

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/542/2017

ATAS/848/2017

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

**Arrêt du 3 octobre 2017**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié c/o M. B \_\_\_\_\_, à GENÈVE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel  
MEYER

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

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

---



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1965 au Portugal, est arrivé en 2007 en Suisse, où il a travaillé dans le bâtiment. Au bénéfice d'un permis B depuis 2013, l'assuré a travaillé dès le 30 novembre 2011 pour la société C\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) en qualité d'ouvrier de la construction. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après l'assureur), pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 15 décembre 2011, l'assuré, qui se trouvait sur son lieu de travail, a glissé et est tombé dans la trémie de l'escalier, soit du 1<sup>er</sup> étage au rez-de-chaussée.
3. Hospitalisé du 15 décembre 2011 au 5 janvier 2012, l'assuré a subi plusieurs interventions au coude gauche.
4. Le cas a été pris en charge par l'assureur.
5. Par rapport du 10 janvier 2012, les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), ont diagnostiqué une fracture-luxation du coude gauche stade II selon Bado, avec une ouverture cutanée Gustillo I (fracture du col radial, fracture comminutive de l'ulna proximal), une instabilité postéro-externe du coude gauche sur rupture du ligament huméro-ulnaire externe et une fracture de la coronoïde type II selon Morrey. L'assuré, droitier, avait fait une chute de 4 m sur son lieu de travail. Il se plaignait par la suite de douleurs du bras gauche et costales droites, de cervicalgies et de gonalgies bilatérales. Il n'y avait pas eu de traumatisme crânien, ni de perte de connaissance. Le CT cérébral du 15 décembre 2011 n'avait pas mis en évidence d'hémorragie intracrânienne, ni de fracture. L'incapacité de travail était totale.
6. Par demande signée le 15 juin 2012, l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
7. Du 20 août au 2 novembre 2012, l'assuré a bénéficié de cours de français et de bureautique.
8. Par rapport du 19 juin 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale effectuée la veille, avait mis en évidence une barre disco-ostéophytique médiale non compressive sur l'étage C5-C6.
9. Le 26 juin 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de l'assureur, a indiqué que le rapport précité ne révélait aucune lésion imputable à l'accident.
10. Par courrier du même jour, l'assureur en a informé l'assuré.
11. En raison de la persistance de douleurs associées à des réveils nocturnes, à une limitation de la mobilité du coude et à l'impossibilité de ports de charges, une

---

ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthrolyse au coude gauche ont été effectuées le 19 novembre 2013 (rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2013).

12. Du 22 juillet au 20 août 2014, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique romande de réhabilitation (ci-après CRR). Par rapport du 29 septembre 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a diagnostiqué notamment une bursite de l'épaule gauche, une neuropathie sévère du nerf cubital gauche comprimé au coude, une souffrance axonale sensitive du nerf médian gauche au poignet, des séquelles de neuropathie d'étirement du nerf radial gauche, une légère souffrance axonale sensitive du nerf médian gauche au poignet et des séquelles de neuropathie d'étirement du nerf radial gauche. Il n'y avait pas de trouble psychique. Les limitations fonctionnelles étaient les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, le port de charges lourdes, les mouvements nécessitant une prono-supination et le port de charges en porte-à-faux.

Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré avaient été mis en évidence, à savoir un assuré centré sur la douleur et une longue incapacité de travail. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme élevée et aucune incohérence n'avait été relevée.

L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de maçon. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable : le patient était centré sur la douleur, il ne s'imaginait pas effectuer une autre profession et il avait peu d'expériences professionnelles hors du domaine de la construction.

13. Par rapport du 3 octobre 2014, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré, après son séjour à la CRR, était principalement gêné par un blocage en prono-supination et par une instabilité. Il décrivait également une faiblesse généralisée du membre supérieur gauche. Radiologiquement, il y avait une synostose radio-cubitale proximale et une importante arthrose huméro-cubitale avec congruence articulaire partielle uniquement. Le poignet présentait une mobilité correcte. L'assuré, après presque trois ans d'une lésion complexe du coude gauche, était actuellement principalement gêné par une absence complète de prono-supination causée par une synostose radio-cubitale proximale. L'instabilité du coude était aussi gênante et pourrait être aggravée en supination. Le médecin proposait une résection de synostose, avec une reconstruction de l'appareil ligamentaire médial.
14. Le 10 février 2015, l'assuré a subi une neurolyse du nerf ulnaire, une transposition antérieure semi-profonde au coude gauche et une neurolyse du nerf médian au poignet gauche (rapport du 16 février 2015 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique).
15. Par rapport du 9 décembre 2015, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que la libération du nerf ulnaire avait eu un bon effet sur les douleurs qui étaient peu importantes

actuellement. L'assuré ne prenait pas de manière quotidienne des médicaments. Il gardait par contre la même plainte s'agissant de la prono-supination; il avait l'impression d'un mieux en termes de stabilité. Au status, le médecin a constaté l'absence de déficit sensitif significatif. S'agissant des amplitudes articulaires, il y avait une amélioration avec une relativement bonne flexion/extension, mais une absence complète de prono-supination. Le coude restait grossièrement instable, principalement du côté médial. La mobilité du poignet était correcte. Radiologiquement, on retrouvait une synostose radio-cubitale proximale avec status post-résection de tête radiale et une fracture du cubitus proximal consolidée. Il y avait une importante arthrose huméro-cubitale avec congruence articulaire partielle uniquement. En conclusion, l'assuré était à plus de trois ans d'une lésion complexe du coude gauche. Il était actuellement principalement gêné par une absence complète de prono-supination causée par une synostose radio-cubitale proximale. L'instabilité du coude était en amélioration et les douleurs étaient bien gérées. Il n'y avait pas de solution thérapeutique dont on pouvait garantir les résultats actuellement. Il fallait envisager une éventuelle réorientation professionnelle. Si les douleurs restaient trop importantes, une prothèse totale du coude était envisageable.

16. Le 6 janvier 2016, l'assuré a été examiné par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui a diagnostiqué, par rapport du 7 janvier 2016, une fracture-luxation complexe du coude gauche, avec ouverture cutanée, une synostose radio-cubitale supérieure, une ostéosynthèse, l'évolution vers une algodystrophie et une compression du nerf cubital gauche ayant bien évolué après le traitement chirurgical.

L'assuré se plaignait d'un fond douloureux permanent avec des périodes plus difficiles lors des changements de température. Il était alors dans l'incapacité de mobiliser son coude. Il avait aussi des douleurs de type électrique au niveau de la face postérieure de l'avant-bras, mais une bonne amélioration des paresthésies dans le territoire du nerf cubital.

Suite à un examen clinique, le Dr K\_\_\_\_\_ a relevé notamment qu'après plusieurs interventions de retente ligamentaire, puis de libération du nerf cubital au coude, l'évolution avait été relativement satisfaisante. Suite à un avis spécialisé, l'absence d'une nouvelle intervention, notamment pour l'ablation d'une synostose radio-cubitale proximale gênant la mobilité en prono-supination, avait été retenue. Devant cette dégradation arthrosique progressive, il n'y avait pas de nouvelle intervention envisagée pour le moment. La seule solution pourrait être, dans le futur, une prothèse du coude.

L'ancienne activité d'ouvrier dans la construction n'était plus exigible. Dans une activité réalisée indifféremment en position debout ou assise, avec un port de charge limité à 20 kg du côté droit, de façon occasionnelle et de façon à ne pas déstabiliser ou compenser avec le côté gauche, avec un port de charge maximale et occasionnelle de 1 kg du côté gauche, la main gauche n'ayant qu'une fonction accessoire de stabilisation, sans devoir monter sur une échelle et sans devoir

s'agenouiller, l'activité était réalisable la journée entière, sans baisse de rendement. S'agissant du traitement, il convenait d'accepter deux consultations annuelles de suivi auprès du Dr I\_\_\_\_\_, un traitement antalgique banal ainsi que deux séries de séances de physiothérapie si nécessaire par année.

S'agissant de l'IPAI, le médecin a retenu que l'assuré avait présenté une fracture-luxation complexe du coude gauche (côté non dominant). L'évolution s'était faite vers la nécessité d'une résection de la tête radiale, sans interposition prothétique. Il existait une synostose radio-cubitale et une arthrose du coude. L'instabilité était en voie de guérison ainsi que le syndrome de compression du nerf cubital au coude après traitement chirurgical. Selon la table 5 pour atteinte résultant de l'arthrose, on se situait dans le cas d'une résection de la tête radiale avec arthrose débutante. Un taux de 12% allait ainsi être retenu.

17. Le 10 mars 2016, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré sans invalidité aurait été de CHF 71'155.87 en 2016.
18. Par rapport du 8 juin 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation était stable du point de vue fonctionnel, avec des douleurs supportables, constamment présentes et qui parfois nécessitaient la prise de médicaments, mais pas de manière quotidienne. Au status, il restait une perte de force dans les territoires du nerf ulnaire, mais le reste du status neurologique était sans particularité. L'assuré avait gagné un peu d'amplitude dans la flexion/extension. La prono-supination restait bloquée. Au niveau de l'épaule, il y avait une flexion active de 160°, mais une abduction limitée à 100°, une rotation externe à 10° avec passivement de bonnes amplitudes. Une prothèse totale de coude restait une option envisageable, mais celle-ci devrait être mise en place uniquement pour traiter les douleurs ne répondant pas bien au traitement conservateur, ce qui n'était pas le cas pour le moment.
19. Le 24 juin 2016, l'assureur a informé l'assuré qu'il mettait un terme au paiement des soins médicaux, hormis deux consultations annuelles de suivi par le Dr I\_\_\_\_\_, deux séries de neuf séances de physiothérapie par année et un traitement antalgique banal de type Tramal et Tragin en cas de phases très douloureuses. Les indemnités journalières allaient être allouées jusqu'au 30 octobre 2016. Les conditions d'une éventuelle indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016 étaient à l'examen.
20. Dans un document du 31 octobre 2016, l'assureur a recensé 33 postes compatibles, selon lui, avec les limitations fonctionnelles dont souffrait l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 42'265.-, CHF 70'551.-, et respectivement, CHF 54'420.-. Parmi eux, l'assureur a retenu 5 descriptions de postes de travail (ci-après DPT), soit ceux d'opérateur finissage forêts (n° 789126), pompiste (n° 11555), notificateur (n° 350284), huissier (n° 7237) et conducteur de palans (n° 5825). En 2016, le revenu moyen tiré des 5 activités précitées était de CHF 55'838.- par année.

21. Le 7 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge de frais d'orientation professionnelle du 3 janvier au 20 avril 2017.
22. Le 8 novembre 2016, l'assureur a effectué une comparaison des gains avec invalidité (CHF 55'838.-) et sans invalidité (CHF 71'155.-). Il en résultait un degré d'invalidité de 22%.
23. Par décision du 17 novembre 2016, l'assureur a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 22% considérant que l'assuré était à même d'exercer une activité plus légère dans différents secteurs économiques moyennant le respect des limitations fonctionnelles, à savoir ne pas grimper sur des échelles ou des échafaudages, le port de charges ne devait pas dépasser 20 kg pour la main droite et 1 kg pour la main gauche, étant précisé que l'assuré était droitier. Une activité d'employé de station-service notamment était exigible à plein temps et lui permettrait de gagner CHF 55'838.- annuellement. Comparé au gain sans invalidité de CHF 71'155.-, il en résultait une perte de 22%. Enfin, compte tenu de l'appréciation médicale du Dr K\_\_\_\_\_, l'IPAI était de 12%.
24. Le 15 décembre 2016, l'assuré s'est opposé à la décision, contestant le degré d'invalidité et le taux de l'IPAI. Il a indiqué qu'il allait faire l'objet de mesures d'orientation professionnelle du 3 janvier au 30 avril 2017 pour définir les domaines d'activités compatibles avec son état de santé et le degré de sa capacité de gain. Etant donné qu'il ne pouvait réaliser qu'une activité mono-manuelle droite, il n'était pas réaliste de retenir une capacité de travail entière, sans diminution de rendement. Il présentait une symptomatologie dépressive et avait développé récemment des douleurs cervicales accompagnées de céphalées incapacitantes l'obligeant à s'allonger. Enfin, l'IPAI de 12% était insuffisante.
25. Par décision du 13 janvier 2017, l'assureur a rejeté l'opposition. On ne pouvait retenir l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les éventuels troubles psychiques allégués par l'assuré et l'accident, qui pouvait, tout au plus, être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite inférieure de celle-ci. Les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis et celui des douleurs physiques ne pouvait, à lui seul, revêtir une intensité suffisante propre à faire admettre un lien de causalité adéquate. Par ailleurs, l'assuré, droitier, ne pouvait être considéré comme un mono-manuel et il convenait de se fonder sur l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_.

S'agissant du salaire avec invalidité, les 5 DPT retenus étaient médicalement adaptés au handicap et permettaient de fixer un revenu d'invalidé de CHF 55'838.-. Le fait que l'assuré soit exposé à des variations climatiques n'était pas pertinent. S'agissant de la DPT n° 5825, l'employé se trouvait au sol et tenait un boîtier de commande dans une main, il n'avait rien à porter, tout au plus à donner une impulsion à la charge suspendue pour l'aligner. Bien que les charges transportées soient lourdes, le travail de l'employé n'avait rien de lourd. Il n'y avait donc pas lieu de revenir sur le revenu d'invalidé de CHF 55'838.-. Le revenu sans invalidité

---

de CHF 71'155.- n'était pas contesté par l'assuré. Enfin, s'agissant de l'IPAI, l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ emportait la conviction.

26. Par acte du 14 février 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, à l'octroi d'une rente de 50% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016 et d'une IPAI de 40%, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire.

Le recourant a fait valoir que les troubles psychiques devaient être pris en considération pour déterminer son degré d'invalidité. En l'occurrence, ces troubles étaient en lien de causalité avec l'accident, lequel était de gravité moyenne et propre à entraîner un état dépressif, une importante fatigabilité, l'absence de ressources lui permettant de se réinsérer dans le cadre d'une activité adaptée, des troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil et un sentiment de dévalorisation. Il souffrait également de cervicalgies avec des épisodes de céphalées. L'intimée, à tort, n'avait pas pris en compte ces éléments. Or, ces atteintes étaient invalidantes et entraînaient une capacité de travail très partielle.

Par ailleurs, les activités retenues par l'intimée ne s'accordaient guère avec les limitations physiques du recourant au membre supérieur gauche et ne prenaient en compte aucune des atteintes résultant des troubles psychiques. Selon le recourant, l'accident avait été de gravité moyenne. Il avait été impressionnant puisqu'il était tombé d'une hauteur de 5 m et qu'il avait vécu les circonstances de l'accident de manière traumatisante. Le traitement avait été particulièrement lourd puisqu'il avait subi cinq interventions chirurgicales. Hormis la dernière opération, aucune n'avait apporté un bénéfice notable quant à la mobilité des articulations de l'épaule, du coude et de la main gauches. Les douleurs avaient été atténuées, mais elles demeuraient permanentes. Le fait qu'il ne prenne pas de médicaments quotidiennement et à haute dose ne permettait pas de les qualifier de peu importantes. En outre, suite à l'intervention du 16 décembre 2011, il avait dû être repris au bloc opératoire le 23 décembre 2011 ainsi que le 31 décembre 2011. La prise en charge chirurgicale avait eu pour effet de prolonger et d'intensifier la symptomatologie douloureuse et de prolonger l'instabilité de l'ensemble du membre supérieur gauche. Il restait, encore aujourd'hui, fortement limité dans sa mobilité. En outre, il souffrait de douleurs physiques persistantes au membre supérieur gauche, associées aux cervicalgies et aux céphalées, lesquelles avaient été occultées par l'intimée. Par conséquent, le lien de causalité adéquat était suffisamment vraisemblable.

Les activités d'employé dans une station-service, de notificateur à la Poste, de conducteur de palans n'étaient pas exigibles dans la mesure où elles impliquaient l'usage « partiellement nécessaire » des deux mains, le soulèvement occasionnel de charges et elles l'exposaient à des variations climatiques, notamment au froid et à l'humidité.



---

Enfin, dans le cadre des mesures professionnelles mises en œuvre par l'OAI, il avait été estimé qu'il n'était pas reclassable. Il se justifiait dès lors de le mettre au bénéfice d'une rente de 50% à tout le moins.

S'agissant de l'IPAI, l'intimée avait retenu un taux de 12% compte tenu du statut de résection de la tête radiale avec arthrose débutante. Or, ce taux était inférieur au taux plancher de la table 5 relative à l'indemnisation des atteintes résultant de l'arthrose. Par ailleurs, ce taux ne tenait pas compte du fait qu'il avait perdu l'usage de sa main gauche puisqu'il n'avait plus aucune force d'appréhension, qu'il était incapable de porter des charges de plus de 1 kg, qu'il était sujet à de fréquents lâchages et qu'il avait perdu la mobilité du coude et de l'épaule gauches. Il n'était d'ailleurs plus en mesure de conduire un véhicule à moteur. En outre, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr K\_\_\_\_\_, on ne se trouvait pas dans le cadre d'une arthrose débutante, mais bien dans un cas d'arthrose importante pour laquelle les médecins avaient préconisé la pose d'une prothèse totale de coude. De plus, le recourant reprochait à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les douleurs cervicales invalidantes objectivées par IRM. Enfin, elle avait occulté les troubles psychiques qui étaient en lien de causalité avec l'accident. Il était vraisemblable que l'atteinte subie était plus importante que ne l'estimait le médecin d'arrondissement de l'intimée. Il était donc arbitraire de fixer l'atteinte à 12%, et de surcroît seulement sur le plan orthopédique. Elle devait être fixée à 40%.

27. Par réponse du 13 avril 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours en tant qu'il portait sur le degré d'invalidité, et à son admission partielle s'agissant du taux de l'IPAI, lequel devait être fixé à 25%.

L'intimée a rappelé les raisons pour lesquelles les critères, permettant de retenir une causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, n'étaient pas remplis. La question de la causalité naturelle pouvait ainsi rester ouverte.

Le recourant ne contestait pas les limitations fonctionnelles consécutives à l'accident. Il contestait pouvoir s'acquitter des tâches ressortant des DPT n° 350284, n° 825 et n° 11555 dans la mesure où elles nécessitaient l'usage des deux mains. Selon l'intimée, la question de savoir si le salaire avec invalidité déterminé selon les DPT était valable pouvait rester indéfinie, car quoi qu'il en soit, la prise en compte des ESS 2014, TA1, niveau de compétence 1, avec un abattement de 15%, aboutirait à un degré d'invalidité inférieur à celui retenu.

Par ailleurs, le recourant ne pouvait être considéré comme un mono-manuel, car le membre accidenté conservait une fonction accessoire de stabilisation. En outre, les séquelles concernaient sa main gauche, non dominante.

S'agissant de l'IPAI, au vu du rapport le 13 avril 2017 établi par le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie auprès de l'intimée, et versé à la procédure, les séquelles consécutives à l'accident – soit une perte importante de pronosupination, une instabilité et de l'arthrose – entraînaient une atteinte de 25%, de sorte que la décision litigieuse devait être modifiée sur ce point.

---

Selon le rapport de ce spécialiste, l'accident n'avait provoqué aucune lésion structurelle au niveau du rachis cervical. Le scanner effectué le jour de l'accident n'avait montré aucune lésion traumatique au niveau cervical. Le rapport du 18 juin 2013 comme celui du 13 mars 2017 confirmaient qu'il n'existait aucune lésion pouvant être consécutive au traumatisme. L'accident ne pouvait donc pas être mis en rapport de causalité pour le moins probable avec les troubles neuropsychologiques et les cervicalgies que le recourant pouvait présenter. Par ailleurs, la situation était stabilisée, avec la maîtrise des douleurs par des médicaments à la demande. Cela dit, le recourant avait un manque de force du coude, de l'avant-bras et du poignet gauche, avec un coude qui présentait un flexum résiduel d'au minimum 14°, mais surtout un coude instable, principalement du côté médial, avec une importante limitation de la prono-supination. La neurolyse des nerfs ulnaires au coude gauche et médian au poignet avait permis une diminution sensible des douleurs et des paresthésies, mais n'avait rien changé quant à la fonctionnalité du coude. Selon le Dr L\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K\_\_\_\_\_ signifiaient que l'on ne pouvait exiger du recourant des mouvements sollicitant le membre supérieur gauche en dehors de l'utilisation occasionnelle de la main gauche comme stabilisateur d'une charge n'excédant pas 1 kg. Selon le Dr L\_\_\_\_\_, les limitations retenues paraissaient tout à fait adaptées aux séquelles. Elles englobaient largement celles retenues par les médecins de la CRR, étant entendu qu'elles comprenaient, par simple bon sens, l'absence de mouvement répétitif avec le membre supérieur gauche. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, il n'y avait rien qui justifiait une diminution de la capacité de travail du recourant. S'agissant de l'IPAI, le recourant présentait des séquelles fonctionnelles de son membre supérieur gauche consécutives à une importante limitation de la prono-supination de l'avant-bras gauche, une instabilité du coude gauche principalement du côté médial et une arthrose significative. Ces séquelles étaient plus importantes que celles qu'aurait eues un assuré n'ayant perdu que la prono-supination de l'avant-bras ou celles que présenterait un assuré avec le coude bloqué à 30° ou 90°. Ceci dit, fonctionnellement, le recourant pouvait quand même utiliser occasionnellement son membre supérieur gauche avec sa main gauche fonctionnant comme stabilisateur pour des efforts correspondant à des charges de moins de 1 kg. Les séquelles objectives (la perte importante de prono-supination, l'instabilité et l'arthrose) pouvaient être estimées analogues aux séquelles fonctionnelles qu'entraînaient un coude bloqué en extension ou un poignet bloqué en extension avec perte de la prono-supination. Dans de tels cas, la table 1 prévoyait une IPAI de 25%.

28. Par réplique du 15 mai 2017, le recourant a précisé qu'au moment de l'accident, il travaillait en qualité de manœuvre et maçon et qu'en raison des séquelles de l'accident, il ne pouvait plus reprendre ces activités. Il concluait à un degré d'IPAI de 40% compte tenu de l'arthrose importante au coude gauche, de la perte quasi-totale de l'usage de sa main gauche, des cervicalgies invalidantes ainsi que des troubles psychiques consécutifs à l'accident. Par ailleurs, il avait été contraint

d'interrompre le stage d'observation professionnelle de l'OAI en raison de troubles lombaires irradiant dans les jambes et ayant pour effet d'exacerber son état dépressif. Son médecin traitant, qui avait également une formation de psychiatre, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, lui avait prescrit un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique. A cet égard, le recourant a produit deux courriers des 14 et 31 mars 2017 adressés à l'intimée et des certificats d'incapacités de travail totales du 24 février au 24 avril 2017.

Selon le recourant, une expertise orthopédique et psychiatrique devait être mise en œuvre. L'appréciation de l'intimée ne pouvait être considérée comme concluante puisque le Dr L\_\_\_\_\_ était revenu sur le degré de l'IPAI initialement retenu.

29. Par duplique du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'intimée a fait valoir que le résultat du stage d'observation professionnelle n'était pas un élément susceptible de remettre en cause les conclusions médicales des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, d'autant plus que l'intimée n'assumait pas la prise en charge de toutes les atteintes du recourant. Par conséquent, aucune instruction complémentaire ne devait être effectuée.
30. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Chambre de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
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 supérieure à 22% et à une IPAI fondée sur un taux supérieur à 12%.
5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

---

b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 seul 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

6. a. 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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).

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).

Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

7. 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 (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. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 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).
9. En l'occurrence, l'intimée a retenu que seules les atteintes au membre supérieur gauche devaient être prises en compte dans la détermination de la capacité de travail du recourant, à l'exclusion des cervicalgies et des troubles psychiques, lesquels n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident assuré, ce que le recourant conteste.

S'agissant du membre supérieur gauche, il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, que le recourant a présenté une fracture-luxation complexe du coude gauche, avec ouverture cutanée, une synostose radio-cubitale supérieure, une ostéosynthèse, l'évolution vers une algodystrophie et une compression du nerf cubital gauche. Il n'est pas non plus contesté que ces atteintes entraînent une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du recourant (rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2014; rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2016).

S'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_, lequel a retenu une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement, dans une activité réalisée indifféremment en position debout ou assise, avec un port de charge limité à 20 kg du côté droit, de façon occasionnelle et de façon à ne pas déstabiliser ou compenser avec le côté gauche, avec un port de charge maximale et occasionnelle de 1 kg du côté gauche, la main gauche n'ayant qu'une fonction accessoire de stabilisation, sans devoir monter sur une échelle et sans devoir s'agenouiller.

La Chambre de céans constate que le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ se base sur des examens du recourant et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce spécialiste s'est exprimé sur l'état de santé du recourant et sur sa capacité de travail. Ses conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions.

On relèvera par ailleurs qu'aucun autre spécialiste n'a émis de conclusions permettant de s'écarter de cette exigibilité, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, laquelle a été par ailleurs confirmée par le Dr L\_\_\_\_\_ qui a également précisé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K\_\_\_\_\_

comprenaient, de toute évidence, l'absence de mouvement répétitif avec le membre supérieur gauche et qu'elles englobaient donc largement les limitations fonctionnelles établies par le Dr H\_\_\_\_\_ (rapport du 13 avril 2017).

Enfin, contrairement à ce qu'avance le recourant, ce dernier ne se trouve pas dans la situation d'un mono-manuel, dans la mesure où il peut tout de même utiliser occasionnellement son membre supérieur gauche avec sa main gauche fonctionnant comme stabilisateur pour des efforts correspondant à des charges de moins de 1 kg.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a retenu qu'en raison de ses atteintes au membre supérieur gauche, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le recourant fait valoir que l'intimée a omis de prendre en compte les cervicalgies et les céphalées dans la détermination de sa capacité de travail.

Il résulte du dossier que si le recourant s'est certes plaint de cervicalgies lors de sa première hospitalisation (rapport des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2012), il n'en demeure pas moins que ni le bilan radiologique par total body CT réalisé aux urgences des HUG, ni l'IRM cervicale effectuée le 18 juin 2013 n'ont mis en évidence de lésion traumatique au niveau cervical (rapport des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2012; rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 26 juin 2013; rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 13 avril 2017). En outre, lors de l'accident, le recourant n'a subi ni de traumatisme crânien, ni de perte de connaissance (rapport des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2012).

Force est donc de constater l'absence de pièce médicale permettant de retenir que les cervicalgies et les céphalées alléguées par le recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré.

Le recourant fait également valoir qu'il présente des troubles psychiques qui doivent être pris en considération pour déterminer sa capacité de travail résiduelle.

La Chambre de céans constate déjà l'absence au dossier d'une appréciation médicale relative à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre d'éventuels troubles psychiques et l'accident. Quoi qu'il en soit, une instruction complémentaire sur ce point ne saurait toutefois être mise en œuvre par la Chambre de céans, dès lors que le lien de causalité adéquate devrait être nié pour les motifs qui suivent.

10. Le droit à des prestations suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références).

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord

classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.



Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

11. En l'occurrence, l'intimée a retenu que l'accident doit être classé dans les accidents de gravité moyenne.

D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 m et 8 m et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (arrêt du

---

Tribunal fédéral 8C\_463/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.2.2 et les références citées).

En l'espèce, si le Dr I\_\_\_\_\_ a certes fait état, trois ans après l'accident, d'une chute d'environ 5 m, il convient toutefois d'accorder la préférence au premier rapport établi immédiatement après l'accident et selon lequel le recourant a fait une chute de 4 m (rapport des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2012). L'accident doit par conséquent être considéré comme étant de gravité moyenne *stricto sensu*, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas. Dans une telle éventualité, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1 et les arrêts cités).

Selon l'intimée, il n'y a pas eu de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et l'accident ne revêtait pas un caractère particulièrement impressionnant, ce que le recourant conteste, en faisant valoir que les circonstances de l'accident ont été vécues de manière traumatisante.

La Chambre de céans rappellera que la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.1.2; 8C\_463/2014 du 14 juin 2015 consid. 5.2.3 ou encore 8C\_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2).

En l'occurrence, le recourant ne fait état d'aucun élément qui aurait rendu le déroulement de l'accident particulièrement impressionnant. S'il a certes chuté d'une hauteur de 4 m, il n'a toutefois pas perdu connaissance et n'a pas subi de traumatisme crânien. Le Tribunal fédéral a par exemple nié que la condition du caractère impressionnant de l'accident fût remplie dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un élévateur d'une hauteur de 5,6 m (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_807/2008 du 15 juin 2009) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral U 144/05 du 27 décembre 2005; arrêt du Tribunal fédéral du 30 novembre 2005 U 21/06 consid. 4.5). C'est donc à juste titre que l'intimée a nié ce critère.

Par ailleurs, si le recourant a certes présenté au coude gauche une fracture luxation ouverte associée à une rupture du ligament huméro-ulnaire, il n'a toutefois manifestement pas subi de lésions graves ou particulières à la suite de cet

---

événement, ni menaçantes pour sa vie. On ajoutera que le fait de ne pas pouvoir garder le même poste de travail que celui effectué avant l'accident en raison de ces séquelles ne suffit pas à admettre ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2).

Par ailleurs, il apparaît que suite à l'intervention pratiquée le 16 décembre 2011, le contrôle radiologique a révélé une subluxation du coude gauche conduisant à une reprise chirurgicale le 23 décembre 2011, lors de laquelle une rupture du ligament huméro-ulnaire externe, un lâchage des deux points de fixation de la coronoïde et une mauvaise tenue de la tête radiale ont été mis en évidence. Un nouveau contrôle radiologique a ensuite révélé une subluxation du coude, de sorte qu'un fixateur externe a dû être réalisé le 31 décembre 2011 (rapport du 10 janvier 2012 des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_). Cela étant, les pièces versées au dossier ne permettent toutefois pas de considérer que le recourant a été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

S'agissant de l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U\_369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U\_393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U\_380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). En l'occurrence, si le recourant a certes subi initialement trois interventions chirurgicales (les 16, 23 et 31 décembre 2011) et une ablation du matériel d'ostéosynthèse (le 7 février 2012), le traitement médical a ensuite consisté en des séances de physiothérapie et la prise d'antalgiques, sous réserve de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'une arthrolyse du coude gauche (le 19 novembre 2013) et d'une neurolyse au coude et au poignet gauches (le 10 février 2015). Il s'ensuit que le traitement ne saurait être considéré comme ayant été objectivement lourd et pénible.

S'agissant de l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard notamment de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'occurrence, s'il apparaît que le recourant a présenté

pendant un certain temps des douleurs physiques constantes, aucune pièce au dossier ne permet toutefois de retenir qu'elles ont été impressionnantes, ni qu'elles ont entraîné des empêchements sévères dans sa vie quotidienne. Qui plus est, à compter de l'intervention chirurgicale effectuée le 10 février 2015, les douleurs ont été maîtrisées (rapports du Dr I\_\_\_\_\_ des 9 décembre 2015 et 8 juin 2016).

Enfin, le critère de la durée de l'incapacité de travail semble être rempli, étant donné que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle. Toutefois, ce dernier demeure capable de travailler à plein temps dans un autre secteur d'activités, de sorte que ce critère ne présente pas un caractère suffisamment marqué.

Ainsi, en l'absence d'un cumul de trois critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, force est de constater que l'accident subi le 15 décembre 2011 ne peut être tenu pour la cause adéquate des éventuels troubles psychiques que présenterait le recourant. Dans la mesure où le caractère adéquat et le caractère naturel de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, il n'est pas nécessaire de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique, comme le réclame le recourant. Partant, la question du lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident peut rester indécise.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en considération les répercussions des éventuels troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant pour déterminer son degré d'invalidité.

Enfin, le recourant fait valoir qu'il a été contraint d'interrompre le stage d'orientation professionnelle de l'OAI en raison de troubles lombaires entraînant une incapacité de travail totale du 24 février au 24 avril 2017.

La Chambre de céans relèvera déjà que cette incapacité de travail ne saurait être prise en compte dans la mesure où les troubles lombaires, au vu des pièces versées au dossier, ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Qui plus est, cette incapacité de travail est survenue postérieurement à la date de la décision litigieuse (le 13 janvier 2017). Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Compte tenu de ce qui précède, le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et une capacité de travail totale sans baisse de rendement dans une activité adaptée, soit dans une activité réalisée indifféremment en position debout ou assise, avec l'absence de mouvement répétitif avec le membre supérieur gauche avec un port de charge limité à 20 kg du côté droit, de façon occasionnelle et de façon à ne pas déstabiliser ou compenser avec le côté gauche, avec un port de charge maximale et occasionnelle de 1 kg du côté gauche, la main

---

gauche n'ayant qu'une fonction accessoire de stabilisation, sans devoir monter sur une échelle et sans devoir s'agenouiller.

12. Il convient d'examiner le degré d'invalidité que présente le recourant, étant précisé qu'une éventuelle 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).
13. a. Selon l'art. 18 al. 1<sup>er</sup> LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al.1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA).

L'art. 8 al. 1 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA).

- b. 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 LPGGA).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

- c. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse

---

de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B.80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

d. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2<sup>ème</sup> éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant des DPT. La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3).

En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient, pour déterminer le revenu d'invalidé, de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182).

14. En l'occurrence, le droit à une rente d'invalidité s'est ouvert en 2016, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là.

S'agissant du salaire annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2016, c'est à juste titre que l'intimée a retenu CHF 71'155.- sur la base des informations fournies par l'employeur le 10 mars 2016 (pièce 259 chargée intimée), que le recourant ne conteste pas au demeurant.

S'agissant du salaire avec invalidité en 2016, l'intimée a appliqué la méthode des DPT et a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève. Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2016. On doit cependant donner raison au recourant en ce qui concerne l'incompatibilité des DPT n° 11555 (pompiste), n° 350284 (notificateur), n° 7237 (huissier) et n° 5825 (conducteur de palan) avec le handicap à la main gauche qu'il présente. Il ressort en effet de la description de ces postes de travail que l'usage des deux mains est "partiellement nécessaire", alors que le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que la main gauche du recourant ne pouvait avoir qu'une fonction accessoire de stabilisation. On peine dès lors à envisager que le recourant puisse mettre à contribution cette main dans la mesure exigée par ces emplois. Etant donné que la méthode appliquée par l'intimée ne remplit pas les conditions imposées par la jurisprudence, on ne peut donc pas s'y référer pour évaluer l'invalidité du recourant.

Il convient par conséquent d'effectuer un calcul sur la base des statistiques salariales.

En se fondant sur l'ESS 2014, le salaire de référence est celui des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 (T1\_tirage\_skill\_level), soit CHF 5'312.- x 12 mois, soit CHF 63'744.- par an. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne en 2014 (41,7 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être porté à CHF 66'453.- ( $63'744 \times 41.7 / 40$ ) et à CHF 67'021.- indexé à 2016 selon l'évolution des salaires en termes nominaux pour les hommes (ISS, en 2014 : 2220 et en 2016 : 2239; soit  $66'453 \times 2239 / 2220$ ).

Par ailleurs, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques

doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3.). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Dans son écriture du 13 avril 2017, l'intimée fait valoir qu'un abattement de 15% doit être appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

La Chambre de céans constate qu'en 2016, année de l'ouverture du droit à la rente, le recourant, qui avait un taux d'occupation de 100%, était déjà âgé de 51 ans. De plus, outre ses limitations fonctionnelles, sa main gauche, certes non dominante, ne conservait qu'une fonction accessoire de stabilisation. Par ailleurs, la détention d'un permis B est un critère désavantageux à prendre en compte dans le cadre de l'abattement (cf. ATAS/360/2015). Compte tenu du contexte personnel et professionnel du recourant, un abattement de 20% apparaît ainsi plus approprié.

Le revenu d'invalidité en 2016 est par conséquent de CHF 53'617.- (67'021.- - 13'404.-). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 71'155.-, il en résulte un taux d'invalidité de 24,6 % ( $(71'155.- - 53'617.-) : 71'155.- \times 100$ ), arrondi à 25% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Le recourant a donc droit à une rente d'invalidité de 25% à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2016.

C'est par conséquent à tort que l'intimée a octroyé une rente de 22%.

La décision devra être annulée ce point.

15. Il convient encore d'examiner si le recourant a droit à une IPAI supérieure à 12%.
16. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est



---

fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

b. En l'occurrence, l'intimée reconnaît, dans le cadre de la présente procédure, le droit du recourant à une IPAI fondée sur un taux de 25%, en se référant à l'avis du Dr L\_\_\_\_\_.

Le recourant conclut à l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux global de 40%, incluant les séquelles au membre supérieur gauche, les cervicalgies et les troubles psychiques.

Or, comme cela a été relevé plus haut, les cervicalgies et les troubles psychiques ne sauraient être pris en compte dès lors qu'ils ne sont pas en lien de causalité avec l'accident assuré.

S'agissant des lésions au membre supérieur gauche, par rapport du 13 avril 2017, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'accident avait entraîné des séquelles fonctionnelles au coude gauche du recourant, à savoir une perte importante de pronosupination de

l'avant-bras gauche, de l'instabilité et de l'arthrose. Il a retenu, sur la base de la table 1 des tables de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité établies par l'intimée, une IPAI de 25%.

On relèvera que cet avis, établi sur la base d'un dossier médical contenant plusieurs appréciations qui sont fondées sur un examen personnel du recourant, est dûment motivé et convainquant. Il ne contient pas de contradictions et aucun indice ne permet de mettre en cause son bien-fondé. Il s'ensuit qu'une pleine valeur probante doit lui être octroyée.

L'avis du Dr L\_\_\_\_\_ n'est par ailleurs contesté par aucun autre rapport.

Il s'ensuit que le recourant a droit à une IPAI fondée sur un taux de 25%.

C'est par conséquent à tort que l'intimée a octroyé une IPAI de 12%.

La décision devra être annulée ce point également.

17. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 25% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016 et à une IPAI fondée sur un taux de 25%. La cause sera renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations dues.
18. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 13 janvier 2017.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 25% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016.
5. Dit que le recourant a droit à une IPAI fondée sur un taux de 25%.
6. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
7. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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