RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1898/2020 **ATAS/649/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, 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 Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimé

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1981, était titulaire de sa propre entreprise d'installation de ventilations depuis le 1er juillet 2010. Il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, CNA (ci-après : SUVA).

b. Le 2 août 2012, en déchargeant une machine de climatisation sur un chantier avec deux ouvriers, l'assuré s'est blessé à l'épaule gauche. Il a souffert d'une luxation de l'épaule gauche. Il s'était déjà luxé à plusieurs reprises cette épaule, selon ses dires au médecin qu'il a consulté à l'époque. L'évolution ayant été favorable grâce à des séances de physiothérapie notamment, l'assuré a repris le travail, le 8 octobre 2012.

c. Le 23 octobre 2015, l'assuré s'est fracturé les deux poignets en chutant d'un escabeau d'une hauteur de 1.8 m, lors de son travail (fracture simple non déplacée au niveau du poignet gauche et fracture multi-fragmentaire du côté droit). Cet événement a entraîné une fracture multi-fragmentaire du radius distal droit ainsi qu'une fracture du processus styloïdien ulnaire droite et a nécessité une réduction ouverte et ostéosynthèse du radius distal droit par plaque aptus et huit vis (rapport opératoire du 23 octobre 2015 du Dr B_____, médecin-chef à l'Hôpital du Jura).

d. Le 26 octobre 2015, l'assuré a adressé une déclaration de sinistre à la SUVA.

e. Le 30 octobre 2015, le recourant a été réopéré par le docteur C_____, médecin chef de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), lequel a posé le diagnostic d'arrachement du TFCC (fibrocartilage tendu entre l'extrémité distale de l'ulna, l'extrémité distale du radius et la première rangé des os du carpe), syndrome du tunnel carpien, compression du nerf ulnaire post-traumatique sur status post-ostéosynthèse d'une fracture de l'extrémité distale du radius 3. L'assuré a été mis en arrêt de travail. Il a été réopéré le 6 octobre 2016 pour retirer le matériel posé lors de la précédente intervention et le 10 octobre 2017 pour un syndrome canal cubital gauche et un névrome PIN gauche par la docteure D_____ aux HUG (neurolyse du nerf ulnaire en raison d'un anconeus épitrochlearis et une dénervation du PIN). La SUVA a pris en charge les frais de ces interventions.

f. L'assuré a perçu des indemnités journalières de la SUVA.

g. Le 19 mars 2018, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a été consulté au sujet de ce cas. Il a relevé que si les deux poignets avaient été lésés durant l'accident de 2015, le traumatisme et ses conséquences sur le membre supérieur gauche avaient été minimes avec consolidation. Il expliquait dès lors mal pourquoi la SUVA avait pris en charge la pathologie du membre supérieur plutôt référé sur l'épaule et sur le coude sans aucun rapport apparent avec l'accident. L'assuré pouvait reprendre ses fonctions d'accompagnement de gestion de l'entreprise et des collaborateurs à 50 %.

h. Entendu le 29 mai 2018 par une gestionnaire SUVA, l'assuré a exposé avoir fait une chute de 4 m lors de laquelle son épaule gauche avait heurté la paroi d'une machine de traitement d'air. Il avait glissé le long de la machine et le pied d'un escabeau s'était cassé et lui-même était tombé en avant. Sur le socle en béton, son poignet gauche avait été forcé en flexion et son bras droit s'était complétement retourné. Il avait déjà été blessé à l'épaule gauche par le passé mais ne ressentait plus de douleurs. Il avait repris le travail à 80 % le 14 avril 2018, puis à 60 % le 13 mai 2018 (contrôle des chantiers, commandes de matériel, consignes et coordination de travail, service de maintenance et dépannage sur ordinateur, sur les machines électroniques digitales, traitement des salaires et délègue au comptable les devis et la facturation).

i. Dans un rapport du 9 novembre 2018, la Dre D_____ a indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une infiltration pour une tendinite de Quervain à droite. L'évolution avait été jugée favorable après l'infiltration et le traitement s'était poursuivi par une attelle. Le 4 février 2019, ce médecin a ajouté que l'évolution était satisfaisante et que l'assuré avait pu reprendre son activité professionnelle à 60 % à partir du 7 janvier 2019.

j. Afin de procéder à une évaluation interdisciplinaire, la SUVA a invité l'assuré à faire un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 6 au 8 mai 2019. À l'issue du séjour, les médecins de cette clinique ont établi un rapport interdisciplinaire, le 8 mai 2019, à teneur duquel l'assuré participait mal à l'évaluation de ses capacités fonctionnelles et observait la même retenue que lors d'une précédente évaluation dans cette même clinique en raison d'une contusion lombaire, en 2009 (chute sur le dos le 19 février 2009). Ils ont noté que le score de 109 atteint lors d'un test nommé PACT pour évaluer les capacités de l'assuré donnait à penser que ce dernier ne pouvait s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Les experts ont cependant indiqué qu'au vu des activités que l'assuré déployait dans la vie ordinaire et des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on devait admettre que l'assuré sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. Il était en effet capable de manutentionner des charges allant de 5 à 16 kg, mais s'autolimitait systématiquement au motif d'une douleur ; il mettait fin à la tâche avant que l'évaluatrice n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Les médecins de la CRR ont jugé insuffisante la volonté de l'assuré de donner le maximum aux différents tests et le niveau de cohérence moyen. Ils ont également relevé que l'évaluation de la capacité de performance fonctionnelle (ci-après : ECF) mettait en évidence un comportement douloureux, mais celle-ci ne permettait pas de déterminer un niveau de performance correspondant aux réelles aptitudes de l'assuré. Les médecins de la CRR, se basant sur les constatations objectives, ont considéré que le pronostic était bon, dans la mesure où on ne trouvait pas d'élément pour une algodystrophie, une tendinite au niveau du poignet, du coude ou de l'épaule ni pour une atteinte neurogène objective. Il persistait

essentiellement des aspects subjectifs sous forme de décharges douloureuses et, à l'examen, d'allodynie sur les sites opérés.

k. Le 23 mai 2019, le Dr E_____ qui avait examiné l'assuré les 8 mars 2018 et 24 septembre 2018, et pris connaissance de l'évaluation de la CRR a déclaré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Une reprise du travail à 70 % dans l'ancienne activité était exigible, le reste devait être consacré à la physiothérapie et tenait compte de l'influence des traitements antalgiques sur le rendement. Il a ajouté qu'en dehors des tâches administratives, l'aide aux collaborateurs sur les chantiers pouvait s'exercer pour les efforts légers à moyens avec soulèvement d'un poids compris entre 5 et 16 kg au maximum, sans mouvements rapides ou prolongés. Un traitement à base de Sativex bucal était admis pour 2019, à réévaluer par un centre de la douleur au-delà, de même, un ENMG avec ultra-son du membre supérieur droit ainsi qu'une consultation aux HUG en chirurgie.

B. a. Le 1er juillet 2019, la SUVA a mis un terme aux indemnités journalières allouées à l'assuré et à la prise en charge des soins médicaux, avec effet au 1er novembre 2019. Elle a cependant indiqué qu'elle continuera à prendre en charge une consultation aux HUG en chirurgie de la main pour 2019, à réévaluer au-delà, et de 2 x 36 séances de physiothérapie pour 2019, à réévaluer au-delà, selon les séances qui auront été effectuées.

b. Par décision du 22 janvier 2020, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 21'420.- fondée sur un degré d'atteinte à l'intégrité de 17 %. Elle a en revanche nié le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il n'existait pas une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident.

c. Par courrier du 21 février 2020, complété les 12 et 30 mars 2020, l'assuré, agissant par son mandataire, a formé opposition contre la décision précitée, concluant à son annulation, à la poursuite de la prise en charge des soins médicaux (antalgiques, anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie), à l'allocation d'une rente d'invalidité de 50 % au moins et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %.

d. La SUVA a soumis le cas au Dr E_____, lequel a, dans son appréciation médicale du 31 mars 2020, fixé la perte de rendement à 10 % dans l'activité de monteur de ventilation, en indiquant que dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 100 % sans perte de rendement, dès lors qu'il s'agissait d'un travail purement administratif et devant l'absence d'un traitement qui diminuerait par son action délétère le rendement, et ce en l'absence de justification médicale ou de prescriptions. Une fois qu'il a reçu les prescriptions médicales des médecins traitants, le médecin d'arrondissement a confirmé son avis et indiqué que la médication nécessaire à l'exercice de l'activité professionnelle ne réduisait pas la capacité de travail du recourant.

e. Par décision sur opposition du 25 mai 2020, la SUVA a confirmé sa décision du 22 janvier 2020. Elle a souligné que la poursuite de la prise en charge par elle d'un

traitement médicamenteux (antalgiques et anti-inflammatoires) et des séances de physiothérapie prescrites n'étaient pas litigieuses, dans la mesure où, dans le courrier du 1er juillet 2019 mettant fin aux prestations, la SUVA avait indiqué qu'elle verserait ces prestations en 2019. Il en avait été de même en 2020, puisque dans son rapport du 31 mars, complété le 3 avril 2020, le médecin d'arrondissement avait reconnu que les prescriptions du docteur F_____ étaient nécessaires à la poursuite de l'activité et au maintien de la capacité de gain et que les neuf séances de physiothérapie s'intégraient dans les 10 % de baisse de rendement indiqués dans son appréciation du 31 mars 2020. Ainsi, les prescriptions du Dr F_____ avaient été prises en charge par la SUVA.

C. a. Le 30 juin 2020, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'un taux de 40 %, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

b. La SUVA a répondu le 28 juillet 2020, en concluant au rejet du recours.

c. Le recourant a répliqué le 28 septembre 2020 en persistant dans ses conclusions.

d. Par acte du 19 octobre 2020, la SUVA a dupliqué et produit un avis de son médecin-conseil.

e. Par pli du 12 novembre 2020, le recourant a sollicité l'audition du Dr F_____, lequel a été entendu par la chambre de céans, le 12 janvier 2021.

f. Le 28 janvier 2021, le recourant a fait des observations.

g. Le 29 janvier 2021, la SUVA a fait parvenir ses observations au sujet de l'audition du Dr F_____ et de l'assuré.

h. Le 16 février 2021, le recourant a produit des pièces médicales nouvelles dont une IRM n'ayant pas mis en évidence de conflit ulno-carpien au poignet gauche et a encore une fois pris position le 4 mars 2021.

i. La cause a été gardée à juger. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaires à la solution du litige.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents au-delà du 1er novembre 2019 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle supérieure à 17 %.

3. En vertu 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.

4. D'après l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

5. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b ; 117 V 369 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5a). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 p. 75 consid. 4b). Enfin, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage « après l'accident, donc à cause de l'accident » *(« post hoc ergo propter hoc* »), lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt du Tribunal fédéral 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b).

6. Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 117 V 359 consid. 4b).

7. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si

cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif), tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

8. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA relatif à la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]).

   Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

   En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts du Tribunal fédéral 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2 ; 8C_560/2017 du 3 mai 2018, consid. 4.2).

9. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

10. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du

revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

11. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 no U 168 p. 97 consid. 3b).

    Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

12. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé.

    Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

13. En ce qui concerne le revenu d'invalide, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Vol. II, 2015, § 286 p. 421).

    Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS); arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2).

14. L'art. 19 LAA délimite, d'un point de vue temporel, le droit au traitement médical et à l'indemnité journalière, d'une part, et le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts du Tribunal fédéral U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et ATF 134 V 109 consid. 4.3).

15. Selon l'art. 19 al. 1 phr. 1 LAA, 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 santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) ont été menées à terme.

    Ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré » n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant qu'elle ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées).

16. Selon l'art. 19 al. 1 phr. 2 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

    Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'AI n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

17. Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

18. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

19. 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 353 consid. 3b/ee).

20. 1. En l'espèce, la chambre de céans constate que l'intimée s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie et sur le rapport des médecins de la CRR pour parvenir à la conclusion que le cas de l'assuré était stabilisé dès le 23 mai 2019 et que ce dernier disposait d'une capacité de travail de 70 % dans son activité d'entrepreneur (contrôle des chantiers, commandes de matériel, consignes et coordination de travail, service de maintenance et dépannage sur ordinateurs, sur les machines électroniques digitales, traitement des salaires) avec certaines limitations (limitation du port de charges comprises entre 5 et 16 kg, sans mouvements rapides ou prolongés) et une pleine capacité dans une activité adaptée, pour rendre sa décision sur opposition du 22 mai 2020.

2. Le lien de causalité entre les atteintes au poignet et l'accident de 2015 est incontesté. Celui entre la pathologie du coude et de l'épaule et l'accident n'est pas établi à un degré de vraisemblance prépondérant au regard de l'ensemble du dossier. Le médecin traitant entendu par la chambre de céans ne l'a pas confirmé. En outre l'IRM pratiquée en janvier 2021 n'a pas mis en évidence de conflit ulno-carpien à gauche malgré une suspicion à cet égard.

En toute hypothèse cependant, les atteintes du recourant aux membres supérieurs ne le privent pas de sa capacité de travail dans une activité adaptée ou dans son activité actuelle à raison de 70 % si l'on suit l'avis du Dr E_____. En outre, les médecins du recourant - qui se sont prononcés sur la capacité de travail de leur patient au regard de l'ensemble de ses pathologies, sans distinguer celles en lien avec l'accident de 2015 (au degré de vraisemblance suffisant) et les autres atteintes dont le lien avec l'accident n'apparaît pas au degré de vraisemblance prépondérant – ont, quant à eux, retenu une capacité de travail de 60 % dans l'activité exercée par leur patient. Ils n'ont pas eu à se prononcer sur la capacité du recourant dans une activité adaptée dans la mesure où ils n'étaient pas appelés à se prononcer à titre d'expert mais ont établi des rapports en tant que médecins en charge des traitements actuels du recourant. Les éléments médicaux fournis par les médecins traitants ne viennent dès lors pas contredire l'avis du Dr E_____ ou l'évaluation des médecins de la CRR, mais laissent au contraire apparaître qu'en tenant compte de l'état de santé global de l'assuré, celui-ci est capable d'exercer son activité à 60 % à tout le moins et a fortiori à un taux plus élevé dans une activité plus adaptée à ses atteintes.

Il n'existe dès lors pas d'avis médical qui viendrait mettre en doute l'avis du Dr E_____ qui s'est prononcé en faveur d'une pleine capacité de travail, ce qui apparaît en conformité avec l'avis des médecins de la CRR qui ont estimé que le recourant sous-estimait ses capacités et ne mettait pas celles-ci pleinement à profit.

La chambre de céans n'a pas de raison de douter de ces avis ou d'arguments en faveur de la mise en œuvre d'une expertise.

L'intimée s'étant fondée sur ces avis pertinents et probants pour arrêter la capacité de travail du recourant au regard des atteintes découlant de l'accident de 2015, sa décision n'est pas contestable.

21. 1. L'assuré conteste l'abattement retenu, considérant que celui-ci ne saurait être inférieur à 15 % compte tenu de ses limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère, sans contrainte de force et d'endurance est possible.

2. Il ne ressort cependant pas du dossier du recourant qu'un élément médical aurait été ignoré et justifierait un abattement plus important.

Dans la mesure où les limitations fonctionnelles retenues n'empêcheraient pas le recourant d'exercer une activité adaptée à plein temps sans baisse de rendement, le fait de retenir un abattement de 5 % n'apparaît pas contestable.

La comparaison entre le revenu d'invalide fixé à CHF 68'044.- au vu de l'abattement de 5 % et le gain de valide de CHF 63'000.- ne montre pas de perte de capacité de gain, de sorte que c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré.

22. 1. En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte.

Dans l'annexe 3 OLAA figure le barème, non exhaustif (ATF 124 V 32), des atteintes à l'intégrité. Il énumère des lésions importantes servant de référence, ainsi que le taux d'indemnisation correspondant à chacune d'entre elles. Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans le barème, celui-ci doit être appliqué par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (annexe 3 ch. 1 al. 2 OLAA). Les médecins de la SUVA ont affiné le barème du Conseil fédéral et élaboré des tables de calcul complémentaires (Publications de la division Médecine des assurances). Les valeurs indicatives qui s'y trouvent visent à garantir l'égalité de traitement entre les assurés et sont ainsi compatibles avec

l'annexe 3 OLAA (ATF 116 V 157 ; ATF 124 V 32 ; RAMA 1987, p. 329 ; RAMA 1998, p. 236).

2. En l'occurrence, l'assuré conteste le taux retenu par le Dr E_____ et sollicite une indemnité de 40 %.

L'on ne saurait cependant admettre un taux de 40 % qui est celui retenu en cas de perte d'une main ou d'un bras, le recourant pouvant dans son activité de chef d'entreprise réaliser de nombreuses tâches administratives notamment mais pas uniquement, ses limitations ne l'empêchant pas d'utiliser ses mains et ses bras.

Le taux retenu pas l'intimée repose sur les conclusions dûment motivées du médecin d'arrondissement et est conforme aux atteintes mises en évidence à chaque membre supérieur et l'atteinte cutanée. Par ailleurs, aucun élément médical au dossier ne prévoit un taux plus important.

Faute d'éléments médicaux contradictoires et de doute en résultant, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise.

La décision de l'intimée ne prête pas le flanc à la critique quant au taux de 17 % retenu.

23. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

24. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

25. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

* * * * * *

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	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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