

VD_GERICHTE ZA17.010723 vom 18. September 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.010723

FR: VD_GERICHTE ZA17.010723 du 18 septembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.010723 del 18 settembre 2018

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 32/17 - 110/2018 ZA17.010723 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 18 septembre 2018 _____ Composition : Mme DESSAUX,
présidente Mme Röthenbacher, juge et M. Reinberg, assesseur Greffier : M. Schild *****
Cause pendante entre : B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Valérie Maurer, à
Neuchâtel, et W. _____, à Lucerne, intimée. _____ Art. 61 let. c LPGA, art.
6 al. 1 et 24 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après ; l'assuré ou le recourant), né en 1964, a travaillé depuis 2010 au sein de l'entreprise M. _____ SA, à [...], comme peintre en bâtiment. A ce titre, il était obligatoirement assuré contre les accidents non-professionnels et professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après ; la CNA, la Caisse ou l'intimée). En l'occurrence, sa capacité de travail dans l'activité de peintre en bâtiment était de 50% depuis fin 2002, en raison de lombalgies chroniques dans un contexte de discopathies lombaires modérées et d'anomalie transitionnelle lombo-sacrée. Elle était en revanche de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir l'abstention de mouvements en hyperextension du rachis, de port de charge de plus de 10 kilos, de porte-à-faux du rachis lombaire d'une part, et le changement fréquent des positions d'autre part. La procédure AI ouverte le 17 octobre 2002 en raison de ces atteintes avait débouché sur une décision sur opposition du 16 mai 2006, refusant le droit à une rente. Les demandes de prestations ultérieures ont été rejetées par l'OAI le 4 juillet 2011, au motif que la situation était inchangée, et le 5 décembre 2012 par un refus d'entrée en matière. Le 13 février 2015, l'assuré a chuté dans une cage d'escaliers pendant l'accomplissement de son travail. Cette chute a entraîné plusieurs lésions, soit une contusion des coudes, une entorse du genou droit et une contusion de la jambe droite. Le 16 février 2015, l'employeur de l'assuré a déclaré le sinistre à la CNA. Cette dernière est entrée en matière et a versé les prestations d'assurance requises sous forme d'indemnités journalières.

- 3 - Dans un rapport d'imagerie à résonance magnétique (IRM) du coude droit effectuée le 10 mars 2015, le Dr P. _____, spécialiste en radiologie, a constaté une tendinopathie inflammatoire fissuraire des épicondyliens latéraux et une très discrète tendinite des épicondyliens médiaux. Le médecin a également relevé l'absence de lésion osseuse ou articulaire. Également le 10 mars 2015, le Dr N. _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a établi un premier rapport intermédiaire concernant l'assuré. Il a diagnostiqué des contusions des coudes droit et gauche suite à l'accident du 13 février 2015. Malgré la persistance de douleurs, le pronostic à long terme restait favorable. Cependant, des circonstances particulières, en l'espèce un conflit avec l'employeur, un état anxio-dépressif ainsi qu'un trouble somatoforme, pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison. Pour le médecin, il était nécessaire pour la CNA

d'intervenir auprès de l'employeur de l'assuré pour l'attribution d'un travail approprié, le dommage étant appelé à perdurer. Le 29 avril 2015, le Dr N. _____ a renseigné la CNA sur l'état de santé de l'assuré. Dans son courrier, le médecin traitant a relevé que l'assuré souffrait de rachialgies, de syndrome dépressif et de fibromyalgie, raisons pour lesquelles l'intéressé exerçait son activité à un taux de 50% ces dernières années. Il a également mentionné une consultation du 3 février 2015 avec un tableau douloureux, de type syndrome épaule-main droite, évoquant un conflit sous-acromial associé à une épicondylite droite. Dans un second rapport médical intermédiaire du 6 juin 2015 destiné à la Caisse, le Dr N. _____ a posé le diagnostic d'épicondylite droite et gauche post-contusionnelle suite à une chute dans les escaliers en date du 13 février 2015. Il n'a pas constaté d'amélioration de l'état de l'assuré malgré le repos, l'arrêt de travail, la physiothérapie, l'antalgie et les infiltrations de plasma riche en plaquettes (PRP). Il a considéré le pronostic comme défavorable et a derechef constaté un terrain de fibromyalgie, une dépression et un conflit avec les employeurs. À la

- 4 - question de l'assurance sur la nécessité d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié, le médecin a confirmé son premier rapport médical intermédiaire en répondant par l'affirmative. Il a constaté que le problème était appelé à persister. Dans un rapport médical du 19 juin 2015, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, mandaté par la CNA pour un examen de l'assuré, s'est prononcé de la manière suivante : « L'assuré, plâtrier-peintre glisse et chute sur les deux coudes le 13 février 2015. Le bilan radiologique des deux coudes ne montre aucune lésion osseuse. L'assuré est suivi par le Dr N. _____ qui évoque une symptomatologie d'épicondylite avec épitrochléite au niveau du coude droit. Ceci s'inscrit dans un cadre de troubles somatoformes, d'état anxieux dépressif et des notions de conflit avec l'employeur. Subjectivement, le patient annonce que les deux infiltrations de PRP effectuées le 21 avril 2015 au centre d'imagerie de [...] ont permis une légère amélioration. Le patient ressent des douleurs au niveau des deux coudes, particulièrement à droite au moindre effort. M. B. _____ a le sentiment que son coude droit reste tuméfié. Un traitement de physiothérapie a débuté depuis peu. Des réveils nocturnes sont mentionnés par l'assuré lorsqu'il dort sur le membre supérieur droit. Les douleurs irradient les 3 doigts centraux de la main droite. Objectivement, les deux coudes ont des mobilités complètes et ne présentent pas de signe inflammatoire. Les tests provocateurs à la recherche d'une épicondylite sont tous positifs du côté droit et partiellement positifs du côté gauche ». L'assuré a séjourné à la Clinique [...] du 8 juillet au 4 août 2015. Le 10 septembre 2015, les Drs Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et S. _____, médecin assistante, du [...], ont établi un rapport médical au terme de l'hospitalisation de l'assuré. Le diagnostic retenu fait état de tendinopathies des épicondyliens et du tendon du biceps au coude droit ainsi que d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Les médecins ont également recensé comme

- 5 - comorbidités une hypercholestérolémie, des troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale et une obésité. Ils ont relevé que l'évolution subjective et objective de l'état de l'intéressé était non- significative. Ils ont retenu une limitation fonctionnelle ayant trait aux activités de force du membre supérieur droit. Dite limitation venait s'ajouter aux limitations fonctionnelles retenues antérieurement, soit l'abstention des mouvements en hyperextension du rachis, des ports de charges de plus de 10 kg et positions en porte-à-faux du rachis lombaire. La situation médicale est apparue comme stabilisée pour les deux

médecins. Concernant la réinsertion professionnelle de l'assuré, ces derniers ont mis en évidence les éléments suivants : « Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident au coude droit et des facteurs non médicaux chez un patient sous-estimant le niveau d'activité qu'il peut réaliser, en conflit avec son employeur. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable, en lien avec les facteurs non médicaux susmentionnés, qui maîtrise mal le français et est dans l'attente d'une ½ rente AI. [...] INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE PLATRIER-PEINTRE - 100% pour une longue durée - 0% dans une activité adaptée » Le 12 octobre 2015, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a établi un rapport médical. Dans son appréciation, il a relevé ce qui suit : « L'assuré est vu à 8 mois de son traumatisme. L'évolution est lente mais favorable. Les douleurs qu'il avait au coude gauche ont pratiquement disparu. Persistance des douleurs au coude droit. Le seul traitement actuellement en cours est le traitement actuel du coude droit consistant à prendre des antalgiques. Une infiltration locale de corticostéroïdes pourrait être bénéfique. Un traitement à base d'ultrasons locaux pourrait être bénéfique. Il convient de revoir le cas à une année de l'événement traumatique.

- 6 - Sur le plan de la capacité de travail, l'assuré est désormais apte à travailler à 100% dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. En tant que peintre, pour les seules lésions de l'accident du 13 février 2015, la capacité de travail est désormais nulle. A terme, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'est à prévoir ». Le Dr T. _____ a revu l'assuré cinq mois plus tard. Le 4 mars 2016, il a établi un rapport médical final, retenant les éléments suivants en guise d'appréciation : « L'assuré est vu à presque 13 mois du traumatisme. Depuis 4 mois, il n'y a pas eu d'évolution significative. On peut considérer le cas comme stabilisé. Rappelons que l'assuré travaille depuis longue date à 50% en tant que peintre en bâtiments en raison de rachialgies, d'une probable fibromyalgie et d'un syndrome dépressif. Il ne travaille plus depuis le 12 février 2015. Sur le plan professionnel, pour les seules douleurs des coudes, l'assuré n'est plus apte à exercer le métier de peintre en bâtiments. Il est désormais apte à travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Les limitations liées aux douleurs des coudes sont : éviter les métiers qui impliquent des mouvements de prosupination à répétition. Eviter le port de charges de plus de 5 kilos et le soulèvement de charges de plus de 2 kilos. Les limitations fonctionnelles liées aux douleurs vertébrales et des épaules sont : éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. Eviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ainsi que les mouvements répétitifs de celles-ci. Restent à la charge de la Suva deux ou trois consultations de contrôles, deux ou trois séries de neuf séances de physiothérapie par année et les médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires prescrits. Suite à l'événement en cause, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'est due ». Le 6 octobre 2016, la CNA a informé l'assuré de son intention de cesser le versement de l'indemnité journalière ainsi que le paiement des soins médicaux avec effet au 30 novembre 2016. Elle a invoqué le fait que l'assuré n'avait plus besoin d'un traitement médical spécifique.

- 7 - Par décision du 28 octobre 2016, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré. Elle a estimé que, suite à ses investigations et concernant les seules suites de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de

l'industrie, à la condition de ne pas effectuer de mouvements répétitifs avec les coudes. Sur la base d'une sélection de cinq descriptions de postes de travail (DPT) compatibles avec une telle activité, elle a retenu un revenu potentiel de 59'199 fr., lequel, comparé avec le revenu de 64'288 fr. réalisable sans accident, entraînait une diminution de la capacité de gain évaluée à 7,91%, n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité. La CNA a également refusé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Le 28 novembre 2016, B._____ a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à la décision du 28 octobre 2016 et l'a motivée le 20 janvier 2017. Il a conclu à l'annulation de la décision du 28 octobre 2016, à l'octroi d'une rente d'invalidité à partir du 1er décembre 2016, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de minimum 10% du montant maximum du gain assuré, sous réserve d'une instruction complémentaire. L'assuré a principalement contesté l'appréciation médicale effectuée par la CNA en estimant qu'il ressentait toujours des douleurs importantes, que son état de santé ne s'était pas stabilisé et qu'aucune amélioration n'était à prévoir. Dans le cadre du calcul de sa capacité de gain, il a contesté la sélection des cinq DPT au motif qu'elles n'étaient pas conformes à ses limitations fonctionnelles et ne prenaient pas en compte la possibilité d'un temps partiel. Un abattement devait par ailleurs être retenu sur son revenu d'invalidité. Finalement, il a soutenu qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité était due compte tenu des fortes douleurs ressenties. Le 9 février 2017, la CNA a rendu une décision sur opposition. Elle a rejeté l'opposition de l'assuré en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.

- 8 - Selon la CNA, elle n'avait pas à intervenir pour des troubles affectant l'assuré tels que la rachialgie, le syndrome dépressif et la fibromyalgie. Par ailleurs, les constatations du Dr T._____ n'étaient pas contredites par des éléments médicaux objectifs au dossier de sorte que, au stade de la vraisemblance prépondérante, il convenait de se fonder sur celles-ci. S'agissant du calcul du préjudice économique, la comparaison du revenu avant accident avec les différents revenus retenus, fondés tant sur les descriptions de postes de travail (DPT) que sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), ne révélait pas un degré d'invalidité justifiant l'octroi d'une rente. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a relevé qu'aucun élément médical pertinent ne permettait d'en admettre la légitimité. B. a) Le 13 mars 2017, B._____, par l'intermédiaire de son conseil Me Valérie Maurer, a recouru contre la décision sur opposition du 9 février 2017 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Il a, sous suite de frais et dépens, conclu à : - l'annulation de la décision sur opposition rendue le 9 février 2017 par la CNA, - la réforme de dite décision en ce sens qu'une rente d'invalidité à partir du 1er décembre 2016 lui soit accordée sur la base d'une invalidité d'au minimum 21,77%, - l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 10% du montant assuré. Subsidiairement, l'assuré a conclu au renvoi de la décision attaquée à la CNA pour une instruction complémentaire, s'agissant en particulier de la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. A son avis, c'était à tort que la CNA s'était entièrement basée sur l'avis du Dr T._____ afin de rendre sa décision. Il a allégué que la Caisse n'avait pas rapporté les raisons pour lesquelles elle s'était écartée des positions du Dr N._____. L'intéressé a fait valoir qu'en raison de

- 9 - l'absence d'amélioration de son état de santé, sa capacité de travail, même sur un marché du travail équilibré, était particulièrement compromise, ce qui devait être pris en compte dans le calcul du droit aux prestations. Concernant la capacité de gain, l'assuré a fait

valoir que l'intimée n'avait pas précisé quelle méthode de calcul (fondée sur les DPT ou l'ESS) devait finalement être retenue. Il convenait donc de retenir la méthode basée sur l'ESS, cette dernière lui étant plus favorable. Le recourant a reproché à la CNA de ne pas avoir tenu compte lors du choix des DPT notamment de la nécessité d'effectuer un temps partiel, n'ayant plus travaillé à 100% depuis plusieurs années. Au vu de ses circonstances personnelles, il s'est prévalu d'un abattement maximal de 25%, entraînant un revenu annuel avec invalidité de 50'189.40 fr., et non de 59'199.00 fr., comme le retenait la Caisse. En comparaison avec un revenu sans invalidité de 64'288 fr., la diminution de la capacité de gain était de 21,77%. Un tel taux devait ouvrir le droit au versement d'une rente d'invalidité dès le 1er décembre 2016, selon l'assuré. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a soutenu que des douleurs persistantes et intenses aux coudes, doublées d'une tendance dépressive et d'autres problèmes de santé, subsistaient après l'accident et justifiaient pleinement une IPAI. b) Dans son mémoire de réponse du 31 mai 2017, la CNA a conclu au rejet du recours de B. _____ sous suite de frais et dépens. Elle a estimé qu'on ne pouvait lui reprocher de s'être fondée sur l'avis du Dr T. _____, dit avis correspondant à celui des deux médecins du [...] et concordait par ailleurs avec celui du Dr N. _____. L'invalidité devait être évaluée en tenant compte de la diminution de la capacité initiale, à savoir la capacité de travail telle que retenue par l'OAI. L'activité exercée par le recourant ne mettant pas en valeur sa capacité de travail résiduelle, le revenu sans invalidité devait être déterminé sur la base des statistiques ESS. L'atteinte initiale justifiant un abattement de 10%, le revenu sans invalidité s'élevait à 60'347 francs. En l'absence de reprise d'emploi, le revenu avec invalidité était également fondé sur l'ESS. Les nouvelles atteintes aux coudes ne péjorant pas la capacité de

- 10 - rendement dans une activité adaptée, un abattement supplémentaire ne se justifiait pas, de telle sorte que les revenus avec et sans invalidité étaient identiques. A défaut d'invalidité, le droit à une rente devait être rejeté. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a souligné que le Dr T. _____ avait constaté une mobilité complète des coudes ainsi que l'absence de lésions structurelles. En l'absence de limitation, hormis des douleurs lors de mouvements de pronation et de supination contre résistance, le recourant ne pouvait se voir allouer l'indemnité requise. c) Répliquant en date du 16 août 2017, le recourant a confirmé les conclusions prises dans son recours du 13 mars 2017 et a requis la mise en œuvre d'une expertise. Il a allégué que des doutes subsistaient quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales ordonnées par la CNA, notamment en raison des pronostics défavorables posés par le Dr N. _____ et par la [...]. Les limitations fonctionnelles dont il souffrait au moment du rapport intermédiaire du 6 juin 2015 du Dr N. _____ ne s'étaient pas améliorées, étant précisé que le Dr N. _____ avait clairement distingué l'atteinte accidentelle des atteintes antérieures dans le cadre de son appréciation. S'agissant du choix de la méthode de calcul de l'invalidité, il a renvoyé à sa précédente écriture. L'assuré a finalement confirmé sa position concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, compte tenu de ses douleurs et de la diminution de sa qualité de vie. d) Dans son mémoire de duplique, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a en substance retenu que l'avis du Dr N. _____ du 6 juin 2015 n'était pas de nature à mettre en doute les conclusions médicales du Dr T. _____. Notamment, l'appréciation du Dr N. _____ était prématurée, le traitement médical n'étant pas terminé, et ne permettait pas de reconnaître que les éléments retenus à l'appui du pronostic défavorable n'englobaient pas les atteintes préexistantes. Quant au pronostic également défavorable de la [...], il prenait en compte des facteurs extérieurs à l'assurance accident. A ce titre, aucune expertise

n'était justifiée. En outre, elle a retenu que le recourant n'exposait pas

- 11 - précisément en quoi les atteintes aux coudes justifiaient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les faits, de même que les moyens soulevés par les parties seront pour le surplus repris en tant que besoin dans le développement juridique infra. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61

- 12 - let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser au recourant le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification e). 3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par

- 13 - suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain (art. 7 LPGA) totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Si la capacité de travail d'un assuré est déjà réduite de manière durable avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée, il y a lieu, pour évaluer l'invalidité, de comparer le revenu que l'assuré pourrait réaliser compte tenu de sa capacité réduite de travail préexistante à celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante (art. 28 al. 3 OLAA ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, in *Soziale Sicherheit*, SBVR vol. XIV, 3 e éd. 2016, n. 251 p. 983). 4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

- 14 - exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353 et ss.) a également posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (ATF 122 V 157 consid. 1d p. 162). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en

- 15 - raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 p. 471). L'ATF 137 V 210 n'a pas modifié cette manière de voir. d) Le recourant a reproché à l'intimée de ne pas avoir rapporté les raisons pour lesquelles elle s'était écartée des positions du Dr N._____. Il a également émis des doutes quant à la pertinence et à la fiabilité des conclusions des rapports d'examen médicaux. aa) En l'espèce, les trois prises de position du Dr N._____, soit deux rapports médicaux intermédiaires, le dernier datant du 6 juin 2015, et une missive renseignant la CNA sur l'état de santé du recourant, sont non seulement anciennes mais sont toutes antérieures aux deux examens du médecin d'arrondissement. Par ailleurs, le Dr N._____ s'est prononcé alors même que l'état de santé de son patient n'était de loin pas stabilisé. Son appréciation ne saurait ainsi être exhaustive. Dans ses deux rapports, le médecin traitant n'a fourni aucune information quant aux limitations fonctionnelles de l'assuré, à sa capacité de travail dans son ancienne activité, respectivement dans une activité adaptée. Ses rapports ne permettent pas d'expliquer pourquoi son pronostic, initialement de favorable à long terme, est devenu défavorable. Par ailleurs, il peut être déduit de la formulation des questionnaires à l'origine des rapports litigieux que la fibromyalgie, la dépression et le conflit de travail ont influencé l'évolution du traitement, et par conséquent sa prolongation, dont on peut concevoir qu'elle fonde également le caractère défavorable du pronostic. Enfin, le recourant se prévaut du courrier du 29 avril 2015 du Dr N._____ faisant état d'une consultation motivée par un syndrome épaule-main droite, évoquant un conflit sous-acromial avec épicondylite

- 16 - droite, pour conclure que l'incapacité de travail consécutive de 100% démontre l'intensité du problème. Or, cette consultation remonte au 3 février 2015, soit à une date antérieure à l'accident, et serait plutôt significative d'une atteinte d'origine malade préexistante. Succinctement rédigés, dénués de motivations détaillées et faute de présenter une quelconque actualité, ni les rapports, ni le courrier adressé à la CNA ne permettent d'apprécier pleinement la capacité de travail du recourant au 30 novembre 2016. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les trois pièces établies par le Dr N._____ ne remplissent pas les réquisits de la jurisprudence afin de se voir attribuer pleine valeur probante. bb) Quant au Dr T._____, il s'est fondé sur deux examens cliniques circonstanciés de l'assuré. Son appréciation est correctement, sérieusement motivée et ne comporte pas de contradictions. Le médecin décrit en outre les différentes plaintes de l'assuré. D'une manière générale, les deux rapports médicaux établis par le médecin d'arrondissement permettent d'appréhender de manière satisfaisante la situation médicale de l'assuré et les raisons pour lesquelles le médecin a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport d'examen du 12 octobre 2015 fait mention de l'anamnèse médicale, notamment des trois rapports et courrier du Dr N._____. Le Dr T._____ n'a retenu le diagnostic d'épicondylite que pour le membre supérieur droit, au contraire du Dr N._____, lequel dans son rapport du 6 juin 2015, mentionne une épicondylite droite et gauche post-contusionnelle. Or, le diagnostic du Dr T._____ est confirmé par une IRM du coude gauche effectuée le 28 juillet 2015 lors du séjour du

recourant à la CRR. En effet, si cette IRM mentionne un œdème probablement post-traumatique des parties molles rétro-olécrâniennes et en arrière de l'épicondyle médial, sans tuméfaction du nerf ulnaire, elle ne relève pas d'argument en faveur d'une épicondylite. Ainsi, cette IRM, postérieure au dernier rapport du Dr N. _____, s'inscrit à l'encontre du diagnostic d'une double épicondylite. Le Dr T. _____ n'a néanmoins pas ignoré l'atteinte au coude gauche : il rapporte des douleurs localement

- 17 - identiques aux deux coudes, mais d'une moindre intensité au coude gauche. Le recourant voit également un défaut dans l'appréciation du Dr T. _____ en ce sens que dans le cadre du premier examen, il a évoqué une évolution lente mais favorable alors que lors du second examen, il indique qu'il n'y a pas eu d'évolution significative. Cette appréciation doit être replacée dans son contexte. En effet, lors du premier examen, la qualification d'une évolution lente mais favorable est en lien avec la mention de la quasi disparition des douleurs au coude gauche et la persistance des douleurs au coude droite. Quant à la mention de l'absence d'évolution significative, elle est destinée à justifier le constat d'une stabilisation de l'état de santé. Dits examens du Dr T. _____ ne souffrent par ailleurs pas de contradictions avec ceux établis d'une part par le Dr Q. _____ et d'autre part par les Drs Z. _____ et S. _____, de la [...]R. Lors de l'examen clinique du recourant du 19 juin 2015 par le Dr Q. _____, ce praticien a relevé, objectivement, une mobilité complète des deux coudes, sans signes inflammatoires avec des tests provocateurs à la recherche d'épicondylite positif à droite et partiellement positif à gauche, étant rappelé que cet examen clinique est antérieur à l'IRM du coude gauche du 28 juillet 2015, lequel a exclu une épicondylite gauche. Quant à la proposition de séjour à la [...], elle est simplement révélatrice de la volonté de proposer une réadaptation. Il ne peut en revanche en être tiré aucune conclusion quant à la gravité de l'atteinte accidentelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr Z. _____ retient exclusivement celles concernant le coude droit. Plus exactement, il ajoute l'abstention d'activités de force du membre supérieur droit aux limitations fonctionnelles préexistantes, lesquelles consistaient en l'abstention de mouvements en hyperextension du rachis, de port de charges de plus de 10 kg et de position en porte-à-faux du rachis lombaire. Le Dr T. _____ est quant à lui plus large, puisqu'il retient des limitations fonctionnelles en relation avec les douleurs des deux coudes, consistant en l'occurrence en l'évitement des métiers impliquant des mouvements de pro-supination à répétition, le port de charges de plus de 5 kg et le soulèvement de charges de plus de 2 kg. Enfin, la mention d'un pronostic défavorable de réinsertion dans une activité adaptée par les médecins précités est uniquement motivée par des facteurs non-médicaux qui ne sont pas en

- 18 - lien avec l'accident de l'assuré. Ils ont d'ailleurs conclu, à l'instar du médecin d'arrondissement, à une incapacité de travail nulle dans une activité adaptée. cc) Le recourant fait état de douleurs persistantes aux coudes, douleurs restées vives également entre les deux examens entrepris par le Dr T. _____. Une telle persistance ne saurait cependant être interprétée comme significative d'une appréciation erronée de la part du médecin d'arrondissement. En effet, la notion de douleur est l'expression d'une plainte et, par conséquent, comporte un élément subjectif. Elle ne constitue pas un élément suffisant permettant de remettre en doute les conclusions médicales du Dr T. _____. Finalement, l'absence d'évolution significative entre les deux examens cliniques permet certes de conclure à une stabilisation au sens de l'article 19 al. 1 LAA, mais demeure sans incidence sur l'appréciation de la capacité de travail au 30 novembre 2016, date de la fin du versement

par l'intimée d'indemnités journalières au recourant. e) En raison de leur ancienneté et dénués de valeur probante, les rapports du médecin traitant ne constituent pas une base pertinente pour le processus de prise de décision de l'intimée, au contraire des deux rapports établis par le Dr T. _____. Au vu de ce qui précède, il convient de leur conférer pleine valeur probante, de sorte qu'il ne peut être reproché à l'intimée de s'être fondée sur ceux-ci afin d'établir sa décision. 5. Dans son mémoire de recours, l'assuré a contesté l'appréciation de l'intimée de sa capacité de travail, respectivement de sa capacité de gain. a) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide. Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit

- 19 - en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 p. 30; 135 V 297 consid. 5.1 p. 300; 134 V 322 consid. 4.1 p. 325). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsque le dernier salaire perçu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide (TF I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). En l'espèce, l'assuré présentait avant l'accident une capacité de travail de 50% dans l'activité de peintre en bâtiment et il exerçait effectivement cette profession, en l'occurrence à un taux légèrement inférieur, compte tenu d'une moyenne mensuelle de 79,4 heures réalisées au cours de l'année précédant l'accident. Or, il ressort de la procédure instruite par l'OAI avant l'accident que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'abstention de mouvements en hyperextension du rachis, de ports de charges de plus de 10 kg et de positions en porte-à-faux du rachis lombaire. Il ne saurait donc être tenu compte du revenu réalisé par le recourant auprès de son dernier employeur pour déterminer le revenu sans invalidité dans la mesure où une activité, certes adaptée, mais à plein temps, était exigible. C'est donc sur la base d'un revenu hypothétique que doit être déterminé le revenu sans invalidité, en l'occurrence sur la base de l'ESS 2014, TA1, niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples), qui retient un revenu mensuel de 5'312 francs. En tenant compte du renchérissement (0,4% en 2015 et 0,5% en 2016) ainsi que d'un nombre d'heures de travail hebdomadaires de 41.7, le revenu annuel sans invalidité s'élève à Fr. 67'052.- pour l'année 2016. b) En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalide. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui

- 20 - 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 par conséquent 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). Une déduction globale

maximale 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 ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). En l'espèce, le revenu que le recourant aurait pu obtenir avant l'accident dans une activité adaptée constitue déjà un revenu avec invalidité. Il convient de retenir un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles préexistant à l'accident. Le revenu sans invalidité s'élève donc à 60'347 francs. c) Dans le cadre du calcul de la perte de la capacité de gain de l'assuré, plus précisément pour la détermination du revenu d'invalidé, lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, dit revenu peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent

- 21 - de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472, consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème édition, p. 901). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalidé que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 480, consid. 4.2.2). En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimée a renoncé en cours de procédure à soutenir une évaluation du revenu d'invalidé sur la base des DPT et a privilégié un calcul basé sur l'ESS. Ce renoncement ne saurait lui être reproché dans la mesure où la jurisprudence n'institue pas une priorité de la méthode de calcul fondée sur les DPT sur celle prenant en compte l'ESS (8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.2). Par ailleurs, lorsque le revenu sans invalidité est fondé sur les statistiques salariales, le revenu d'invalidé doit également être fixé sur cette base (TF I/168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.4). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont déterminés en se référant aux données statistiques telles qu'elles résultent de l'ESS, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidé (TF I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). d) En l'espèce, il ne saurait être procédé à un abattement supplémentaire, les nouvelles limitations fonctionnelles, soit l'évitement

- 22 - des métiers impliquant des mouvements de pro-supination à répétition, le port de charges de plus de 5 kg et le soulèvement de charges de plus de 2 kg ne justifiant pas une augmentation du taux de 10 % déjà retenu dans la détermination du revenu sans invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles préexistant à l'accident. Ces nouvelles

limitations ne sont en effet pas importantes au point de péjorer encore plus le revenu potentiel du recourant dans les activités légères, simples et répétitives qui lui étaient déjà accessibles nonobstant les atteintes antérieures à l'accident. Les revenus avec et sans invalidité sont donc identiques. 6. Dans un autre grief, le recourant a soutenu qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité était pleinement justifiée au vu de ses douleurs persistantes aux coudes, fortement handicapantes. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2). Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale,

- 23 - l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de

- 24 - procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) Les atteintes aux coudes ne sont pas mentionnées dans l'annexe 3 de l'OLAA. Il convient donc de se référer aux tables d'indemnisation établies par la CNA afin d'évaluer dans quelle mesure une atteinte au coude peut justifier une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le tableau 1 des tables d'indemnisation précitées, concernant l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, traite des atteintes au coude. Il prévoit des taux d'atteinte à l'intégrité allant de 25% à 20% pour les blocages de l'articulation (blocage en extension, à 30° et à 90°) et de 10% pour des entraves à la mobilité (mobilité entre 0°-30°-90° et entre 0°-90°-135°). Le même tableau prévoit des taux d'atteinte à l'intégrité de 10 % en cas de perte de la pronation et de la supination de l'avant-bras, et de 20 % pour la perte de ces deux fonctions. c) Les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart dans le cadre de l'appréciation de l'IPAI, au profit d'une évaluation uniquement basée sur les aspects médico-théoriques du cas d'espèce. Il en résulte que les circonstances particulières, comme le handicap allégué dans l'exercice des loisirs du recourant, son âge ou encore la manière dont ce dernier ressent les douleurs, ne sauraient être prises en compte dans la fixation de l'indemnité pour une atteinte à l'intégrité. d) En l'espèce, il est constaté que le rapport du médecin d'arrondissement du 4 mars 2016 a mis en évidence une mobilité complète et symétrique des coudes avec une flexion/extension de 130°- 0°-0° des deux côtés, résultats similaires à ceux mentionnés dans le rapport des Drs Z._____ et S._____. Dans son rapport du 19 juin 2015, le Dr Q._____ constate également une mobilité complète des coudes. S'agissant de l'avant-bras, le Dr T._____ retient une prosupination de 80-0-90°. Les fonctions de pronation et de supination sont donc maintenues. Au vu du tableau 1 des tables d'indemnisation décrit ci-

- 25 - dessus, il apparaît que le recourant n'a pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sa mobilité étant préservée. e) Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'accorder au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 7. Dans ses observations complémentaires du 16 août 2017, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer dans quelle mesure l'accident du 13 février 2015 avait une incidence sur sa capacité de travail, respectivement de gain. Une telle expertise ne se justifie pas dans la mesure où, dans ses deux rapports médicaux, Dr T._____ s'est prononcé de manière convaincante sur la capacité de travail du recourant. Ses conclusions, comme le relève l'intimée, rejoignent celles des Drs Z._____ et S._____. 8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Le recourant qui voit ses conclusions rejetées ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 9 février 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

- 26 - La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Valérie Maurer, pour le recourant, - la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - l'Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :

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