

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2393/2013

ATAS/430/2014

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 mars 2014**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur F \_\_\_\_\_, à GENEVE

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur F \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), sénégalais, né en 1956, est arrivé en Suisse en 1989 et a notamment travaillé dans le bâtiment entre 1999 et 2003.
2. En date du 23 février 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI). La procédure par devant l'OAI a mis en exergue les éléments suivants :
  - un rapport du 22 décembre 2003 de l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), qui attestait des diagnostics suivants : une arthrose péri-scaphoïdienne bilatérale sur une rupture du ligament scapho-lunaire des deux côtés (SLAC wrist stade III à droite, stade II à gauche), une rhizarthrose trapézo-métacarpienne de stade I bilatérale et une luxation réductible chronique trapézo-métacarpienne gauche ;
  - le 18 février 2004, l'assuré a subi une intervention de dénervation totale du poignet droit ;
  - entre 2005 et 2007, il a suivi une formation d'ingénieur du son auprès du SAE Institute qu'il a réussie.
3. Placé par l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE), l'assuré a été employé, entre le 9 mars et le 9 septembre 2009, en qualité de médiateur auprès des CFF et était assuré, à ce titre, contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après l'assureur-accidents ou l'intimée).
4. En date du 28 juillet 2009, l'assuré a chuté en descendant d'un train. La déclaration d'accident du 19 août 2009 mentionnait que c'était le poignet gauche qui avait été atteint.
5. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur-accidents.
6. L'assuré a séjourné à l'unité de chirurgie de la main des HUG du 12 au 14 août 2009 et y a subi une trapézectomie et une ligamentoplastie du 1<sup>er</sup> rayon de la main gauche. Le diagnostic était une luxation trapézo-métacarpienne du 1<sup>er</sup> rayon de la main gauche avec une rhizarthrose associée.
7. Par rapport du 11 septembre 2009, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin auprès de la Permanence de Cornavin, a retenu le diagnostic de luxation externe du 1<sup>er</sup> métacarpien et une possible lésion antérieure aggravée par le traumatisme. L'assuré lui a déclaré avoir subi une distorsion du poignet gauche.
8. Par rapport établi en date du 1<sup>er</sup> décembre 2009, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin remplaçant du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a conclu que l'intervention du mois d'août 2009 avait permis une bonne stabilisation du 1<sup>er</sup> rayon, mais que l'ensemble du poignet gauche restait

douloureux à la mobilisation avec une importante perte de la force et une diminution de la mobilité. L'assuré, qui avait une formation universitaire et qui était également musicien, recherchait actuellement un travail adapté. Il pouvait lui être reconnu, dès à présent, une capacité de travail de 50% dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges ni l'utilisation de sa main gauche pour des mouvements répétitifs, en particulier pour le serrage et la rotation. Le médecin a constaté une déformation aux deux poignets avec une tuméfaction indurée dans la région carpo-métarcarpienne, au niveau des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> rayons ddc (des deux côtés), et la présence de cicatrices anciennes résultant d'un ancien traumatisme à droite. A gauche, la tuméfaction au même endroit était un peu plus importante avec une douleur à la palpation. Les clichés radiologiques montraient une importante lésion dégénérative radio-carpienne bilatérale, avec une importante diminution de l'espace articulaire radio-scaphoïdien.

9. Lors d'un entretien avec un inspecteur de l'assureur-accidents en date du 17 décembre 2009, l'assuré a déclaré qu'en 2004 ou 2005, il avait eu un problème au poignet droit sur un chantier et a indiqué que c'était l'assureur-accidents qui avait pris en charge le cas ou alors éventuellement l'assureur-maladie. Par la suite, il avait bénéficié d'une reconversion professionnelle avec l'aide de l'assurance-invalidité en effectuant une école spécialisée dans l'ingénierie du son.
10. En date du 11 mars 2010, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès l'OAI.
11. Le 31 mars 2010, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès des HUG, a procédé à une arthroplastie totale du poignet gauche par prothèse type amandys pyrocarbène, étant précisé que le diagnostic retenu était un SLAC (ScaphoLunate Advanced Collapse) wrist stade IV associant une arthrose radio-lunaire gauche.
12. Le 22 février 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ a informé l'assureur-accidents d'une amélioration de la force et de la mobilité et de la persistance des douleurs. Les radiographies montraient une prothèse axée. L'état n'était pas encore stabilisé, mais en cours d'amélioration. L'incapacité de travail était totale. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident.
13. Lors d'un entretien avec l'assureur-accidents en date du 14 avril 2011, l'assuré a déclaré pouvoir bouger son poignet gauche en flexion plus ample, mais ressentir toutefois des douleurs par moment, surtout lorsqu'il faisait quelque chose sans y penser, et manquer encore un peu de musculature. Il avait plus de soucis par rapport à sa main droite, qu'il a fortement sollicitée en raison de la blessure du poignet gauche, étant précisé que le Dr N\_\_\_\_\_ lui aurait dit qu'il n'y avait pas d'autre solution qu'une opération.
14. En date du 11 mai 2011, l'assuré s'est fait renverser par une voiture, alors qu'il circulait à vélo. C'est le genou droit qui a été touché.
15. Ce nouvel accident a été pris en charge par l'assureur-accidents.

16. Le 24 août 2011, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a retenu le diagnostic d'entorse du genou droit tout en indiquant qu'il existait des facteurs étrangers à l'accident du 11 mai 2011, soit une arthrose du genou droit et une ménissectomie du genou en 1995. Une reprise du travail à 100% était possible.
17. Par appréciation du 27 août 2011, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a conclu, suite à la lecture du dossier, que l'accident du 11 mai 2011 avait déstabilisé un état dégénératif ancien au genou droit. Au vu de l'absence d'une nouvelle lésion sur le bilan radiologique pratiqué lors de l'accident de mai 2011 et de l'absence d'une lésion objective, il a considéré que les conséquences de cet accident s'étaient éteintes huit semaines après l'événement.
18. Par rapport du 15 novembre 2011, le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin à l'unité orthopédique de traumatologie du sport des HUG, a retenu, sur la base du dossier de l'assuré, une contusion du genou droit sur une arthrose fémoro-patellaire, fémoro-tibiale interne et externe ainsi qu'une rupture ancienne du ligament croisé antérieur (LCA).
19. Le 27 avril 2012, le Dr N \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de SLAC wrist bilatéral et d'arthroplastie du poignet gauche. L'évolution au poignet gauche était satisfaisante, mais la reprise du travail n'était pas possible. Une arthroplastie devait également être envisagée à droite.
20. Par rapport final du 7 juin 2012, le Dr P \_\_\_\_\_ a constaté, suite à l'examen de l'assuré, une diminution modérée de la mobilité du poignet gauche et une diminution de la force objectivée au Jamar. Les radiographies confirmaient le status post-opératoire après une endoprothèse de l'articulation radio-carpienne gauche. En ce qui concernait uniquement le poignet gauche, l'assuré devait éviter le port de charges de plus de 10 kilogrammes, le maniement d'outils lourds, toutes les activités nécessitant une force de serrage avec le membre supérieur gauche ainsi que les mouvements répétitifs de flexion-extension de la main gauche. En tenant compte de ces limitations fonctionnelles et sans prendre en considération les limitations en lien avec son poignet droit et son genou gauche, la capacité de travail de l'assuré était de 100%. Il a proposé que l'assureur-accidents prenne en charge à l'avenir un suivi médical espacé et la prescription d'antidouleurs.
21. Dans une estimation du 8 juin 2012, le Dr P \_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité du poignet gauche de l'assuré à 10%, estimation qui était basée sur le barème utilisé pour une endoprothèse radio-carpienne avec un bon résultat.
22. Le 2 juillet 2012, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il mettait fin au traitement médical et au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2012, attendu qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé.
23. Par rapport du 13 août 2012, le Dr N \_\_\_\_\_ a retenu une arthroplastie du poignet gauche et une arthrose du poignet droit, une évolution satisfaisante à

gauche et des douleurs à droite. La reprise du travail n'était pas possible. Le médecin a remarqué que l'assuré était dans l'attente d'une prise en charge par l'assurance-invalidité.

24. Le 28 août 2012, l'OCE a transmis à l'assureur-accidents les données concernant le salaire de l'assuré entre le 9 mars et le 9 septembre 2009.
25. L'assureur-accidents a alors effectué une recherche au sujet des activités potentiellement exécutables par l'assuré et a sélectionné cinq différents postes, soit ceux de vendeur de chaussures, de chauffeur de taxi, d'aide de cafétéria, d'employé au service clientèle et de collaborateur de production, et a questionné cinq entreprises concernant les exigences physiques de ces différentes activités et les conditions salariales 2012 (description des postes de travail - DPT). En résumé, le salaire annuel moyen 2012 dans ces différents postes était de 51'723 fr. 20.
26. Par décision du 18 décembre 2012, l'assureur-accidents a alloué à l'assuré, en lien avec l'accident du 28 juillet 2009, une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 12% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, d'un montant de 12'600 francs. Il a indiqué que le revenu d'invalidité était fondé sur le salaire pouvant être perçu dans l'exercice à plein temps d'une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas trop mettre à contribution le poignet gauche, soit en particulier en qualité de vendeur, de chauffeur de taxi, d'aide de cafétéria ou d'employé de production, activités dans lesquelles l'assuré pourrait percevoir un revenu mensuel de 4'310 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Son revenu mensuel réalisable sans accident s'élevait à 4'883 francs.
27. En date du 10 janvier 2013, l'assuré a fait opposition à ladite décision de l'assureur-accidents, sollicitant une révision de son cas. Il a invoqué que ses deux poignets avaient été endommagés lors de son accident de juillet 2009, et qu'il convenait de tenir compte de deux autres accidents, qui avaient entraîné des atteintes tant à son poignet droit qu'à son genou, étant précisé qu'il était déjà assuré après de l'assureur-accidents, lors de la survenance de ces deux accidents.
28. Dans un rapport du 11 janvier 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état du poignet droit de l'assuré pourrait également nécessiter la mise en place d'une prothèse totale, opération qui avait été suspendue afin de stabiliser pleinement la fonction du poignet gauche. L'évolution du poignet droit n'était pas satisfaisante actuellement, dans la mesure où les douleurs étaient toujours plus importantes. En outre, l'activité professionnelle décrite dans la décision de l'assureur-accidents ne semblait pas tout à fait correcte.
29. Par décision du 18 avril 2013, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles, le degré d'invalidité étant de 12%. L'OAI a considéré en substance qu'il pouvait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient la marche

en terrain irrégulier, la position debout prolongée, à genou et accroupie, les gestes de force du membre supérieur et le port de charges.

30. Suite à l'accident évoqué par l'assuré dans son opposition ayant entraîné une atteinte à son poignet droit, l'assureur-accidents a instruit cette question. Un ancien assureur perte de gain maladie de l'assuré a informé l'assureur-accidents, en date du 14 mai 2013, avoir pris en charge un cas d'assurance entre le 1<sup>er</sup> août et le 31 décembre 2004, en versant des indemnités journalières durant cette période.
31. Par décision sur opposition du 6 juin 2013, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 18 décembre 2012. A titre liminaire, il a relevé qu'il avait mis fin aux prestations en lien avec l'accident du 11 mai 2011 (atteinte au genou droit) en date du 8 août 2011 et que sa décision du 18 décembre 2012 ne portait que sur les suites de l'accident du 28 juillet 2009. L'assureur-accidents a considéré qu'il ne ressortait pas du dossier qu'une atteinte de la main droite était survenue lors de l'accident du 28 juillet 2009, étant précisé que ce n'était que le 14 avril 2011 que l'assuré avait commencé à avoir des soucis avec sa main droite. En outre, malgré ses recherches actives, il n'avait pas pu être établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un accident concernant la main droite et couvert par l'assureur-accidents était intervenu en 2004, en 2005 ou à un autre moment.
32. Par courrier réceptionné par la Cour de céans en date du 22 juillet 2013, l'assuré interjette recours contre cette décision sur opposition de l'assureur-accidents, sollicitant un réexamen du degré d'invalidité retenu de 12%. Il soutient que ce degré d'invalidité ne tenait pas compte des atteintes à son poignet droit, qui a également été touché lors de l'accident, ni de son manque à gagner en tant qu'ingénieur du son et de musicien (percussionniste, guitariste, pianiste), professions qu'il avait exercées à titre indépendant et qui lui avaient permis de vendre des produits musicaux, de donner des concerts et des spectacles, de recevoir des prix et d'être reconnu dans le domaine de l'audiovisuel.

A l'appui de son recours, il produit plusieurs coupures de journaux présentant sa carrière musicale.

33. Invitée à se prononcer, l'intimée, représentée par un conseil, conclut, dans sa réponse du 18 septembre 2013, au rejet du recours. Elle invoque avoir mis fin aux prestations en lien avec l'atteinte au genou droit par décision du 8 août 2011, qui n'avait pas été contestée, de sorte que le cas devait être considéré comme clos concernant cette atteinte. En ce qui concerne les atteintes à la main droite, elles sont apparues en 2004/2005 et c'était l'assureur perte de gain maladie collective de l'époque qui avait versé des indemnités journalières au recourant, cependant, aucun indice ne laissait penser que l'atteinte à la main droite avait été aggravée par l'accident de 2009, le recourant n'ayant mentionné des problèmes à sa main droite que le 14 avril 2011, soit presque deux ans après l'accident de 2009. Par ailleurs, l'intimée soutient qu'elle s'est basée sur le certificat de salaire de 2009 de

l'employeur du recourant, devant également contenir les revenus accessoires, ainsi que sur les déclarations de cet employeur pour déterminer son revenu sans invalidité, de sorte qu'il n'a pas omis de prendre en considération d'autres revenus éventuellement déclarés à l'autorité fiscale. Enfin, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer sa profession d'ingénieur du son, raison pour laquelle l'intimée a utilisé la méthode du calcul du gain d'invalidité fondé sur cinq descriptions de postes de travail adaptés, soit ceux de vendeur de chaussures, chauffeur de taxi, aide de cafétéria, téléphoniste et collaborateur de production.

34. Dans une réplique du 15 octobre 2013, le recourant conteste ne pas pouvoir exercer son métier d'ingénieur du son, mais admet être limité dans les tâches courantes de ce métier, qu'il souhaite continuer à exercer avec l'aide d'un assistant à sa charge. En revanche, il ne peut plus exercer son métier de musicien percussionniste, lequel nécessite l'utilisation des deux mains, il s'obstine toutefois à jouer d'autres instruments et à s'exercer pour adapter son handicap. Pour ce qui est de son atteinte au genou, il invoque avoir toujours des séquelles de l'accident de la route. Par ailleurs, il a eu moins mal à son poignet droit qu'à son poignet gauche suite à l'accident, en raison d'une dénerivation subie aux HUG, mais a tout de même signalé ses douleurs au Dr L. \_\_\_\_\_ lors de leur entretien. Il précise avoir bien subi un accident sur un chantier en 2002 et ne pas comprendre que l'atteinte à son poignet droit ait été prise en charge par son assureur perte de gain maladie. Enfin, il signale exercer le métier de musicien indépendant depuis plus de 30 ans et que l'accident l'avait beaucoup diminué dans sa profession de guitariste pianiste. Il est membre de la SUISA (société suisse pour les droits des auteurs d'œuvres musicales) et de la SACEM (société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique), lesquelles déduisent les impôts à la source. Les revenus qu'il gagnait lors des concerts étaient quant à eux distribués aux musiciens et servaient à payer les différentes charges, notamment celles de déplacement. Il déclare que « c'est la même chose pour la vente de CD par rapport aux frais de productions quand on s'auto-produit. C'est avec le temps que vient la productivité ». Le recourant sollicite ainsi que ses atteintes au poignet et au genou droits soient prises en considération par l'intimée pour le calcul de son degré d'invalidité.

Il produit un certificat du 14 octobre 2013 établi par le Dr N. \_\_\_\_\_, lequel a attesté suivre le recourant dans le cadre de douleurs post-traumatiques au niveau de ses deux poignets. L'évolution du poignet gauche était satisfaisante avec moins de douleurs, bien que tous les mouvements ne soient pas possibles et que la force ne soit pas revenue. En revanche, le poignet droit présentait un enraidissement de plus en plus important et des douleurs de plus en plus importantes, de sorte que la reprise d'une activité professionnelle à plein temps n'était pas possible. Une reconversion professionnelle devrait être envisagée.

35. Par duplique du 30 octobre 2013, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle invoque que compte tenu de l'obligation du recourant de diminuer son dommage, il était légitime de se fonder sur les DPT choisies, malgré la volonté du recourant de

---

continuer à exercer les professions d'ingénieur du son et de musicien. En effet, les DPT contiennent des activités entièrement adaptées au recourant lui permettant d'obtenir un revenu de 4'310 fr. par mois. Quant au rapport du 11 octobre 2013 du Dr N\_\_\_\_\_, il n'apportait pas d'élément objectif permettant de retenir un lien de causalité entre l'accident et les troubles du poignet droit.

36. Sur requête de la Cour de céans, l'intimée produit en date du 4 mars 2014 :
- un avis du 26 juillet 2011 du Dr P\_\_\_\_\_, lequel a retenu que le traumatisme entraîné par l'accident du 11 mai 2011 avait déstabilisé un état dégénératif ancien au genou droit, mais que les conséquences délétères étaient éteintes huit semaines après l'événement, en l'absence de lésions objectives nouvelles ;
  - sa décision du 8 août 2011, laquelle concernait les suites de l'accident du 11 mai 2011 et par laquelle elle a considéré, eu égard à l'avis de son médecin-conseil, que les troubles subsistant n'étaient plus dus à cet accident, de sorte qu'elle mettait fin à toutes ses prestations au 8 août 2011.
37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours ayant été interjeté dans la forme et le délai prévu par la loi – délai débutant le 14 juin 2013 et arrivant à échéance le 16 août 2013 – le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 et 4 let. b LPGA p.a.).
3. Au préalable, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.
- a) 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).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement

attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

b) En l'espèce, la décision et la décision sur opposition litigieuses portent sur les prestations – rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité – auxquelles peut prétendre le recourant suite à l'accident du 28 juillet 2009 ainsi que sur le refus de l'intimée de lui octroyer des prestations pour ses troubles au poignet droit nés en 2004/2005.

Le recourant ayant contesté le taux de la rente d'invalidité, le litige porte tout d'abord sur cette question ainsi que sur le lien de causalité entre les atteintes du poignet droit et l'accident du 28 juillet 2009. En revanche, le taux et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'ayant pas été remis en cause, ces questions ne sont plus litigieuses et ne font ainsi pas partie de l'objet du litige, de sorte que la Cour de céans n'a pas à les examiner.

Par ailleurs, le recourant invoque qu'il a eu un accident en 2004/2005 ayant engendré des troubles au poignet droit, de sorte que la prise en charge de prestations en lien avec cet événement devra également être examinée.

En ce qui concerne le droit du recourant à des prestations suite à l'accident du mois de mai 2011 (atteinte au genou droit), il a déjà été tranché par l'intimée de manière définitive dans sa décision du 8 août 2011, le recourant ne s'étant pas opposé à cette décision mettant fin à toutes prestations au 8 août 2011. Dès lors, le litige ne saurait porter sur les atteintes du genou droit.

4. Il convient tout d'abord d'examiner le droit du recourant à des prestations en lien avec un événement ayant eu lieu en 2004/2005 et ayant engendré des atteintes au poignet droit.
  - a) Les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (cf. art. 6 al. 1 LAA).

---

En vertu de l'art. 77 LAA, en cas d'accident professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel le travailleur était assuré au moment où est survenu l'accident d'allouer les prestations (al. 1 1<sup>ère</sup> phrase). En cas d'accident non professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel la victime de l'accident était aussi assurée en dernier lieu contre les accidents professionnels, d'allouer les prestations (al. 2).

L'art. 112 al. 1 OLAA prévoit que pour les accidents antérieurs au changement d'assureur, l'assureur compétent jusque-là le reste.

b) En l'occurrence, le recourant a sollicité, dans le cadre de la procédure administrative, la prise en charge d'une rechute d'un accident qui aurait eu lieu en 2004/2005 et qui aurait touché le poignet droit.

Cependant, il résulte du dossier que c'est l'assureur perte de gain maladie qui a pris en charge un cas d'assurance entre le 1<sup>er</sup> août et le 31 décembre 2004, en versant au recourant des indemnités journalières. Partant, dès lors que les troubles du recourant ayant débuté en 2004 étaient dus, compte tenu de cet élément, à une maladie et qu'ils n'ont pas été pris en charge par l'assurance-accidents, attendu qu'aucun accident n'a été déclaré en 2004, en tous les cas pas auprès de l'intimée, les troubles du recourant à son poignet droit en lien avec l'événement datant de 2004 n'ont pas à être pris en charge par l'intimée. Il convient dès lors de rejeter le grief du recourant.

5. Il sied également de se prononcer sur le lien de causalité entre les atteintes du poignet droit et l'accident du 28 juillet 2009.
6. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

---

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

7. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

b) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Par ailleurs, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

8. Le recourant considère qu'outre ses atteintes au poignet gauche, celles au poignet droit doivent également être imputées à l'accident du 28 juillet 2009, alors que l'intimée estime que les atteintes du poignet droit ne sont pas en rapport de causalité avec cet accident.

L'intimée fonde sa décision sur opposition sur les rapports de ses médecins d'arrondissement, les Drs M\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, ainsi que sur les rapports des médecins traitants du recourant. Le Dr L\_\_\_\_\_ est le premier médecin à s'être prononcé, après l'accident du 28 juillet 2009 et l'opération à la main gauche en août 2009, et a uniquement fait état, en septembre 2009, d'un diagnostic en lien avec le poignet gauche. Quant au Dr M\_\_\_\_\_, il a également discuté, en décembre 2009 des suites de l'accident au niveau du poignet gauche, tout en indiquant notamment qu'il existait des cicatrices anciennes au poignet droit et que les clichés radiologiques montraient des lésions dégénératives à gauche et à droite. Le Dr N\_\_\_\_\_ a procédé à une arthroplastie du poignet gauche en mars 2010 et a attesté en février 2011 de troubles au poignet gauche sans faire référence à des atteintes au poignet droit en lien avec l'accident. Enfin, il résulte du rapport final de juin 2012 du Dr P\_\_\_\_\_ qu'il s'est déterminé sur les conséquences de l'atteinte au poignet gauche sur la capacité de travail, attendu que le traumatisme avait eu lieu à gauche.

Au vu des éléments qui précèdent, force est de constater qu'aucun médecin n'a considéré que les atteintes au poignet droit étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 juillet 2009. Certes, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué, en octobre 2013, qu'il existait des douleurs post-traumatiques au niveau des deux poignets, toutefois, cela n'est pas assez précis pour retenir un tel lien de causalité naturelle. Qui plus est, le recourant s'est plaint pour la première fois de douleurs à sa main droite lors d'un entretien avec un collaborateur de l'intimée en avril 2011, soit un an et neuf mois après l'accident de juillet 2009, de sorte qu'il est très peu vraisemblable que ces troubles soient dus à cet accident. Enfin, le fait que les troubles se soient déclenchés après l'accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident. Il doit ainsi être conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les atteintes du recourant au poignet droit ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 28 juillet 2009 et ne sauraient ainsi donner droit à des prestations de l'assurance-accidents.

Pour le surplus, il a été retenu de manière convaincante par le Dr P\_\_\_\_\_, en juin 2012, que le recourant présentait, sans tenir compte des atteintes au poignet droit et au genou droit, une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient le port de charges de plus de 10 kilogrammes, le maniement d'outils lourds, les activités nécessitant une force de serrage avec le membre supérieur gauche ainsi que les mouvements répétitifs de flexion-extension de la main gauche.

9. Reste ainsi à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.
  - a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. L'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, ne diffère de sa version antérieure que

---

sur le plan rédactionnel (sur la notion d'invalidité, cf. ATF 130 V 343, 119 V 470 consid. 2b; SVR 2003 IV n° 35 p. 107; RAMA 2001 n° U 410 p. 73).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348, 128 V 29 consid. 1 p. 30, 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne

valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Pour savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas. Lorsque l'invalidité est la conséquence d'un accident, ces indices doivent déjà avoir existé au moment où celui-ci s'est produit (ATF non publié 9C\_486/2011 du 12 octobre 2011, consid. 4.1 et les références citées).

Le revenu de l'activité raisonnablement exigible ou revenu d'invalide doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). Si le revenu d'invalide est fondé sur les tabelles statistiques, et plus précisément sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après l'ESS), 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; ATFA non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

10. a) En l'espèce, dans la mesure où l'état de la main gauche du recourant est stabilisé depuis juin 2012 en tous les cas, c'est à juste titre que l'intimée a déterminé que le droit à la rente débutait au 1<sup>er</sup> septembre 2012. Cela n'est pas contesté par le recourant.

Il convient ainsi de se placer en 2012 pour procéder à la comparaison des revenus.

- b) L'intimée a fixé le revenu sans invalidité en se fondant sur le revenu que le recourant a obtenu en 2009 dans son activité temporaire auprès des CFF.

La Cour de céans ne saurait suivre ce raisonnement. En effet, pour établir le revenu sans invalidité, il convient de déterminer ce que le recourant aurait effectivement pu gagner en 2012, s'il était resté en bonne santé. D'une part, le recourant a uniquement travaillé temporairement en qualité médiateur auprès des CFF, alors qu'il y était placé durant six mois par les organes de l'assurance-chômage. Cette activité de médiateur n'a pas été exercée auparavant par le recourant, celui-ci ayant essentiellement été actif dans des activités dans le bâtiment ou dans la musique. D'autre part, il a suivi avec l'aide de l'OAI, entre 2005 et 2007, une formation certifiante d'ingénieur du son auprès du SAE Institute, qui devait lui permettre de prétendre à un poste dans l'industrie audio en tant que professionnel dans divers secteurs techniques ou administratifs des industries audio musicales ou télévision / post-production, soit comme technicien son en enregistrement, en post-production, chef opérateur son, gérant de studio ou monteur son (cf. site internet SAE Institute [http://geneve.sae.edu/fr/course/2268/Ingenieur\\_du\\_Son](http://geneve.sae.edu/fr/course/2268/Ingenieur_du_Son)). Dès lors, compte tenu de cette formation et de l'engagement visible du recourant dans le domaine de la musique durant sa vie, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, qu'il aurait exercé, sans atteintes à la santé, l'activité d'ingénieur du son.

Dans la mesure où le recourant n'a pas pu, au vu du dossier, exercer cette activité, s'étant notamment retrouvé au chômage, il convient de se fonder sur les données statistiques. D'après l'ESS 2010, le revenu mensuel standardisé d'un homme, ayant des connaissances spécifiques et exerçant dans le domaine de la production audiovisuelle (tableau TA1, homme, ligne 59, niveau de qualification 3), est de 5'507 francs. Ce revenu, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2012, lequel est de 40.8 heures (cf. tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique, ligne 58 à 63), ainsi qu'à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; 2010 : 2'151 et 2012 : 2'188). On obtient ainsi un revenu sans invalidité de 68'565 fr. 15 ( $5'507 \times 12 \times 41.8 / 40 \times 2'188 / 2'151$ ).

En revanche, on ne saurait retenir en sus de ce salaire d'éventuels revenus que le recourant auraient obtenu en tant que musicien. En effet, il allègue lui-même que tant les cachets obtenus lors de concerts que les gains lors des ventes de CD ont

essentiellement permis à payer les différentes charges nécessitées par leur production.

c) Pour ce qui est du revenu d'invalidé, les activités qui ont été sélectionnées par l'intimée, soit les activités de vendeur de chaussures, de chauffeur de taxi, d'aide de cafétéria, d'employé au service clientèle et de collaborateur de production, ne requièrent pas le port de charges de plus de 10 kilogrammes, le maniement d'outils lourds, de force de serrage ou encore de mouvements répétitifs de flexion-extension de la main gauche, de sorte que ces activités sont compatibles avec l'état de santé du recourant mis en exergue par le médecin d'arrondissement de l'intimée. De plus, il ressort également des DPT que ces activités, hormis celle de chauffeur de taxi, ne nécessitent pas de formation spécifique, de sorte qu'elles sont immédiatement exigibles de la part du recourant. C'est ainsi à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les DPT pour calculer le revenu d'invalidé.

Qui plus est, elle a déterminé, avec raison, le revenu d'invalidé en se fondant sur les DPT sans procéder à une réduction de ce salaire eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, et ce conformément à la jurisprudence citée ci-dessus.

Il sera précisé que l'intimée n'a pas retenu que l'activité d'ingénieur du son ou celle de musicien soit adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, ce que celui admet d'ailleurs en expliquant qu'il ne pouvait plus effectuer toutes les tâches y relatives, indiquant notamment souhaiter exercer le métier d'ingénieur du son mais avec l'aide d'un aide assistant à sa charge, et ne plus pouvoir être musicien percussionniste.

Dès lors, en se fondant sur les DPT et en supprimant le poste de chauffeur de taxi, puisque celui-ci n'est pas exigible du recourant sans formation, on arrive à un salaire – moyen – d'invalidé de 52'404 fr.  $([48'000 + 52'325 + 53'991 + 55'300] / 4)$ .

d) Partant, en comparant le revenu sans invalidité au revenu d'invalidé, le degré d'invalidité du recourant est de 24%  $((68'565.15 - 52'404) \times 100 / 68'565.15)$ , de sorte qu'il a droit à une rente d'invalidité de 24%, et non uniquement de 12% comme retenu par l'intimée.

11. Le recours est ainsi partiellement admis et le recourant mis au bénéfice d'une rente de 24% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 18 décembre 2012 et la décision sur opposition du 6 juin 2013 de l'assureur-accidents, en ce sens que l'assuré a droit à une rente d'invalidité de 24% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le