

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3122/2016

ATAS/126/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 février 2017**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA

recourant

contre

GENERALI ASSURANCE GENERALES SA, sise avenue  
Perdtemps 23, NYON

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1958, de nationalité suisse depuis le 1<sup>er</sup> février 1986, marié, père de trois enfants, a suivi l'école d'ingénieur mécanique et une haute école de commerce au Kosovo.
2. L'assuré a exercé comme maçon de 1989 à 1991 pour B\_\_\_\_\_ puis comme peintre en bâtiment pour C\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> avril 1992, pour un salaire mensuel en 2010 de CHF 6'125.-. Il était assuré à ce titre selon la LAA auprès de Generali assurances (ci-après : l'assureur) et bénéficiait d'une assurance complémentaire LAA.
3. Le 28 avril 2010, l'assuré a été victime d'un accident, lequel a été pris en charge par l'assureur. Il a, sur son lieu de travail, chuté d'une échelle depuis une hauteur d'environ trois mètres, avec réception sur les deux poignets en extension ; il s'est fracturé les deux poignets, des dents et a subi un traumatisme crânien.
4. L'assuré a été opéré dans l'unité de chirurgie de la main des HUG par les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2010, qui ont pratiqué une fasciotomie de l'avant-bras gauche, neurolyse du nerf médian et cubital gauche, réduction partielle de la fracture de l'EDR gauche et mise en place d'un fixateur externe gauche et par les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ le 4 mai 2010 d'une reprise partielle d'ostéosynthèse poignet gauche fracture complexe de type avulsion C3 comminutive, fermeture des fasciotomies antébrachiales gauches, ostéosynthèse par plaque palmaire type 2.4/2.7 anatomique et greffe osseuse poignet droit et cure de tunnel carpien droit.  
  
Les diagnostics suivants ont été posés : fracture EDR type C3 selon AO à droite, fracture EDR type C3 selon AO à gauche avec syndrome du tunnel carpien concomitant et syndrome des loges de l'avant-bras gauche.
5. Le docteur F\_\_\_\_\_, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 28 avril 2010.
6. Le 26 janvier 2011, les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, devant une synovite et des douleurs au poignet gauche, la radiographie montrant un état pré-arthroscopique radiocarpien bilatéral (lettre de sortie des HUG du 27 janvier 2011), ont procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.
7. Le 30 mars 2011, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du côté droit a été effectuée.
8. Le 18 avril 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
9. Le 16 mai 2012, à la demande de l'assureur, le docteur H\_\_\_\_\_, FMH chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et chirurgie de la main, a rendu un rapport d'expertise complété le 21 août 2012 après avoir notamment effectué un examen clinique et radiologique le 22 mars 2012.

Une radiographie du poignet du 22 mars 2013 a montré à droite une visualisation d'un status post-ostéosynthèse pour fracture de l'épiphyse distale du radius, sans

diastase scapho-lunaire significative. Il existait un arrachement de l'apophyse styloïde cubitale. Pas de remaniement de type arthrosique significatif. À gauche, remaniement de type arthrosique significatif de la radio-carpienne avec diastase scapho-lunaire à 4mm, consécutif également à une fracture de l'épiphyse distale du radius. Arrachement de l'apophyse styloïde cubitale.

L'assuré se plaignait d'une sensation de blocage et de douleurs permanentes des deux poignets avec une sensation d'endormissement de la main et de l'avant-bras gauche, de diminution de la force essentiellement à gauche, une sensibilité tactile différente, des lâchages d'objets et, à l'effort, un gonflement des doigts et des poignets.

Il a posé les diagnostics suivants : arthrose post-traumatique radio-carpienne bilatérale sur consolidation en position vicieuse des radius gauche et droit, pseudarthrose bilatérale de la styloïde cubitale, limitation résiduelle et douloureuse de la force et de la mobilité des deux poignets, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet droit en mars 2011, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du poignet gauche en janvier 2011, status après reprise d'ostéosynthèse du poignet gauche pour fracture complexe de type avulsion C3 comminutive, fermeture des fasciotomies antébrachiales gauches et ostéosynthèse par plaque palmaire et greffe osseuse du poignet droit, ainsi qu'une décompression du nerf médian au canal carpien le 4 mai 2010, status après fasciotomies de l'avant-bras gauche, neurolyse du nerf médian et cubital gauche, réduction partielle de la fracture de l'extrémité distale du radius gauche et mise en place d'un fixateur externe gauche le 28 avril 2010, status après lésions dentaires le 28 avril 2010.

Il n'y avait pas d'état préexistant à l'accident. L'incapacité de travail était totale et définitive dans une activité manuelle nécessitant l'usage de force et répétition des deux poignets ; une activité légère pourrait être envisagée ; il y avait une limitation de la force, de la mobilité et des douleurs aux deux poignets ; l'assuré souhaitait retravailler dans la gérance d'immeubles. L'état médical était stabilisé ; des contrôles bisannuels étaient justifiés ; s'agissant des limitations fonctionnelles résiduelles, il s'agissait d'une symptomatologie douloureuse persistante des deux poignets avec limitation de la mobilité et de la force, prédominant cliniquement du côté gauche. Une aggravation de la symptomatologie douloureuse était à prévoir aux deux poignets. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) était de 15 % à gauche et de 12 % à droite.

10. Le 24 mai 2012, C\_\_\_\_\_ a indiqué que le salaire 2012 de l'assuré était de CHF 6'375.- par mois, y compris une participation aux frais médicaux de CHF 100.- et des frais de déplacement de CHF 250.-.
11. Le 30 juillet 2012, l'assureur a alloué, sur la base d'un contrat d'assurance complémentaire LAA, un capital d'invalidité de CHF 24'683.75.
12. Le 21 août 2012, à la demande de l'assureur, le Dr H\_\_\_\_\_ a répondu à des questions complémentaires.

---

L'assuré avait une capacité de travail totale dans une activité légère ne nécessitant pas l'usage de force et répétition des deux poignets : activité de service administratif (par exemple gestion de la poste interne et distribution du courrier dans une entreprise) ; vente au détail, pour autant qu'il n'y ait pas de manipulation répétitive et que cette activité soit vraiment de type légère ; activité de type transport de personnes, pour autant qu'il s'agisse d'un véhicule automatique à direction assistée. Par contre, à son avis, le transport d'handicapés ne pourrait pas se faire à 100 %, la manipulation d'une chaise roulante ou autre pouvant être trop lourde. Concernant l'activité de chauffeur-livreur, les restrictions mentionnées étaient les mêmes que pour le transport de personnes et cette activité pourrait se faire à 100 %. Par contre, la livraison ne devrait pas impliquer de chargement ou de déchargement de colis lourds. Concernant l'industrie manufacturière légère, il craignait fort que la proposition que l'assureur ferait d'une activité nécessitant du conditionnement de produits, l'emballage etc., exige une activité répétitive des deux mains et des deux poignets qui à son avis serait contre-indiquée dans l'état de santé de l'assuré. Sur le plan pratique, ce serait au médecin traitant de l'assuré de fixer la reprise de l'activité professionnelle une fois que cette dernière aura été trouvée.

13. Par décision du 27 août 2012, l'assureur a alloué à l'assuré une rente transitoire d'invalidité de 39 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012, soit CHF 2'292.- par mois, l'activité antérieure de peintre n'étant plus exigible. En 2012, le revenu sans invalidité était de CHF 79'625.- et le revenu d'invalidité de CHF 48'945.05 (fondé sur l'ESS 2010, moyenne des lignes 47, 53, 82, 94-96, adapté à une durée moyenne de travail hebdomadaire de 41,6 h en 2010, indexé à 2012 et réduit de 10 %) ; un à deux contrôles orthopédiques par an étaient admis. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était de CHF 34'020.- soit un taux de 27 %.
14. Le 27 septembre 2012, l'assuré a fait opposition à la décision précitée en faisant valoir que le revenu sans invalidité était de CHF 82'875.- en raison des frais de déplacement et la participation aux frais médicaux et que le revenu d'invalidité était de CHF 38'697.98 (activité de poste/courrier, avec une déduction de 20 %), de sorte que le taux d'invalidité était de 53 %.
15. Par décision du 19 octobre 2012, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que le revenu sans invalidité était bien de CHF 79'625.-, compte tenu de la participation aux frais médicaux mais sans l'indemnité pour frais de déplacement et que le revenu d'invalidité devait être confirmé car les activités citées étaient adaptées au handicap de l'assuré et la déduction ne pouvait être supérieure à 10 %.
16. Le 14 janvier 2013, les EPI ont rendu un rapport suite au stage de l'assuré du 17 septembre au 16 décembre 2012 ; l'assuré n'était pas apte à retourner dans le circuit économique ordinaire pour des raisons liées à son atteinte à la santé.
17. Le 23 janvier 2013, le docteur I\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il adhérait aux considérations de l'expert H\_\_\_\_\_, soit une capacité de travail nulle comme

---

peintre et de 100 % dans une activité adaptée c'est-à-dire qui ne soit pas manuelle en sollicitant de manière répétitive les poignets ou nécessitant de la force ou de la dextérité des mains ou encore une activité qui impliquerait le port de charges ou de monter et descendre des escaliers, etc. Des mesures professionnelles visant à une activité non manuelle étaient à envisager.

18. Le 30 janvier 2013, la réadaptation professionnelle de l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 38 %, compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 79'625.- et d'un revenu d'invalidité de CHF 49'387.- (selon l'ESS 2010, TA1, homme niveau 4, pour 41,6 h de travail hebdomadaire, indexé en 2011 et déduit de 20 %).
19. Le 12 février 2013, la réadaptation professionnelle a constaté qu'aucun projet professionnel n'avait pu être proposé à l'assuré après son stage aux EPI et que le degré d'invalidité de l'assuré était de 38 %.
20. Par projet du 28 février 2013, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 juillet 2012, étant constaté que dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée conduisant à la constatation d'un degré d'invalidité de 38 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
21. Le 9 avril 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré présentait toujours des douleurs, augmentant à l'effort, que la mobilité des poignets se péjorait, que l'assuré ne pouvait reprendre une activité professionnelle manuelle, que l'état de santé s'étant péjoré depuis l'expertise de mai 2012 et que le taux de 15 % des deux côtés pouvait être retenu.
22. Par décision du 23 août 2013, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 juillet 2012 soit un montant de CHF 28'250.-, dont CHF 13'307.25 étaient dus, en compensation, à l'assureur.
23. Le 23 septembre 2013, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 23 août 2013 (cause A/3082/2013) en concluant à son annulation et à l'allocation d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2012 au motif que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. Il a complété son recours le 6 novembre 2013.
24. Le 14 novembre 2013, la Dresse J\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel l'assuré ne pouvait reprendre une activité professionnelle manuelle ; dans une activité adaptée, sans utilisation des deux mains, la capacité de travail restait entière.
25. Le 26 novembre 2013, la réadaptation professionnelle a observé que les capacités physiques de l'assuré étaient exploitables.
26. Le 28 novembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

27. Le 10 décembre 2013, l'assuré a observé qu'il ne pouvait plus utiliser ses deux mains, et qu'en particulier les activités proposées par la réadaptation professionnelle étaient irréalistes.
28. Le 20 janvier 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué que sa situation s'aggravait, son poignet gauche avait été opéré trois fois et son poignet droit deux fois ; il avait des douleurs permanentes et la perte de force de ces deux poignets.
29. Le 6 février 2014, la réadaptation professionnelle de l'OAI a rendu une note de travail selon laquelle, au vu de l'avis du SMR du 14 novembre 2013 confirmant une aggravation de l'état de santé de l'assuré et fixant des limitations fonctionnelles pour le moins « extrêmes », il fallait conclure qu'il n'existait aucune activité sans utilisation des deux mains pour un assuré de 56 ans ayant exclusivement exercé des professions manuelles dans son parcours professionnel. La limitation fonctionnelle : « activité sans utilisation des mains » n'était pas compatible avec une activité du circuit économique normal. En effet, n'importe quelle activité salariée ou indépendante exigible et existante sur le marché primaire de l'emploi nécessitait l'utilisation ponctuelle d'au moins une seule main. Même les activités de pure surveillance, pour autant qu'elles existent dans ce cas précis, nécessitaient l'emploi occasionnel d'une main au moins (ouvrir une porte, enclencher un appareil, utiliser ponctuellement un ordinateur). Par conséquent, la capacité résiduelle de travail ne pouvait se transformer en capacité de gain au vu de l'importance des limitations fonctionnelles : La capacité de gain étant nulle, le degré d'invalidité était de 100 %.
30. Le 20 février 2014, l'OAI a estimé, sur la base de l'avis du 6 février 2014 de la réadaptation professionnelle, que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et que le droit à la rente entière d'invalidité devait être prolongé au-delà du 1<sup>er</sup> août 2012.
31. Le 13 mars 2014, le recourant a conclu à ce qu'il soit donné acte de ce qu'il continuerait à percevoir une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> août 2012 et à l'octroi de dépens.
32. Par arrêt du 31 mars 2014 (ATAS/447/2014), la chambre de céans a admis le recours et annulé partiellement la décision litigieuse de l'OAI dans la mesure où elle limitait le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au 31 juillet 2012.
33. Le 6 juillet 2015, l'assureur a informé l'assuré qu'un complément d'expertise auprès du Dr H\_\_\_\_\_ était nécessaire.
34. Le 15 octobre 2015, une radiographie des poignets a conclu à gauche à une arthrose au niveau de la radiocarpienne avec probable status post fracture de l'épiphyse distale du radius consolidée avec arrachement au niveau de l'apophyse styloïde cubitale. Pas de diastase scapho-lunaire. À droite : également un status post fracture consolidée de l'épiphyse distale du radius. Arthrose radiocarpienne. Arrachement au niveau de l'apophyse styloïde cubitale. Pas de diastase scapho-lunaire.

35. Le 16 novembre 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise.

L'assuré se plaignait d'un manque de force et de douleurs permanentes aux deux poignets avec tuméfaction des poignets, fluctuante et de paresthésies épisodiques des mains. La force de serrage s'était péjorée depuis 2012 et l'assuré présentait d'importants troubles de la sensibilité ainsi qu'une aggravation du status radiologique du côté gauche ; aujourd'hui, toute activité manuelle, même légère, n'était plus exigible.

36. Le 7 janvier 2016, C\_\_\_\_\_ a indiqué que le salaire théorique annuel de l'assuré était de CHF 80'305.- en 2013, CHF 80'760.- en 2014, CHF 81'540.- en 2015 et CHF 81'540.- en 2016.

37. Le 11 janvier 2016, l'assureur a demandé au Dr H\_\_\_\_\_ d'expliquer les motifs pour lesquels une capacité de travail, même seulement partielle, n'était plus exigible, dans les activités reconnues comme adaptées dans le rapport du 21 février 2012 ; l'expert devait se référer à un assuré d'âge moyen (40 ans) et, finalement, se prononce sur l'utilité d'un séjour à la clinique romande de réadaptation.

38. Le 21 janvier 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'était référé à un assuré d'âge moyen et avait tenu compte d'éléments essentiellement objectifs pour fonder son appréciation. Même si les amplitudes de mouvement ne s'étaient pas péjorées de façon notable et que l'aggravation radiologique pouvait être considérée comme modérée, l'examen des deux poignets démontrait objectivement un état inflammatoire compatible avec les plaintes de l'assuré. Par ailleurs, la force de serrage, testée à plusieurs reprises, avait démontré une nette diminution par rapport à son expertise de 2012. Tous ces différents éléments l'avaient amené à modifier son appréciation de la capacité de travail de l'assuré, dans une activité manuelle. L'assuré, dans le cadre d'un recyclage professionnel, pourrait travailler à 100 % dans une activité non manuelle ; un séjour à la CRR lui paraissait peu utile.

39. Le 1<sup>er</sup> février 2016, l'assuré a observé que les limitations fonctionnelles de ses mains l'handicapaient aussi dans la vie quotidienne ; son état s'était péjoré et l'OAI avait reconnu qu'il ne pouvait plus travailler avec ses deux mains et que sa capacité de travail était nulle.

40. Le 1<sup>er</sup> mars 2016, l'assureur a informé l'assuré qu'il souhaitait une évaluation pluridisciplinaire à la CRR afin d'éclaircir l'exigibilité résiduelle de travail, étant rappelé que l'OAI n'avait pas investigué l'activité non manuelle exigible à cause de l'âge avancé de l'assuré, alors que l'art. 28 al. 4 OLAA permettait à l'assureur LAA d'en faire abstraction.

41. Le 17 mars 2016, l'assuré a contesté la nécessité d'une telle évaluation dès lors que le Dr H\_\_\_\_\_ s'était déjà prononcé ; par ailleurs, l'art. 28 al. 4 OLAA ne trouvait pas application car lui-même n'avait que 54 ans au jour de l'ouverture du droit à la rente d'invalidité.

42. Par décision du 9 octobre 2014, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2012.
43. Par décision du 26 avril 2016, l'assureur a alloué à l'assuré une rente d'invalidité d'un degré de 39 %, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014.

Le droit à la rente transitoire de 39 % prenait fin le 31 mai 2014, soit à l'entrée en force de l'arrêt du 31 mars 2014.

L'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans une activité de réceptionniste dans un centre d'appels, réceptionniste ou huissier dans une entreprise, chargé de l'accueil de la clientèle et de menus travaux administratifs ou encore comme employé dans une société de location de véhicules, pour un revenu annuel, en 2014, de CHF 50'039.10 (selon l'ESS 2012, ligne 77 à 82, hommes, niveau 1, pour un horaire de travail de 41,7 h, adapté à l'année 2014, avec une déduction de 15 %). Le degré d'invalidité était de 38 %, arrondi à 39 %, vu le peu d'écart avec la rente transitoire. La rente mensuelle d'invalidité était de CHF 2'298.-.

Étaient pris en charge au titre de traitement un à deux contrôles par an chez un orthopédiste et la médication antalgique nécessaire pour maintenir la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

44. Le 24 mai 2016, l'assuré a fait opposition à la décision du 26 avril 2016 en faisant valoir que l'assureur avait recueilli une seconde opinion alors que le Dr H\_\_\_\_\_ avait exclu, en octobre 2015, toute exigibilité d'une activité manuelle, même légère, que l'art. 28 al. 4 OLAA ne lui était pas applicable et qu'il était fantaisiste de prétendre qu'il pourrait exercer une activité non manuelle, sans formation ou expérience.
45. Par décision du 16 août 2016, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait précisé ses conclusions le 21 janvier 2016 en indiquant qu'une activité non manuelle était exigible à 100 %. Un assuré d'âge moyen, parlant correctement le français, avec des connaissances scolaires de base suffisantes, aurait la possibilité, sur un marché du travail supposé équilibré, de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans des activités non manuelles légères, au niveau de compétences le plus bas, moyennant une simple initiation ou formation interne dans l'entreprise. Dans le cas de l'assuré, c'était bien son âge (56 ans au moment de la naissance du droit à la rente ordinaire d'invalidité, 58 ans au moment de la décision attaquée) et ses faibles connaissances linguistiques et scolaires qui compromettaient ses chances de réinsertion. L'exigibilité s'appliquait pour des activités de service de type administratif, notamment comme téléphoniste dans un centre d'appels, réceptionniste ou huissier chargé de l'accueil de la clientèle et de menus travaux administratifs ou comme employé dans une société de location de véhicules (réception des clients, formalités administratives, contrôle des véhicules et remise des clés).

46. Le 16 septembre 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition du 16 août 2016, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

La position de l'intimée se heurtait à l'avis du service de réadaptation de l'OAI ; même des activités de type administratif nécessitaient l'utilisation des mains et une formation et des compétences que le recourant n'avait jamais possédées ; enfin l'article 28 al. 4 OLAA n'était pas applicable ; si par extraordinaire une capacité de travail était retenue, elle ne pourrait être que partielle et une déduction sur le revenu statistique d'invalidité de 25 % serait justifiée.

47. Le 28 septembre 2016, l'assureur a conclu au rejet du recours. Le recourant n'était pas complètement privé de l'usage fonctionnel de ses mains et les activités exigibles retenues ne sollicitaient pas les mains dans une mesure supérieure à ce que le recourant restait en mesure de faire dans la vie quotidienne. On n'attendait pas d'un téléphoniste dans un centre d'appels qu'il rédige de longs textes en utilisant le clavier de l'ordinateur. Il devait rediriger les appels sur le bon interlocuteur ou envoyer un bref message de rappel ou encore saisir quelques données. Les postes de réceptionniste ou d'huissier existaient bel et bien, notamment dans les établissements bancaires et ces activités ne mettaient que modérément à contribution les membres supérieurs. Il était abusif de prétendre que le recourant ne serait même pas en mesure de manipuler des clefs de voiture ou que ses limitations fonctionnelles l'empêcheraient de procéder aux vérifications administratives de routine requises pour la location d'un véhicule. Les activités recensées requéraient une maîtrise suffisante de la langue française et une scolarité de base permettant d'assimiler la formation prodiguée par l'employeur. L'intimée n'avait pas à tenir compte du fait que la réinsertion dans ces activités non manuelles, au niveau de compétences le plus faible, était entravée par des facteurs sociaux et personnels indépendants de l'atteinte à la santé.

L'art. 28 al. 4 OLAA s'appuyait sur l'âge du recourant, contribuant à réduire sa possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain. Le Dr H\_\_\_\_\_ retenait une capacité de travail totale dans une activité non manuelle.

48. Par ordonnance du 3 octobre 2016, la chambre de céans a ordonné la production du dossier de l'OAI, lequel a été versé à la procédure le 18 octobre 2016.
49. Le 21 octobre 2016, le recourant a répliqué en relevant que l'art. 28 al. 4 OLAA n'était pas applicable à son cas.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité d'un degré supérieur à 39 %.
5. 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 LPGA; 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).

6. 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.

7. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
8. Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA.

D'après l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi (ATF 122 V 426; 113 V 132 consid. 4b p. 135 s.). D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidité, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2 p. 312; consid. 7b/aa non publié de l'arrêt ATF 122 V 426). Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b p. 419, 426 consid. 2 p. 427, arrêt du Tribunal fédéral du 1<sup>er</sup> juillet 2009 8C 250/2009).

9. a. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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.

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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

b. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). 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 79-80 consid. 5b/aa-cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 241/00 du 6 février 2002 consid. 2).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016).

Ainsi, lorsqu'un assuré ne met pas à profit sa capacité de travail restante après l'atteinte à la santé, son revenu d'invalide doit être calculé sur une base théorique et abstraite. Ce faisant, on ne saurait toutefois se fonder sur une seule activité déterminée ou sur un tout petit nombre seulement - quand bien même cette activité

serait parfaitement adaptée aux limitations en cause - dès lors que rien ne permet de penser que ce revenu serait représentatif de celui que l'assuré pourrait obtenir sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480). Pour que le revenu d'invalide corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée.

Il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent de mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (M. VALTERIO, op. cit., n° 2114).

L'utilisation adéquate de la capacité de travail résiduelle dépend avant tout de la formation professionnelle et des aptitudes physiques et mentales de l'assuré. Il faut aussi tenir compte de son âge qui peut être un obstacle à la reprise d'une activité, de son état de santé qui peut lui interdire l'exercice de son ancienne profession ou du fait qu'il n'a plus les facultés d'adaptation pour entreprendre une nouvelle activité professionnelle. Il incombe donc à l'administration d'indiquer les possibilités de travail compte tenu des indications médicales et de ses aptitudes. Pour ce faire, elle ne doit pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (M. VALTERIO, op. cit., n° 2110).

Pour évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, il est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à l'engager, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles au regard de ses affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle du poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. En d'autres termes, l'âge avancé d'une personne ne constitue pas un facteur étranger à l'invalidité : ajouté à d'autres facteurs personnels et professionnels, cet âge peut conduire à ce qu'elle ne puisse plus faire valoir sa capacité de travail sur un marché du travail équilibré, ceci également au regard du devoir de réadaptation par soi-même (M. VALTERIO, op. cit., n° 2116).

Le couplage entre âge avancé et possibilité d'exercer un emploi sur le marché du travail équilibré doit être déterminé dans chaque cas d'espèce. Pour l'instant, le

---

Tribunal fédéral n'a pas fixé de limite d'âge faisant figure de couperet et à partir duquel l'assuré ne serait plus apte à exercer une activité sur le marché de l'emploi avant qu'il atteigne l'âge de la retraite. Selon les circonstances, un assuré âgé de 60 ou 61 ans pourra être réputé apte ou non à exercer une telle activité, un âge de 64 ans apparaissant en revanche plus problématique. S'il est plus jeune, par exemple lorsqu'il est âgé de 58 ans, le facteur âge n'aura qu'une importance secondaire surtout lorsqu'une activité adaptée lui a été reconnue. En outre, à l'âge de 50 ans, un assuré n'a de loin pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (M. VALTERIO, op. cit., n° 2117).

c. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007).

d. Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que 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.

10. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également

---

attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. 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).

12. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).
13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

---

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. À propos du principe d'uniformité de la notion d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances avait précisé sa jurisprudence, en considérant que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d p. 293, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_813/2012 du 18 mars 2013).

En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

15. En l'occurrence, l'intimée estime qu'une activité non manuelle est exigible du recourant à 100 %. Elle cite à cet égard un emploi de téléphoniste, d'huissier, de réceptionniste et d'employé dans une société de location de véhicules. Elle s'écarte ainsi de l'appréciation de l'OAI, lequel a conclu à l'absence d'activité exigible de la part du recourant.

L'intimée relève, dans sa décision du 26 avril 2014, que l'OAI a renoncé à toute mesure de réadaptation professionnelle compte tenu de l'âge du recourant, de sa faible intégration linguistique et de son manque d'intérêt. Or, la chambre de céans constate que cet avis est clairement contredit par celui du 6 février 2014 du conseiller en réadaptation de l'OAI, lequel estime, au vu de l'évaluation du SMR

du 14 novembre 2014, qu'il n'existe aucune activité sans utilisation des deux mains pour un assuré de 56 ans, ayant exclusivement exercé des professions manuelles dans son parcours professionnel et que la limitation fonctionnelle « activité sans utilisation des mains » n'est pas compatible avec une activité du circuit économique normal. En effet, le conseiller en réadaptation a relevé que n'importe quelle activité salariée ou indépendante exigible et existante sur le marché primaire de l'emploi nécessite l'utilisation ponctuelle d'au moins une seule main ; même les activités de pure surveillance, pour autant qu'elles existent dans ce cas précis, nécessitent l'emploi occasionnel d'une main au moins (ouvrir une porte, enclencher un appareil, utiliser ponctuellement un ordinateur) ; il en conclut que la capacité résiduelle de travail ne peut se transformer en capacité de gain au vu de l'importance des limitations fonctionnelles.

Ainsi, la chambre de céans constate que c'est bien la gravité des limitations fonctionnelles et non pas des facteurs non médicaux qui a justifié l'avis de la réadaptation professionnelle de l'OAI pour conclure à l'absence d'activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant dans le circuit économique normal.

Par ailleurs, le recourant, qui était âgé de 56 ans au 1<sup>er</sup> juin 2014, date de son droit à une rente d'invalidité LAA, n'avait pas atteint un âge avancé au sens où l'entend la jurisprudence du Tribunal fédéral. Il n'apparaît pas non plus que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative en raison de son âge (consid. 8 supra), ni encore que l'OAI aurait considéré – si le recourant était âgé de 42 ans (âge moyen fixé selon la jurisprudence cf. consid. 8 supra) – qu'une activité serait exigible. A cet égard, le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé le 21 janvier 2016, qu'il s'était bien référé à un assuré âgé d'environ 40 ans pour procéder à son évaluation et conclut à l'inexigibilité de toute activité manuelle, même légère.

En réalité, l'intimée, en retenant les activités précitées, qu'elle juge adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant, estime que celui-ci peut encore d'un point de vue médical utiliser ses deux mains. Cependant, les avis médicaux au dossier convergent pour conclure que toute activité manuelle, même légère, n'est pas exigible (avis du SMR du 14 novembre 2013 et expertise du Dr H\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2015, complétée le 21 janvier 2016).

Même si le Dr H\_\_\_\_\_, dans un avis complémentaire du 21 janvier 2016, a précisé qu'une capacité de travail complète était possible dans une activité non manuelle, il a précisé que cette capacité de travail n'était possible qu'après un recyclage professionnel. Or, la détermination de cette activité incombe, dans le cadre de la procédure AI, au service spécialisé de la réadaptation professionnelle, lequel a considéré qu'aucune activité n'était exigible du recourant. A cet égard, l'intimée ne conteste pas l'avis du spécialiste de l'OAI en réadaptation selon lequel même des activités de pure surveillance nécessitent l'emploi occasionnel d'une main au moins. Cet avis rejoint par ailleurs celui des EPI, lesquels, dans un rapport du 14

janvier 2013, avaient conclu à l'incapacité du recourant à retourner dans le circuit économique ordinaire pour des raisons liées à son atteinte à la santé.

16. Au vu de ce qui précède, les activités de téléphoniste, huissier, réceptionniste et employé dans une société de location de véhicules, retenues par l'intimée, ne peuvent être considérées comme des activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant.

Partant, l'incapacité de travail du recourant est totale et celui-ci a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014.

17. Le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2014.
18. Vu l'issue du litige une indemnité de CHF 3'000.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimée.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

2. L'admet ;
3. Annule la décision de l'intimée du 16 août 2016 ;
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2014 ;
5. Alloue une indemnité de CHF 3'000.- au recourant, à charge de l'intimée ;
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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