prolongée, le travail en position debout prolongée, accroupie, à genoux et les ports de charges ainsi que la montée et descente des escaliers.!endif>!if> 9. Par rapport du 20 mars 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a, suite à un examen de l'assuré, estimé qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) était nécessaire pour compléter le bilan des pathologies et démarrer une rééducation intensive.!endif>!if> 10. Du 20 mai au 11 juin 2014, l'assuré a séjourné à la CRR.!endif>!if> 11. Par rapport du 10 juin 2014, les médecins de la CRR ont diagnostiqué, suite à l'accident du 30 juin 2011, une contusion du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur et du ménisque interne du genou droit, un arrachement au niveau du 3ème cunéiforme, une entorse de l'arrière-pied et des cervico-brachialgies droites, niveau C6-C7: discrète discopathie protrusive focale C5-C6 sans conflit disco-radiculaire objectivable. Les douleurs costo-vertébrales et costo-sternales, bien que gênantes, ne limitaient pas la capacité de travail de l'assuré. L'activité antérieure sollicitant la position debout ainsi que des travaux de manutention lourde était difficilement exigible et avait un impact négatif sur le fonctionnement du genou droit. Une activité de conduite pure, sans port de charges ni manutention lourde, était envisageable. !endif>!if>

12. Le 25 juillet 2014, l'assureur a reçu de la part de l'employeur les fiches de salaire de l'assuré pour la période de juin 2010 à juin 2011.!

13. Le 2 septembre 2014, l'assuré a subi une troisième intervention chirurgicale au genou droit.!

14. Par avis du 17 octobre 2014, le Dr D_____ a estimé qu'à compter du 15 novembre 2014, on pouvait admettre que le cas était stabilisé. L'assuré pouvait exercer une activité essentiellement en position assise sans port de charges lourdes.!

15. Par rapport du 8 décembre 2014, le Dr D_____ a, suite à un examen de l'assuré effectué le 4 décembre 2014, relevé que ce dernier se plaignait toujours de douleurs diffuses au niveau du genou droit, de douleurs au niveau de l'hémithorax droit et au niveau des masses musculaires du rachis cervical, sans aucune brachialgie associée. Selon les conclusions des médecins de la CRR, les douleurs thoraciques ne limitaient pas la capacité de travail de l'assuré. Selon le Dr D_____, compte tenu de l'atteinte au genou droit et des douleurs à la marche, l'ancienne activité de chauffeur poids lourds – manutentionnaire n'était plus exigible ; par contre, dans une activité réalisée à la guise de l'assuré en position assise ou debout, avec un port de charges limité à 5 kg compte tenu des diverses douleurs rapportées, sans déplacement dans des escaliers et sans devoir monter sur une échelle, l'assuré avait une capacité de travail entière, sans baisse de rendement. S'agissant de la prise en charge du traitement, il avait droit à six consultations pendant une année auprès de son chirurgien traitant ainsi que deux séances de physiothérapie pendant six mois, puis une séance hebdomadaire pendant six mois supplémentaires afin de favoriser un retour dans le monde du travail. Un traitement antalgique par Dafalgan, voire un anti-inflammatoire non stéroïdien, devait également être accepté. Enfin, compte tenu de l'absence d'instabilité séquellaire à l'examen et de l'absence de signe d'arthrose dégénérative évoluée sur la dernière arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) du 6 juin 2014, il n'y avait pas d'indication à l'attribution d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI).!

16. Le 25 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI).!

17. Le 15 décembre 2014, l'assureur a informé l'assuré que suite à l'examen effectué par le Dr D_____, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, il mettait un terme, au 30 avril 2015, au versement de l'indemnité journalière et au paiement des soins médicaux, hormis six consultations annuelles pendant une année auprès du chirurgien traitant ainsi que deux séances de physiothérapie pendant six mois, puis une séance hebdomadaire pendant six mois supplémentaires. Le droit à une rente allait être examiné.!

18. Le 30 juillet 2015, l'assureur a réceptionné des rapports établis les 26 mars et 27 juillet 2015 par le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, concernant des cervicalgies para-vertébrales droites aiguës. !

19. Par avis du 31 juillet 2015, le Dr D_____ a indiqué que le statu quo sine était largement atteint s'agissant des suites de l'entorse cervicale. Les troubles actuels au rachis cervical de l'assuré étaient en relation de causalité, au mieux possible, avec l'événement initial.!

20. Le 24 août 2015, l'assureur a informé l'assuré que les troubles au niveau du rachis cervical n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. À la demande de l'assuré, une décision susceptible d'opposition serait rendue.!

21. Le 11 septembre 2015, l'assuré a demandé à l'assureur de prendre en charge notamment des frais de traitement concernant sa colonne cervicale.!

22. Dans un document interne du 16 octobre 2015, l'assureur a recensé 283 postes compatibles, selon lui, avec les limitations fonctionnelles dont souffrait l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen

de ces postes s'élevaient respectivement à CHF 42'000.-, CHF 74'544.- et CHF 56'214.-. Parmi eux, l'assureur a retenu cinq descriptions de postes de travail (ci-après DPT), soit ceux d'employé au contrôle de qualité, boîtier-polisseur dans l'horlogerie, rectifieur, collaborateur de production et employé d'horlogerie, décrits comme suit:!

23. Par décision du 20 octobre 2015, l'assureur a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 12% dès le 1^{er} mai 2015, soit CHF 517.60 calculés sur un gain annuel de CHF 64'700.-, et lui a refusé tout droit à une IPAI. L'assureur a précisé que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différentes secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position alternée assise et debout. Une telle activité lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 62'131.-. Comparé au gain de CHF 70'700.- réalisable sans accident (CHF 5'200 x 12 + gratification de CHF 2'000.- + prime de nuit de CHF 2'100.- + CHF 4'200.- à titre de forfaits de repas), il en résultait une perte de gain de 12%. La rente prenait en considération la situation actuelle.!

24. Par courrier du 16 novembre 2015, l'assureur a requis du Dr C _____ des informations sur le traitement entrepris et a sollicité une copie d'une IRM effectuée le 28 octobre 2015.!

25. Les 20 novembre 2015 et 25 janvier 2016, l'assuré a contesté pouvoir réaliser un salaire de CHF 62'131.-, formant ainsi opposition à la décision précitée. Le dossier ne permettait pas de comprendre comment l'assureur avait retenu un tel revenu. Par ailleurs, aucune pièce du dossier ne faisait état d'un gain assuré de CHF 64'700.-, étant entendu que le salaire réalisé dans l'année précédant l'accident était de CHF 70'700.-.!

26. Le 5 janvier 2016, l'assureur a rappelé au Dr C _____ qu'il était dans l'attente des informations sollicitées.!

27. Par décision du 8 février 2016, l'assureur a rejeté l'opposition. Après avoir indiqué que seuls étaient litigieux le salaire d'invalidé et le gain annuel assuré, il a rappelé que selon le Dr D _____, l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité de chauffeur poids lourds – manutentionnaire en raison des troubles au genou droit. Par contre, il avait une pleine capacité de travail dans un emploi réalisé en position assise ou debout, avec un port de charges limité à 5 kg, sans déplacement dans les escaliers et sans devoir monter sur une échelle. Le revenu d'invalidé avait été déterminé sur la base des données salariales résultant des DPT. En se fondant sur les renseignements fournis par cinq entreprises romandes,

l'assureur avait évalué à CHF 62'131.- le gain d'invalidité exigible, ce qui ne prêtait pas le flanc à la critique étant donné que les DPT choisies étaient adaptées au handicap de l'assuré et avaient été versées au dossier le 16 octobre 2015. Par ailleurs, il y avait lieu de se référer au salaire moyen et non pas à la moyenne des salaires moyens, ni au salaire minimal. En outre, s'agissant du gain assuré, au vu des fiches de salaires fournies le 25 juillet 2014 par l'ancien employeur de l'assuré, le montant de CHF 64'700.- devait aussi être confirmé. Enfin, le montant de CHF 70'700.-, non contesté par l'assuré, ne correspondait pas au salaire réalisé pendant l'année précédant l'accident, mais était le gain que l'assuré aurait reçu en 2015 s'il avait pu continuer à exercer son activité habituelle. 28. Par acte du 10 mars 2016, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 17%. Il contestait le salaire annuel avec invalidité fixé à CHF 62'131.-. Si l'intimée avait certes présenté cinq DPT, il s'était toutefois fondé sur le salaire moyen, alors qu'il aurait dû se fonder sur le salaire minimal. À cet égard, le recourant rappelait qu'il avait une formation de mécanicien et de chauffeur poids lourds de sorte que le salaire d'invalidité pouvait difficilement être retenu en tant que salaire moyen ressortant des DPT. Il convenait donc de se fonder sur le salaire minimum, soit CHF 58'456.-, lequel, comparé au salaire sans invalidité de CHF 70'700.-, entraînait une perte de gain de 17%. Par ailleurs, le recourant a ajouté qu'il avait effectivement été déclaré apte au travail à 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2015. En raison toutefois de la péjoration de son état de santé en lien avec son genou, il était en incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} février 2016, et ce pour une durée indéterminée. À cet égard, il produisait un certificat du Dr C_____ du 29 janvier 2016, certifiant que son état de santé nécessitait qu'il travaille à 50% à partir du 1^{er} février 2016. 29. Le 17 mars 2016, le recourant a transmis à l'intimée le certificat précité du Dr C_____ et a sollicité une adaptation de la rente. 30. Le 22 mars 2016, l'intimée a répondu qu'au vu de la procédure en cours, il ne lui appartenait pas de se prononcer sur le taux de la rente. 31. Par réponse du 6 avril 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a souligné que le recourant ne remettait pas en question l'étendue des limitations fonctionnelles dues à l'accident et ne critiquait ni l'évaluation de l'invalidité selon les DPT, ni le choix et la représentativité de ceux-ci. Selon l'intimée, rien ne justifiait que l'on s'écarte, pour fixer le revenu d'invalidité, de la moyenne des salaires moyens des cinq DPT pris en considération. Ces postes n'exigeaient aucune formation particulière, celle-ci étant mise en œuvre à l'interne sur une période de trois à six mois. De nature simple et répétitive, ils ne nécessitaient ni de connaissances particulières, ni de capacités spécifiques, ni d'une expérience professionnelle préalable. Quoi qu'il en soit, même en se fondant sur le revenu résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, on obtenait un salaire avec invalidité de CHF 63'353.29 (ESS 2012, TA1, niveau 1, avec un horaire de 41.7, indexé à 2015 et compte tenu d'un abattement de 5% puisque le recourant était encore jeune, qu'il disposait d'une autorisation de travail en Suisse où il vivait depuis 2006 et que ses limitations fonctionnelles ne présentaient pas de spécificités telles qu'elles le défavoriseraient de façon significative sur le marché de l'emploi relatif aux activités encore exigibles). Or, en comparant ce salaire avec invalidité avec le revenu sans invalidité de CHF 70'700.-, on obtiendrait un taux d'invalidité de 10%. 32. Le 7 avril 2016, le recourant a expliqué à l'intimée qu'il ne disposait désormais que d'une capacité de travail de 50%, de sorte que sa rente devait être adaptée. 33. Le 22 avril 2016, le Dr C_____ a transmis un rapport à l'intimée portant notamment sur l'évolution de l'état de santé du recourant et les traitements effectués. 34. Par réplique du 9

juin 2016, le recourant a fait valoir que les explications de l'intimée n'apportaient aucun élément nouveau. Par ailleurs, si, lorsque la décision litigieuse avait été rendue, il était certes en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, il était toutefois en incapacité de travail à 50% comme l'attestait le certificat établi par le Dr C_____ le 29 janvier 2016. Cette incapacité dans un poste adapté avait été prolongée, comme l'attestait le certificat du Dr C_____ du 26 avril 2016 qu'il produisait. Il en avait informé l'intimée le 7 avril 2016 et avait requis une adaptation de sa rente, ce à quoi l'intimée avait répondu qu'au vu de la présente cause, aucune instruction complémentaire n'aurait lieu. Selon le recourant, l'intimée devait rendre une nouvelle décision étant donné qu'il s'agissait d'un fait nouveau depuis le prononcé de la décision querellée.![endif]>![if> 35. Le 16 juin 2016, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, contre laquelle le recourant a interjeté recours le 19 août 2016 par-devant la chambre de céans (cause A/2761/2016). ![endif]>![if> 36. Par duplique du 17 juin 2016, l'intimée a rappelé que le litige portait exclusivement sur le degré d'invalidité du recourant dès le 1 er mai 2015. Il ne voyait pas en quoi l'incapacité de travail partielle annoncée le 7 avril 2016 à titre de rechute de l'accident serait de nature à en modifier l'issue. Cela étant, l'annonce de la rechute allait être examinée et allait faire l'objet d'une décision formelle.![endif]>![if> 37. Par écriture du 30 septembre 2016, le recourant a produit le rapport d'une IRM de son genou droit établi le 20 septembre 2016 par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, et un certificat du Dr C_____ du 22 septembre 2016, selon lequel il devait travailler à 50% dans un poste de travail avec des ports de charges occasionnels limités à 10 kg maximum et sans marches prolongées, ni montées et descentes d'escaliers répétées. Selon le recourant, le rapport IRM attestait que son état de santé s'était considérablement dégradé et ces pièces étaient de nature à influencer sur la présente procédure.![endif]>![if> 38. Le 10 octobre 2016, l'intimée a rappelé que la question litigieuse se limitait à savoir si le recourant avait droit à une rente de 12% dès le 1 er mai 2015. Que celui-ci ait subi en 2016 une aggravation de son état de santé n'apparaissait pas décisif. ![endif]>![if> 39. Après avoir adressé une copie de ce courrier au recourant, la chambre de céans a gardé la cause 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![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 343 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. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité à laquelle le recourant a droit à compter du 1 er mai 2015, et en particulier sur le montant du salaire avec invalidité.![endif]>![if> 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).

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).

b. 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; 115 V 133, 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 convient 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 soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; 122 V 157 consi. 1c). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus

susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). b. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 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 des 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. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). 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. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un

lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). >![endif]>![if] 8. Enfin, 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; 126 V 353 consid. 5b; 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).>![endif]>![if] 9. a. En l'occurrence, l'intimée a mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité de 12% dès le 1^{er} mai 2015, en retenant un salaire avec invalidité en 2015 de CHF 62'131.-, ce que le recourant conteste en faisant valoir que le salaire avec invalidité en 2015 s'élevait à CHF 58'456.-, de sorte que son degré d'invalidité serait de 17%.>![endif]>![if] La chambre de céans relèvera qu'il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, que le recourant présentait au 1^{er} mai 2015 - soit à la date du début du droit à la rente - une pleine capacité de travail dans une activité réalisée à sa guise en position assise ou debout, avec un port de charges limité à 5 kg, sans déplacement dans les escaliers et sans devoir monter sur une échelle (rapport du Dr D _____ du 8 décembre 2014). b. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant fait valoir qu'en raison d'une péjoration de son état de santé, sa capacité de travail a diminué à 50% postérieurement à la décision litigieuse. À l'appui de ses allégations, il produit deux certificats établis par le Dr C _____ en date des 29 janvier et 22 septembre 2016 ainsi qu'un rapport de l'IRM de son genou droit du 20 septembre 2016. Il est d'avis que ce rapport atteste une péjoration de son état de santé, laquelle devrait être prise en compte par la chambre de céans. Selon l'intimée, l'incapacité de travail partielle annoncée le 7 avril 2016 n'est pas de nature à modifier l'issue de la présente procédure. 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 une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). La chambre de céans constate que contrairement à ce qu'avancent le recourant et l'intimée, une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée a été attestée par le chirurgien traitant le 29 janvier 2016 à compter du 1^{er} février 2016, soit

avant que l'intimée n'ait rendu la décision litigieuse, datée du 8 février 2016. Si, selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, en l'occurrence toutefois, la chambre de céans ne saurait statuer sur l'existence éventuelle d'une rechute et/ou d'une diminution de la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} février 2016, étant donné que l'intimée ne s'est pas prononcée sur ces points dans sa décision litigieuse. Il appartiendra donc à l'intimée, à qui la cause sera renvoyée, d'instruire ces éléments de fait et de statuer sur l'éventuelle rechute et/ou la diminution de la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} février 2016. Pour ce motif déjà, la décision doit être annulée. Par ailleurs, contrairement à ce qu'avance le recourant, le rapport d'IRM – daté du 20 septembre 2016 - ne saurait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure étant donné que la chambre de céans apprécie la légalité de la décision litigieuse d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue, soit jusqu'à la date du 8 février 2016. 10. S'agissant du degré d'invalidité présenté par le recourant à compter du 1^{er} mai 2015, la chambre de céans relèvera que ce dernier ne conteste ni le gain assuré (CHF 64'700.-), ni le revenu sans invalidité en 2015 (CHF 70'700.-) retenus par l'intimée. Seul est litigieux le revenu avec invalidité en 2015 que l'intimée a fixé à CHF 62'131.-. [endif]> [if> Dans le cas d'espèce, l'intimée a appliqué la méthode des DPT pour déterminer le revenu avec invalidité que le recourant pourrait obtenir en 2015. Il convient donc d'examiner si elle a respecté la jurisprudence lors du calcul du revenu d'invalidité du recourant. L'intimée a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève, à savoir:

- n° 9803 (employé au contrôle de qualité), [endif]> [if> - n° 490466 (boîtier-polisseur dans l'horlogerie), [endif]> [if> - n° 11553 (rectifieur), [endif]> [if> - n° 2260 (collaborateur de production) et [endif]> [if> - n° 5127 (employé d'horlogerie). [endif]> [if> Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2015, année de l'ouverture du droit à la rente. Cela étant, la chambre de céans constate que plusieurs postes retenus ne respectent pas totalement les limitations fonctionnelles du recourant. En effet, on relèvera que les postes d'employé de contrôle de qualité (DPT n° 9803) et d'employé d'horlogerie (DPT n° 5127) nécessitent de soulever et de porter des charges de 5 à 10 kg jusqu'à 30 minutes par jour. Or, le recourant ne peut pas porter de charges supérieures à 5 kg (rapport du D_____ du 8 décembre 2014). Qui plus est, les postes d'employé au contrôle de qualité (DPT n° 9803) et de boîtier-polisseur dans l'horlogerie (DPT n° 490466) impliquent de monter des marches jusqu'à 30 minutes par jour. Or, le recourant ne peut pas se déplacer dans les escaliers (rapport précité du Dr D_____). Il s'ensuit que trois DPT sur cinq sont incompatibles avec les atteintes dont souffre le recourant. Cela constitue un motif suffisant pour écarter les données salariales résultant des DPT en tant que base de calcul pour fixer le revenu d'invalidité du recourant. Il convient par conséquent d'effectuer un calcul sur la base des statistiques salariales. En se fondant sur l'ESS 2014, le salaire de référence est celui des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 (TA1_tirage_skill_level), soit CHF 5'312.- x 12 mois, soit CHF 63'744.- par an. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne en 2014 (41,7 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être adapté et porté à un montant annuel de CHF 66'453.12 (CHF 63'744 : 40 x 41,7). Ce montant doit être encore ajusté à l'indexation des salaires de 2015 (+ 0.3%, Office fédéral de la statistique, T39), ce qui conduit à un revenu d'invalidité de CHF 66'652.48 (66'453.12 + 199.36). Par ailleurs, il est notoire que les personnes atteintes

dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Dans son écriture du 6 avril 2016, l'intimée fait valoir qu'un abattement de 5% tout au plus doit être appliqué étant donné que le recourant est encore jeune, qu'il dispose d'une autorisation de travail et que ses limitations fonctionnelles ne présentent pas de spécificités particulières. La chambre de céans constate que le recourant, âgé seulement de 41 ans, était au bénéfice d'un permis B au jour de la décision litigieuse et présentait un taux d'occupation de 100%. Cela étant, au vu du fait que seul l'exercice d'une activité légère était possible et au vu de ses limitations fonctionnelles, la chambre de céans est d'avis qu'un abattement de 10% apparaît plus approprié. À cet égard, la chambre de céans relèvera que le Tribunal fédéral a estimé tout récemment, dans le cas d'un assuré souffrant, comme en l'espèce, d'une atteinte au genou droit, que compte tenu uniquement des limitations fonctionnelles qu'il présentait, à savoir pas de marche en terrain irrégulier, pas de montées et descentes fréquentes d'escaliers, pas de position statique prolongée, pas de charge de plus de 15 kg, pas de travail en position agenouillée ou accroupie, pas de travail en hauteur, un abattement de 10% était justifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.3). Or, les limitations que présente le recourant sont plus strictes que celles précitées. Il ne présente par ailleurs aucune autre circonstance personnelle ou professionnelle justifiant un abattement supérieur à 10%. Sa nationalité étrangère ne constitue pas un élément justifiant une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité, attendu qu'il était, à la date de la décision litigieuse, titulaire d'une autorisation de séjour et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.700/04 du 17 janvier 2006 consid. 4.3.3). Enfin, le manque de formation professionnelle ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles. En tenant compte d'un abattement de 10%, on parvient à un revenu d'invalidité en 2015 de CHF 59'987.23 (66'652.48 – 6'665.25). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 70'700.-, il en résulte un taux d'invalidité de 15% ($[70'700 - 59'987.23] : 70'700 \times$

100). Le recourant a donc droit à une rente d'invalidité de 15% à compter du 1^{er} mai 2015, jusqu'à une date que la chambre de céans ne peut que laisser ouverte compte tenu du renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur l'éventuelle rechute et/ou la diminution de la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} février 2016. 11. C'est par conséquent à tort que l'intimée a octroyé au recourant une rente d'invalidité de 12%.
12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 8 février 2016 annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 15% dès le 1^{er} mai 2015 et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur l'éventuelle rechute et/ou la diminution de la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} février 2016, puis nouvelle décision.
13. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).
* * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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