RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3413/2022 **ATAS/583/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 août 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Michael ANDERS, avocat

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en juillet 1972, était facteur à plein temps auprès de B_____ (ci-après : B_____ ou l'employeur) depuis le 1er avril 2004 et, à ce titre, assuré contre le risque d'accident auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assureur, la SUVA ou l'intimée). Son contrat a pris fin, suite à son licenciement avec effet au 31 décembre 2016.

b. Selon une déclaration de sinistre datée du 11 février 2015 et complétée par l'employeur, l'assuré avait été victime d'un accident, le 13 décembre 2014, pendant sa tournée. Alors qu'il venait de glisser un annuaire téléphonique dans une boîte aux lettres, située sur un accès en pente, il avait perdu l'équilibre en repartant, ce qui avait entraîné sa chute de son scooter avec réception sur la main droite, suivie d'une fracture de cette dernière (fracture du scaphoïde du poignet droit).

c. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident du 13 décembre 2014 en octroyant à l'assuré les prestations légales (prestations pour soins et indemnités journalières).

d. Dans une « lettre de sortie » du 27 février 2015, le département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a relaté le séjour hospitalier que l'assuré avait effectué du 24 au 25 février 2014 à l'unité de chirurgie de la main. Après le traumatisme subi en décembre 2014, un bilan radiologique avait mis en évidence une pseudarthrose du scaphoïde à droite. Ce diagnostic avait été confirmé par scanner. L'intervention pratiquée le 24 février 2014 avait consisté en une cure de pseudarthrose du scaphoïde droit et une styloïdectomie radiale.

e. Le 15 septembre 2015, la docteure C_____, cheffe de clinique auprès du département de chirurgie des HUG, a écrit à l'assureur pour l'informer qu'elle avait revu l'assuré le 9 septembre 2015. À maintenant deux mois de l'ablation du matériel au niveau du scaphoïde droit, l'évolution était tout à fait favorable avec une amélioration des mobilités. Elle avait prévu de revoir l'assuré d'ici un mois, pour évaluer sa reprise de travail. En l'état, elle avait fixé cette reprise au 5 octobre 2015 à 50%.

f. Le 6 septembre 2016, l'assuré a subi une nouvelle opération aux HUG, ayant pour objet la pose d'une prothèse « RCPI » (*Resurfacing Capitate Pyrocarbon Implant*). Cette intervention faisait suite à une persistance de pseudarthrose, à laquelle s'était ajoutée une arthrose pancarpienne avec désaxation du poignet correspondant à un *SNAC Wrist IV*.

g. En réponse à un questionnaire daté du 16 août 2017 de l'assureur, la docteure D_____, cheffe de clinique auprès de l'unité de chirurgie de la main des HUG, a

fait état d'une évolution satisfaisante. À moyen et long terme, la capacité de travail était nulle pour le travail manuel mais entière dans une activité administrative. Une reprise de l'ancienne activité de facteur n'était pas envisageable. Le cas serait stabilisé au cours des six prochains mois.

h. Dans un rapport du 8 novembre 2017, faisant suite à l'examen final de l'assuré auquel il avait procédé le 31 octobre 2017, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de l'assureur, a posé les diagnostics de *SNAC Wrist* de stade IV au poignet droit, prothèse RCPI (6 septembre 2016) et status post fracture du scaphoïde droit avec cure de pseudarthrose par greffe de Zaidenberg en 2015.

Sur le plan clinique, la récupération était satisfaisante avec cependant une raideur résiduelle de l'ordre de 50% en flexion-extension du poignet droit, une diminution de la force à droite de 1/3 par rapport au côté opposé non dominant. L'état était stabilisé. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges lourdes, « les manœuvres répétées avec la main [droite] pour des charges même légères, concernant le membre supérieur droit ». Les activités fines nécessitant de la force étaient également à éviter. L'exigibilité était donnée pour toute activité tenant compte de ces limitations fonctionnelles.

i. Le 8 novembre 2017 également, le Dr E_____ a évalué à 10% l'atteinte à l'intégrité en application de la table n° 5.2 de la SUVA (arthrose radio-carpienne avec endoprothèse et bon résultat).

j. Par courrier du 5 janvier 2018 à l'assuré, l'assureur a indiqué qu'il ressortait de l'examen final effectué par le Dr E_____ qu'un traitement n'était plus nécessaire. En conséquence, le droit au paiement des soins et de l'indemnité journalière prendrait fin avec effet au 31 mars 2018, une exception étant toutefois consentie pour la poursuite de la physiothérapie pendant trois mois dans le but d'augmenter le potentiel de force.

k. Le 10 décembre 2018, à l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'assureur, l'assuré a indiqué qu'il avait suivi un stage en horlogerie de quatre mois aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) au titre des mesures d'ordre professionnel mises en place par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Étant donné que les responsables du stage aux EPI lui avaient fait part de leur satisfaction, deux possibilités s'offraient à lui : soit une formation AFP qui durerait « entre six et douze mois » (*recte* : deux ans), soit un CFC sur trois ans avec deux jours d'école et trois jours aux EPI.

l. Par communication du 21 juin 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'une formation d'opérateur en horlogerie AFP du 1er juillet 2019 au 29 août 2021, période pendant laquelle des indemnités journalières lui seraient versées.

m. Par appel téléphonique du 14 septembre 2021, l'assuré a informé l'assureur qu'il avait terminé sa formation en horlogerie. Son dossier auprès de l'OAI était désormais clos et il avait perçu des indemnités journalières jusqu'au 27 août

2021. Comme il n'avait pas trouvé d'emploi à ce jour, il s'était inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), de manière à pouvoir bénéficier des indemnités journalières de l'assurance-chômage.

n. Par avis du 8 décembre 2021, le Dr E_____ a indiqué, sur question, que l'assuré était limité dans le port de charges avec le membre supérieur droit (pas de port répété de charges de plus de 5 kg, pas de port occasionnel de charges de plus de 10 kg). Ces deux limites étaient également valables en cas de port de charges répété / occasionnel des deux membres.

B. **a.** Par décision du 18 janvier 2022, l'assureur a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré et fixé son indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 10% (soit : CHF 12'600.-).

Le refus de rente était motivé comme suit : grâce aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité dont il avait bénéficié jusqu'en août 2021, l'assuré était en mesure de mettre à profit ses nouvelles connaissances professionnelles et de réaliser un salaire annuel de CHF 75'503.-. Comparé au gain de CHF 77'499.- réalisable sans l'accident en 2021, il en résultait une perte de gain de 3% qui était insuffisante pour donner droit à une rente.

b. Le 14 février 2022, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé opposition à cette décision en contestant le revenu d'invalide, singulièrement l'absence de prise en compte d'un abattement – au titre des limitations fonctionnelles – et d'une diminution de rendement. Par ailleurs, le taux d'IPAI était sous-évalué.

c. Par projet de décision du 7 mars 2022, l'OAI a proposé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1er décembre 2016 au 1er février 2018. Après une période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois, soit dès le 31 janvier 2017, le degré d'invalidité était de 24%. Ce taux était trop faible pour permettre le maintien du droit à une rente, même partielle. Enfin, il ressortait d'une nouvelle comparaison des revenus effectuée à l'issue des mesures de réadaptation que la différence entre le revenu sans invalidité actualisé à 2021 (CHF 75'993.-) et le revenu avec invalidité (CHF 74'971.-) ne révélait qu'une perte de gain de CHF 1'022.-, correspondant à un degré d'invalidité de 1%.

d. Le 5 avril 2022, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 7 mars 2022.

e. Dans le délai d'opposition prolongé par l'assureur, l'assuré a produit, le 14 juin 2022, un rapport d'expertise privée du 23 mai 2022, réalisé par le docteur F_____, spécialiste en chirurgie de la main, réalisé à la demande du conseil de l'assuré. La situation était stabilisée sur le plan clinique et radiologique. Les plaintes de l'assuré se résumaient à de discrets troubles neurovégétatifs de la main droite, inconstants, sous forme d'une transpiration excessive, d'une sensation de froid, d'un manque d'endurance et d'une crainte d'un rendement diminué dans son futur travail d'opérateur horloger, dans lequel il avait d'ailleurs été réadapté avec succès. Ces éléments subjectifs n'étaient que partiellement objectivables, tant

lors du bilan ergothérapeutique, réalisé par Mme G_____, ergothérapeute diplômée, le 19 mai 2022, que lors de l'examen effectué le 23 mai 2022 par l'expert privé lui-même. En particulier, la sensibilité tactile était bien préservée et les troubles neurovégétatifs évoqués par l'assuré n'avaient pas été constatés lors de ces deux entrevues. Il n'en demeurait pas moins qu'ils pouvaient survenir. Il s'agissait en effet de situations observables dans des états post-traumatiques et après des opérations répétées. Le seul point discutable concernait l'évaluation de l'IPAI à 10% pour une « endoprothèse de l'articulation radio-carpienne avec un bon résultat ». En effet, il y avait bien une endoprothèse mais il s'agissait également d'une résection de la première rangée des os du carpe avec prothèse partielle du pôle proximal du capitatum. Pour ce type d'intervention, la table 5 de la SUVA indiquait un taux d'atteinte de 10 à 15%. Compte tenu de la situation actuelle, des résultats de l'examen et des plaintes de l'assuré, un taux d'atteinte à l'intégrité fonctionnelle globale pouvait être établi à 15%. « La baisse de rendement [était] inclu[s]e dans cette atteinte à l'intégrité, résultant d'une arthrose et de troubles fonctionnels consécutifs ».

f. Par appréciation du 21 juin 2022, le Dr E_____ a indiqué que l'argument de l'expert privé, lié à la résection de la première rangée des os du carpe, portant l'atteinte à 15%, lui semblait pertinent et tenait compte de l'évolution vers une arthrose intra-carpienne à moyen terme.

g. Par décision du 14 septembre 2022, l'assureur a admis partiellement l'opposition, majoré l'IPAI à 15% et octroyé une rente d'invalidité de 16% en se fondant sur les statistiques plus récentes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; année 2020), qu'il a corrigées à la baisse par l'octroi d'un abattement de 5% sur le revenu avec invalidité.

C. **a.** Le 17 octobre 2022, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 21%.

À l'appui de sa position, il a soutenu que ses troubles neurovégétatifs (sensation de main froide associée à un excès de transpiration de la main droite) n'étaient pas suffisamment pris en compte par l'abattement de 5% consenti par l'intimée. En effet, dans « l'atteinte globale » de 15%, incluant la diminution de rendement admise par le Dr F_____, il convenait à tout le moins d'admettre un abattement de 10%, ce qui conduisait, en reprenant les bases de calcul de l'intimée, à un degré d'invalidité de 20.5%, arrondi à 21% (au lieu de 15.6%, arrondi à 16%).

b. Par réponse du 10 novembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours en soutenant que l'abattement de 5% accordé tenait parfaitement compte de la situation du recourant.

c. Par pli du 6 décembre 2022, le recourant a demandé à la chambre de céans d'inviter le Dr F_____ à apporter des précisions au sujet de l'IPAI de 15% qui incluait, aux dires de l'expert privé, une baisse de rendement.

d. En réponse à cette dernière écriture, l'intimée a soutenu en substance qu'une telle mesure d'instruction n'avait pas lieu d'être puisque la lecture du rapport du Dr F_____ montrait que le taux de 15% faisait référence à l'IPAI et non à une prétendue baisse de rendement dans une activité adaptée.

e. Le 20 décembre 2022, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier au recourant.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront exposés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA – RS 832.20).

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

2.

2.1 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.

2.2 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

2.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

2.4 Après réception de la décision sur opposition le 16 septembre 2022, le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 17 octobre 2022, le dernier jour du délai tombant un dimanche (16 octobre 2022). Posté le 17 octobre 2022, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (*cf.* aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. Le montant de l'IPAI accordée n'étant plus contesté au stade du recours, le litige porte exclusivement sur le degré d'invalidité à la base de la rente d'invalidité allouée, singulièrement l'abattement à opérer sur le revenu d'invalide.

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (*cf.* al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5.

5.1 Aux termes de 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).

5.2 . Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 aLAA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

5.3 Il découle de l'art. 19 al. 1 LAA que 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. Cette disposition délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

6.

6.1 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).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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. À 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).

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

6.3.1 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).

6.3.2 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

6.3.3 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

7.

7.1 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).

7.2 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 (Cst. - RS 101 ; 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).

8.

8.1 En l'espèce, pour apprécier la capacité de travail du recourant, la décision (initiale) du 18 janvier 2022 se fonde sur les conclusions du Dr E_____, prises à l'issue de l'examen du 31 octobre 2017 et complétées le 8 décembre 2021, aux termes desquelles la fracture du scaphoïde droit causée par l'accident du 13 décembre 2014 – et traitée successivement par cure de pseudarthrose en 2015 et la pose d'une prothèse en 2016 – ne permet plus au recourant d'exercer son activité habituelle de postier, mais ne l'empêche pas d'exercer une activité à plein temps du moment que celle-ci exclut, outre le port de charges lourdes (pas de port répété de charges de plus de 5 kg, pas de port occasionnel de charges de plus de 10 kg), les manœuvres répétées de la main droite pour des charges même légères, de même que les activités fines nécessitant de la force.

À la suite de l'opposition à cette décision, le conseil du recourant a confié au Dr F_____ la réalisation d'une expertise privée, l'objectif étant « d'établir les limitations fonctionnelles permanentes pouvant affecter le rendement [du recourant], toutes activités confondues, dans le cadre d'une contestation de la décision de [l'intimée] du 1er novembre 2017 (*recte* : 18 janvier 2022) » (*cf.* rapport d'expertise privée, p. 1).

Au terme de son analyse, l'expert privé – qui avait à disposition le projet de décision de l'OAI du 7 mars 2022, le rapport d'examen final du Dr E_____ du 8 novembre 2017 et le bilan ergothérapeutique de Mme G_____ – considère qu'il n'existe qu'un « seul point discutable » (*cf.* rapport d'expertise privée, p. 4) dans l'appréciation du Dr E_____, à savoir l'évaluation du taux d'IPAI à 10%. Pour le reste, il relève que les plaintes du recourant – qui concernent de discrets troubles neurovégétatifs de la main droite (transpiration excessive, sensation de froid), un manque d'endurance et une simple crainte d'un rendement diminué dans le futur travail d'opérateur horloger – ne sont que partiellement objectivables, étant donné que la sensibilité tactile est bien préservée et que les troubles neurovégétatifs évoqués n'ont pu être observés ni par Mme G_____ ni par l'expert privé lui-même, même si leur survenance est qualifiée de possible. Aussi l'expert privé conclut-il, dans le cadre de son appréciation de l'IPAI, qu'il évalue à 15%, que « la baisse de rendement est inclu[s]e dans cette atteinte à l'intégrité, résultant d'une arthrose et de troubles fonctionnels consécutifs ». Pour ce qui a trait à ces troubles, il ressort de l'examen clinique du Dr F_____ qu'ils concernent la mobilité du poignet droit (limitée en flexion et extension mais fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne) et la force de serrage de la main droite qui, bien que quasi équivalente à celle de la main gauche, révèle une endurance un peu diminuée.

8.2 Le recourant soutient, en substance, qu'il présente une diminution de rendement, et qu'en vue de dissiper le doute entourant la « baisse de rendement […] inclu[s]e dans cette atteinte à l'intégrité » qui est attestée par l'expert privé F_____, il serait nécessaire d'interpeller ce dernier.

La chambre de céans ne partage pas cet avis. Il ne ressort en effet pas du rapport d'expertise privée versé au dossier que le Dr F_____ serait en désaccord avec le Dr E_____ sur un point autre que l'appréciation de l'IPAI – qui n'est plus litigieuse. Pour le reste, il est vrai que même si l'évocation d'une baisse de rendement qui serait « inclu[s]e » dans l'IPAI prête à confusion, il n'en reste pas moins que la mission d'expertise privée, qui est énoncée d'entrée de cause par l'expert privé, consiste à « établir les limitations fonctionnelles permanentes pouvant affecter le rendement ». À cet égard, le Dr F_____ indique tout d'abord que les plaintes du recourant – qui concernent notamment la crainte d'un rendement diminué dans son futur travail d'opérateur horloger – ne sont que partiellement objectivables, avant de conclure que la baisse de rendement est cantonnée à la question de l'IPAI (et ne concerne donc pas la capacité de travail). Sachant par ailleurs que le Dr F_____ s'inscrit en faux contre la première évaluation de l'IPAI par le Dr E_____ (10% pour une « arthrose radio-carpienne avec endoprothèse et bon résultat » ; *cf.* appréciation du 8 novembre 2017 du Dr E_____) et qu'il souligne qu'il existe en effet des troubles fonctionnels consécutifs à l'arthrose, les réponses de l'expert privé à la question énoncée dans la mission d'expertise privée (existe-t-il une diminution de rendement due aux limitations fonctionnelles ?) indiquent clairement que « la baisse de rendement » n'a pas de portée distincte des troubles fonctionnels qu'il relate. Au demeurant, ces troubles ont également été constatés par le Dr E_____. Dans le rapport consécutif à son examen final du 31 octobre 2017, ce médecin relate en effet également une limitation de l'ordre de 50% de la mobilité du poignet droit en flexion-extension, de même qu'une force de préhension de la main moins prononcée du côté droit que du côté gauche (*cf.* rapport du 8 novembre 2017, p. 4).

Il résulte des éléments qui précèdent que le Dr F_____ ne contredit pas le Dr E_____ pour ce qui a trait à l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En conséquence, la chambre de céans se dispensera, par appréciation anticipée des preuves (*cf.* ci-dessus : consid. 7.2), d'interroger cet expert privé et s'en tiendra à l'appréciation de la capacité de travail résultant du rapport du 8 novembre 2017 du Dr E_____, à savoir que le recourant présente une totale incapacité de travail dans son activité antérieure de postier, mais qu'il lui est possible d'exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une profession adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans ce même rapport et celui du 8 décembre 2021, ce qui est le cas de l'activité d'opérateur en horlogerie dans laquelle le recourant a été réadapté avec succès.

9. Il reste à examiner le degré d'invalidité.

9.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

9.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

9.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V 322 consid. 4.1).

9.4 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; ATF 143 V 295 consid. 2.2).

9.4.1 Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, tirage « *skill_level* », à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_*skill_level* et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières (*cf.* par ex. les arrêts du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 et 8C_553/2016 du 1er mai 2017) ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans

un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence).

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 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3. et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf*. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

9.4.2 Une fois le recourant réadapté en tant qu'opérateur en horlogerie en 2021 (mais toujours sans emploi en 2022), l'intimée a fixé son degré d'invalidité à 16% sur la base du raisonnement et des calculs suivants : en tenant compte du profil d'exigibilité défini par le Dr E_____, elle s'est référée, dans la décision (initiale) du 18 janvier 2022, à l'ESS 2018 et au salaire versé à un homme pour une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) dans la branche économique de la ligne 26 (fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques ; horlogerie), ce qui correspondait à un salaire mensuel de CHF 6'113.-. Après adaptation à la durée de travail hebdomadaire usuelle dans la branche (40.6 heures), le revenu avec invalidité se montait à CHF 6'204.70 (ou CHF 74'456.34 par année). L'indexation de ce revenu à 2021 révélait un revenu brut avec invalidité de CHF 75'503.-. Depuis la décision du 18 janvier 2022, l'Office fédéral de la statistique avait publié les chiffres de l'ESS 2020. Il en ressortait, par rapport à l'ESS 2018, que le salaire statistique versé à un homme dans la branche de l'horlogerie était passé de CHF 6'113.- à CHF 5'724.-. Après adaptation à la durée de travail usuelle dans la branche économique de la ligne 26 (fabrication de produits électroniques ; horlogerie) en 2021 (40.5 heures), le revenu avec invalidité se montait à CHF 5'795.55 (ou CHF 69'546.60 par année). Quant à l'indice des salaires nominaux en 2021, il était de -1%, réduisant ainsi le revenu statistique annuel à CHF 68'851.13. Après prise en compte d'un abattement de 5%, le revenu d'invalide s'élevait à CHF 65'408.58, arrondi à

CHF 65’409.-. En comparant ce montant au revenu sans invalidité (non contesté) de CHF 77’499.-, la perte de gain se montait à CHF 12’090.- et le taux d’invalidité à 16% (soit 15.60%, arrondi à 16%).

9.4.3 Sans contester ces bases de calcul, le recourant soutient que l’abattement accordé sur son revenu d’invalide ne devrait pas être de 5%, mais de 10%, compte tenu de la diminution de rendement évoquée par le Dr F_____.

Ce raisonnement ne saurait être suivi. Il ressort en effet de l’analyse effectuée ci-dessus (consid. 8.2) que la diminution de rendement évoquée par cet expert n’a pas de portée propre par rapport aux troubles fonctionnels relatés, et dont l’intimée a précisément tenu compte par le biais d’un abattement de 5%. Celui-ci n’apparaît pas critiquable dans la mesure où les limitations fonctionnelles en cause ne restreignent pas de manière significative les activités légères, en tout cas pas au point de justifier un abattement supérieur à celui retenu. Pour le surplus, c’est à juste titre que d’autres facteurs d’abattement ne sont pas invoqués par le recourant, ceux-ci n’entrant pas en considération. Partant, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique en tant qu’elle accorde un abattement de 5% sur le revenu d’invalide.

S’agissant des autres aspects du calcul, ils n’apparaissent pas contestables non plus à une exception près (*cf.* dossier intimée, doc. 253, p. 20) : s’il est exact qu’en 2021, l’indice des salaires nominaux a marqué un recul par rapport à 2020, celui-ci n’était pas de -1% mais de -0.8% dans la branche C-10-33 (industries manufacturières) selon le tableau T1.20 (indice des salaires nominaux, 2020-2021) publié le 1er juin 2022 (et qui était donc disponible au moment de la décision litigieuse). En revanche, et toujours selon le tableau T1.20 précité, dans la branche CI-CJ 26-27 (fabrication de produits informatiques et électroniques, d’équipements électriques, optique, horlogerie), qui est plus spécifique au revenu avec invalidité sélectionné (ligne 26), le recul de l’indice des salaires nominaux était même de -1.1% par rapport à 2020. La question de savoir s’il y a lieu d’appliquer ce dernier pourcentage plutôt que celui appliqué par l’intimée (-1%) souffre néanmoins de rester indécise dans la mesure où le degré d’invalidité ne s’en trouverait pas modifié.

10. Il s’ensuit que le recours doit être rejeté.

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

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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