

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1958/2023

ATAS/495/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 juin 2026

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

contre

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

intimée

**Siégeant : Laurence PIQUEREZ, Présidente suppléante ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1989, sans formation, a travaillé pour le compte de l'entreprise B_____ en tant qu'ouvrier aux manœuvres dès le 1^{er} octobre 2019, réalisant un revenu mensuel brut de CHF 4'845.- (prime annuelle de CHF 4'708.- en sus). À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assureur).
- B. a.** Le 19 février 2021, l'assuré s'est fracturé les deux poignets lors d'une manœuvre de déchargement de préfabriqués de façade. Il a été admis le jour même aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) où les diagnostics suivants ont été posés : fracture ouverte à droite Gustilo 3a intra-articulaire type C3 selon l'AO avec contusion du nerf médian avec fragments osseux libres au contact du nerf médian, dilacération importante du tendon du FLP incarcéré à 100% dans le foyer de fracture avec perte d'environ 50% des fibres tendineuses, déplacement majeur avec translation dorsale à 100% et fût métaphysaire radial faisant protrusion au travers de la peau ; fracture ouverte de la tête ulnaire à droite avec instabilité de l'articulation radio-ulnaire distale (Gustilo 2) ; fracture comminutive extra-articulaire de l'extrémité distale du radius gauche ; fracture diaphysaire distale comminutive de l'ulna gauche ouverte (Gustilo 2) ; fracture diaphysaire tiers moyen tiers proximal du radius gauche, déplacé et plaie scrotale gauche superficielle de 2.5 cm² (lettre de sortie des HUG du 5 mars 2021).
- b.** L'assuré a subi trois interventions chirurgicales le jour même. La première a consisté en une réduction ouverte et ostéosynthèse du radius proximal, une réduction ouverte et ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius gauche par une plaque VA Synthès intra-articulaire, une réduction ouverte, débridement, parage, lavage du foyer de fracture et stabilisation par une plaque Synthès LCP 2.1mm. La seconde a consisté en un débridement, parage, lavage du foyer de fracture sur le versant ulnaire et radial du poignet droit, une réduction ouverte et désincarcération du tendon FPL droit, une extraction de fragments osseux au contact du nerf médian droit, une neurolyse du nerf médian au canal carpien et la pose d'un fixateur externe Hoffmann 2.0 au poignet droit. La troisième intervention a consisté en un débridement et parage de la plaie en regard de l'EDU avec rinçage et une réduction ouverte et ostéosynthèse du tiers proximal du radius gauche par plaque LCP std 3.5 à 7 trous (lettre de sortie des HUG du 5 mars 2021).
- c.** Le 26 février 2021, l'assuré a subi une quatrième intervention comportant les actes suivants : ablation fixateur externe à droite, ROOS EDR droit par plaque palmaire intra new clip et plaque dorsale colonne ulnaire, embrochage scapho-lunaire par deux broches de 1.4, stabilisation de l'articulation radio-ulnaire distale par suture ligaments ulno-carpien dorsal et palmaire et TFCC et arthrotomie huméro-radiale droite (lettre de sortie des HUG du 5 mars 2021).

Les soins post-opératoires prévoyaient un traitement médicamenteux, une immobilisation de plusieurs semaines, de la rééducation en raison d'une attrition tendineuse d'environ 50% avec souffrance tendineuse restante et une possible ablation précoce du matériel d'ostéosynthèse (plaques palmaire et dorsale) en raison d'une protrusion de la plaque en palmaire. Des soins à domicile ont également été prescrits. Enfin, une incapacité de travail à 100% a été certifiée, laquelle a été régulièrement prolongée par la suite.

Dans un rapport du 16 avril 2021, le docteur C_____, médecin chef de clinique auprès de l'unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, a mentionné que l'assuré ne prenait plus de traitement antalgique. Il persistait une hypoesthésie dans le deuxième doigt et le pouce à droite, une raideur de l'IP du pouce à droite, ainsi qu'un manque d'abduction et d'opposition du pouce à droite. Les radiographies ont mis en évidence une subluxation dorsale de la tête ulnaire droite. Une intervention pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été fixée au 23 avril 2021.

d. Lors d'un entretien avec un collaborateur de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) le 13 juillet 2021, l'assuré a exposé être toujours en incapacité totale de travail, n'avoir plus aucune force et une mobilité limitée dans la main droite alors qu'il est droitier, et être également très limité dans les amplitudes de mouvement et en force avec son poignet gauche.

e. Lors de sa consultation du 24 juin 2021, la docteure D_____, médecin cheffe de clinique auprès de l'unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, a fait état d'une consolidation des fractures de moins de 50%.

f. À l'occasion d'un entretien avec un collaborateur de la SUVA le 7 octobre 2021, l'assuré a fait mention d'une recrudescence des douleurs, surtout à gauche, depuis environ trois mois qu'il a attribuée au changement climatique. Il a également mentionné une baisse de moral, restant chez lui la plupart du temps depuis son accident, ainsi que des troubles du sommeil (réveils liés à de l'anxiété et palpitations). Il avait interrompu la physiothérapie en raison de son état mental depuis le mois d'août et une nouvelle intervention était prévue pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il souhaitait pouvoir consulter un psychologue.

g. Le 29 mars 2022, les docteurs E_____, médecin chef de clinique, et F_____, médecin interne, auprès de l'unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, ont procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse aux deux poignets. Ils ont noté une très importante ténosynovite des tendons fléchisseurs à gauche nécessitant une ténosynovectomie, et une ténosynovite et du FPL et du FDP à droite traitée de la même manière (compte rendu opératoire du 4 avril 2022).

h. L'assuré a bénéficié, après accord du Dr E_____, d'un séjour à la Clinique M_____ (ci-après : M_____) à G_____ du 28 juin au 3 août 2022, pour

rééducation intensive, évaluation multidisciplinaire et évaluation professionnelle. Dans leur rapport de sortie, les docteurs H_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et I_____, médecin-assistant, ont repris les diagnostics déjà connus et mentionné une complication sous la forme d'une arthrose radiocarpienne sévère à droite et débutante à gauche. Aucune pathologie psychiatrique n'a été retenue à l'issue du séjour, l'assuré ayant cependant bénéficié d'un suivi psychologique durant ce dernier, ciblé sur la gestion des émotions en lien avec les conséquences du traumatisme. Le séjour avait permis d'obtenir une amélioration de la mobilité et de la force des poignets, et une amélioration de la fonction de la main gauche. Le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main droite était passé de 38% à 53% et celui de la main gauche de 48% à 69% entre le début et la fin du séjour. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées. Des facteurs contextuels influençaient toutefois négativement les aptitudes : une kinésiophobie modérée à sévère, un catastrophisme élevé et une sous-évaluation des capacités fonctionnelles propres. Aucune incohérence n'avait été relevée ; la participation de l'assuré aux thérapies était qualifiée d'élevée et la collaboration et l'investissement lors des tests standardisés et des activités déployées dans le cadre des ateliers professionnels avaient été jugés satisfaisants. Concernant les activités en atelier, le temps de présence avait systématiquement été limité en raison de douleurs signalées et de l'incapacité de l'assuré à engager durablement ses deux bras dans une activité. Compte tenu de la simplicité des activités proposées, les résultats obtenus en termes de vitesse d'exécution et de qualité étaient en-dessous des exigences d'une activité occupationnelle. Les responsables d'atelier, le docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K_____, maître socio-professionnel, ont conclu que le patient était centré sur ses douleurs et sur les conséquences potentielles de ses actions, avec pour effet un résultat d'activité ne traduisant que le niveau d'effort qu'il avait bien voulu consentir. Une réflexion devrait être menée sur les possibilités de travail correspondant à ses limitations. Les limitations fonctionnelles retenues provisoirement, étant donné que la stabilisation médicale n'était pas acquise, étaient le port de charge supérieur à 5-10 kg, le port de charges répété, toutes les activités nécessitant de la force ou des amplitudes importantes des poignets, et les mouvements répétés des poignets. Un traitement d'ergothérapie pourrait permettre d'améliorer la force, l'endurance et les douleurs des membres supérieurs. La reprise de l'ancienne activité ne semblait pas envisageable, au contraire d'une réinsertion dans une activité adaptée, mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus.

i. Dans son rapport du suivi du 26 septembre 2022, le Dr E_____ a fait mention d'un patient très volontaire pour une reprise d'activité professionnelle. Son ancienne activité ne pouvant être reprise en raison de la force qu'elle requerrait, le médecin a suggéré une réinsertion professionnelle dans un poste moins sollicitant et sans exposition au froid au sein de la même entreprise, avec laquelle il était

toujours sous contrat. L'arrêt de travail pour une activité nécessitant de la force était reconduit. Une intervention chirurgicale (arthrodèse du poignet droit) serait à évaluer dans le futur.

j. Le médecin a réitéré son souhait d'un reclassement professionnel dans un rapport de consultation du 11 novembre 2022.

k. Le docteur L_____, médecin conseil de la SUVA spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a examiné l'assuré en date du 22 décembre 2022. Durant l'examen, il a considéré que l'assuré se limitait compte tenu des nombreux examens cohérents au niveau des deux membres supérieurs. Il a relevé la persistance de quelques faiblesses dans l'utilisation du poignet droit : hypoesthésie, déconditionnement musculaire, petite maladresse au niveau des doigts ou de la main après environ 10 minutes d'utilisation. À gauche, la restauration était excellente. Les limitations fonctionnelles rendaient le métier antérieurement exercé non exigible. Les limitations retenues étaient celles de la M_____, à savoir : pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété, pas d'activité nécessitant de la force ou des amplitudes importantes des poignets, pas de mouvements répétés des poignets, limitation de la mobilisation des deux bras au niveau des poignets et des capacités de préhension globale fine, limitation au niveau des deux bras, poignet droit, avec une faible endurance. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100% sans perte de rendement.

Il a par ailleurs fixé l'atteinte à l'intégrité, en se fondant sur la table n° 5 de la SUVA (taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses), à 20% pour une arthrose grave (évaluation du 27 décembre 2022).

l. Par courrier du 3 janvier 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme aux indemnités journalières le 31 janvier 2023 et qu'elle allait procéder à l'examen du droit à d'autres prestations.

C. a. Par décision du 2 février 2023, la SUVA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à CHF 29'640.-, compte tenu d'une atteinte médicalement fixée à 20%.

Elle a par ailleurs refusé le droit à une rente d'invalidité, considérant que la comparaison des revenus avant invalidité (CHF 62'848.-) et après invalidité (CHF 60'120.- compte tenu d'un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles sur le salaire statistique) faisait apparaître un taux d'invalidité de 4%.

b. L'assuré a formé opposition à l'encontre de ladite décision par courrier de son mandataire du 3 mars 2023.

En substance, il a fait valoir que les limitations fonctionnelles retenues rendaient impossible l'exercice d'une activité comprise dans celles regroupées dans la catégorie des activités simples et répétitives toutes branches économiques confondues, pour un homme. Il a également mentionné que les limitations

fonctionnelles retenues ne tenaient pas compte des douleurs ni de la fatigabilité. L'ensemble du dossier conduisait à reconnaître que les mises en situation à la M_____ étaient représentatives des faibles capacités de l'assuré. Le cumul des limitations fonctionnelles rendait nulle sa capacité de travail dans toute activité et il concluait à l'octroi d'une rente entière.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, étant donné son jeune âge et le mauvais pronostic, le taux d'atteinte à l'intégrité devait être fixé à 25% pour le poignet droit. En outre, une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux d'au moins 20% devait également être reconnue pour le poignet gauche, en raison des limitations fonctionnelles, sur la base de la table 1. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait par conséquent être fixée globalement à 45%.

Invité à se prononcer sur le taux d'atteinte à l'intégrité, le Dr L_____ a exposé que seul le poignet droit présentait des séquelles significatives permettant de considérer une atteinte à l'intégrité. Ces séquelles étaient consécutives à la luxation initiale et complexe de l'extrémité inférieure du radius qui avait conduit à une déstructuration progressive du poignet. L'arthrodèse prévue était limitée à 15%, mais le médecin avait estimé que sur le plan fonctionnel, l'arthrose était plus gênante, d'où la fixation du taux d'atteinte à 20% (rapport du 20 avril 2023). Concernant le membre supérieur gauche, sur la base de son examen clinique et des indications du chirurgien traitant, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle de mobilité ni d'atteinte de destruction de l'interligne articulaire et il n'y avait pas d'arthrose. Partant, il n'y avait pas d'élément objectif permettant de fixer une atteinte à l'intégrité.

- D.** **a.** Le 11 mai 2023, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision initiale sur tous les points.
- b.** En parallèle, l'office de l'assurance-invalidité a octroyé des mesures professionnelles (orientation), auxquelles il a mis un terme par décision du 26 mai 2023 en raison des nombreuses absences injustifiées et retards de l'assuré malgré une sommation.
- E.** **a.** Agissant par son mandataire, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de la SUVA le 12 juin 2023, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi, à titre principal, d'une rente d'invalidité « complète », et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à la SUVA pour complément d'instruction et nouvelle décision suite à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire portant sur les limitations fonctionnelles en lien avec l'accident du 19 février 2021. Il a critiqué l'appréciation des limitations fonctionnelles faite par l'intimée en tant qu'elle repose sur les conclusions du rapport de la M_____, et sur un simple examen rapide du médecin conseil. La complexité des nombreuses limitations et le pronostic incertain justifiaient, du point de vue du recourant, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. À titre subsidiaire, le recourant a fait grief à l'intimée d'avoir retenu un revenu

d'invalidé avant abatement plus élevé que le revenu d'invalidé et de n'avoir pas procédé à un abatement plus important. Enfin, sans toutefois prendre de conclusion formelle à ce propos, il a repris son argumentaire relatif au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et a considéré avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%.

b. Dans son mémoire de réponse du 14 juillet 2023, l'intimée, sous la plume de son conseil, a conclu au rejet du recours. Elle a tout d'abord exposé, sur la base du rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) de la M_____, que les conclusions des médecins de la M_____ quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail exigible ne reposaient pas seulement sur un questionnaire, mais sur les résultats objectifs de divers examens et évaluations réalisés durant le séjour. S'agissant des douleurs alléguées, elle a relevé que, lors du séjour à la M_____, l'assuré avait pris à quelques reprises un anti-inflammatoire classique et que lors de l'examen par le médecin conseil, il avait déclaré prendre du paracétamol jusqu'à trois fois par jour mais uniquement par périodes de trois à quatre jours. Quant à son chirurgien traitant, il avait renoncé à procéder à une arthrodèse du poignet droit en raison du peu de douleurs, contrôlées par de la pommade, lesquelles étaient météo-sensibles et liées à l'exposition au froid. Compte tenu du traitement médicamenteux, l'intensité des douleurs devait être relativisée. En l'absence de fondement médical objectif, l'allégation d'une fatigabilité et la persistance et accumulation des douleurs n'avaient pas à être retenues. Le recourant n'apportant aucun élément objectif médical permettant de remettre en cause les conclusions du Dr L_____, l'appréciation claire et motivée de ce dernier devait être retenue. Au regard de la jurisprudence, l'abattement de 10% auquel avait procédé l'intimée sur le salaire statistique retenu (niveau de compétence 1 dans les secteurs de la production et des services) n'était pas critiquable. Il en allait de même du salaire sans invalidité, fondé sur les données communiquées par l'employeur, ces données étant celles qui représentaient le plus fidèlement ce que le recourant eut gagné s'il avait été en bonne santé. S'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, celle-ci était fondée sur l'avis du médecin conseil de l'intimée, avis qui n'était contredit par aucun élément au dossier. S'agissant d'une appréciation essentiellement médicale, il y avait lieu de confirmer également ce point de l'instruction. Enfin, il n'y avait pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, dès lors que l'instruction médicale du dossier était complète.

Le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) de la M_____, produit par l'intimée en annexe à son recours, a été rédigé par la physiothérapeute responsable du test. Celle-ci a noté de nombreuses autolimitations (interruption de la tâche par la personne évaluée avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger, rendant les performances réalisées représentatives de ce que le sujet a accepté de faire plutôt que de ses aptitudes physiques maximales). En

conséquence, la volonté du recourant de donner le maximum aux différents tests était considérée comme incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation comme moyen.

c. Dans sa réplique du 22 août 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a en résumé contesté l'absence de valeur probante du rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles nouvellement produit, notamment en raison du fait que sa rédactrice était physiothérapeute et non médecin et de l'absence d'indice d'autolimitation dans le dossier, singulièrement lors des nombreux examens cliniques. S'agissant de la faible consommation d'antalgiques, le recourant a relevé que c'est justement parce qu'il épargnait ses membres supérieurs qu'il n'avait que très peu de douleurs. Il a pour le surplus réitéré les arguments déjà mentionnés.

d. L'intimée a exposé, dans sa duplique du 19 septembre 2023, que l'évaluation des capacités fonctionnelles était le seul système d'évaluation globalement reconnu en Suisse pour évaluer les possibilités physiques d'exercer une activité professionnelle. Les rapports de la M_____ et du médecin conseil remplissaient tous deux les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter, ce d'autant que le chirurgien traitant ne les avait pas remis en question. Elle a pour le surplus confirmé son argumentaire.

e. Par courrier du 6 octobre 2023, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé liée à l'arthrose du poignet droit, le rendant totalement incapable de travailler. De l'avis du recourant, les douleurs, déjà totalement invalidantes, avaient encore augmenté depuis un an environ.

À l'appui de son écriture, il a produit un rapport du Dr E_____ du 3 octobre 2023, lequel faisait état d'une rechute douloureuse d'arthrose radiocarpienne post-traumatique entravant une reprise d'activité professionnelle. Les douleurs, mal contrôlées mais stables depuis une année, étaient annoncées en forte augmentation depuis avril 2023 à la mobilisation de l'articulation radiocarpienne et à la mobilisation digitale dans une moindre mesure. L'assuré avait fait plusieurs tentatives de reprise d'activité dans la restauration, les petits travaux, la peinture. Ses tentatives dans des travaux administratifs moins lourds avaient échoué en raison de son absence de formation professionnelle. L'examen clinique mettait en évidence des douleurs à la palpation radiocarpienne et une légère diminution de la mobilité. Des examens radiologiques mettaient en outre en évidence une majoration de l'arthrose sous forme de sclérose et de géodes. Une infiltration était décidée pour temporiser, et une arthrodèse pourrait être effectuée ultérieurement sous réserve de la réalisation préalable d'un arthroscanner. Les arrêts de travail mentionnés attestaient d'une incapacité totale jusqu'au 31 décembre 2022, puis du 1^{er} au 5 février 2023, et d'une reprise de l'incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} octobre 2023.

f. L'intimée a tout d'abord rappelé que la situation devait s'examiner au moment de la stabilisation de l'état de santé, soit au 1^{er} février 2023, et que les rapports médicaux émis postérieurement n'étaient pas pertinents pour juger de la stabilisation de l'état de santé. Le recourant n'avait d'ailleurs pas contesté la stabilisation de son état de santé au moment de la décision litigieuse. Ensuite, elle a fait valoir que les tentatives de reprise d'activité mentionnées par le Dr E_____ semblaient avoir été effectuées dans des activités qui ne respectaient pas les limitations fonctionnelles retenues le 22 décembre 2022 par le Dr L_____ et elle se questionnait sur l'incidence de ces activités inadaptées sur la recrudescence des douleurs. Le recourant ayant annoncé une rechute, une décision y relative serait communiquée à l'assuré.

Elle s'est appuyée sur l'avis du 30 octobre 2023 de son médecin conseil, le Dr L_____. Ce médecin a estimé que le chirurgien décrivait une situation connue et exposée par l'assuré lui-même et admise médicalement lors de l'examen de décembre 2022. Dans le cas d'une destruction articulaire, l'évolution se faisait systématiquement vers une association de syndromes inflammatoires plus ou moins douloureux et de limitation de mobilité de l'articulation. Compte tenu de l'augmentation alléguée des douleurs, il était logique que le chirurgien propose une arthrodèse, sous réserve d'en vérifier l'indication par arthroscanner. Cette éventualité avait déjà été évoquée par le Dr E_____ en mai 2022. La stabilisation de l'état de santé constatée en décembre 2022 n'était par conséquent pas remise en question, stabilisation qui était déjà acquise en août 2022 à l'issue du séjour à la M_____, sous réserve d'absence d'opération à 3 ou 4 mois. Compte tenu de l'évolution attendue de l'arthrose, l'assuré avait besoin d'un suivi annuel *a minima*, avec examens complémentaires. La situation décrite dans le rapport du Dr E_____ du 2 octobre 2023 ne correspondait pas à une rechute, le médecin demeurant prudent et en attente de la suite de l'évolution, sans même demander l'arthroscanner nécessaire avant la réalisation d'une arthrodèse. Cet examen devait être compris comme un examen de suivi.

g. Le recourant a fait valoir, dans des observations du 1^{er} décembre 2023, que dans la mesure où sa capacité de travail était nulle compte tenu du tableau clinique actuel, lequel n'était pas fondamentalement différent de celui prévalant au moment de la décision entreprise, il y avait lieu de considérer que la capacité de travail était déjà inexistante à ce moment-là. Il ajoutait que si le Dr E_____ lui avait reconnu une certaine capacité de travail pendant quelques mois, c'était en raison d'une apparente stabilisation progressive de l'état de santé, stabilisation qui n'en était par conséquent pas une, ce qui était en outre démontré par l'échec de la tentative de reprise d'activité professionnelle. Il a donc confirmé ses conclusions.

h. De l'avis de l'intimée (écriture du 15 février 2024), les données objectives relevées par les différents intervenants étaient concordantes et permettaient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante et en admettant que le recourant se conforme à son obligation de réduire le dommage, une capacité de

travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr L_____. Quant à l'indication à une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthrodèse, une rechute lui avait été annoncée. Ce fait postérieur à la décision attaquée ferait l'objet d'une décision séparée, car il ne faisait pas l'objet du présent litige.

i. Se fondant sur les résultats des examens cliniques relatifs à la mobilité de son poignet droit, le recourant a considéré qu'une péjoration de son état de santé était en cours depuis la deuxième moitié de l'année 2022, ce qui contredisait la stabilisation de l'état de santé dont se prévalait l'intimée. Quant à la rechute annoncée, cette qualification n'engageait que l'intimée et s'inscrivait dans la logique du refus de la reconnaissance d'une incapacité de travail totale continue jusqu'à ce jour (écriture du 4 mars 2024).

j. L'intimée a relevé, dans ses observations du 30 avril 2024, que la faible variation des amplitudes articulaires et de la force démontrait une certaine stabilité. Pour le surplus, elle a fait valoir la force probante des rapports du Dr L_____ et de la M_____ et a persisté dans ses conclusions.

k. Par courrier du 7 janvier 2025, le conseil de l'intimée a annoncé cesser d'occuper dans la procédure.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours prévus par la loi (art. 60 al. 1 LPGA), le recours est recevable.

2. Il convient de définir l'objet du litige.

2.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative a compétence s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation que peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

La question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus du droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

2.2 Par ailleurs, l'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

2.3 En l'occurrence, l'intimée a rendu en date du 11 mai 2023 une décision par laquelle elle a confirmé le refus de rente d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 4%, ainsi que l'octroi d'une IPAI d'un taux de 20%.

Dans son recours, l'assuré conclut à l'annulation de la décision entreprise, et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée après mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il ne prend certes pas de conclusion formelle quant à la détermination du taux de l'atteinte à l'intégrité, mais dans la mesure où il sollicite l'annulation de la décision et qu'il expose, dans

son argumentaire, que l'IPAI devrait être fixée à 45%, il y a lieu de considérer que ce point de la décision est également contesté.

Il s'ensuit que le litige porte à la fois sur le droit à une rente d'invalidité et sur la fixation de l'IPAI.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

3.2 Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGa, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGa précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Par ailleurs, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite de l'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.

3.3 Selon l'art. 19 al. 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 l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et au indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4). Les renseignements relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références).

Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C/484/2019 du 3 août 2020 consid. 5.2). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques ou de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y 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'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

4.

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V consid. 3).

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

4.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit

des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de la SUVA, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

4.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 6.** En l'espèce, l'intimée a mis fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières du recourant avec effet au 31 janvier 2023 en considérant, sur la base du rapport du Dr L_____ du 27 décembre 2022, que l'état de ses poignets était stabilisé. Elle a pour le surplus dénié le droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 20% pour le poignet droit.

Le recourant fait valoir, à un stade avancé de la procédure de recours, que son état ne serait pas stabilisé. Il conteste l'appréciation du Dr L_____, en se fondant principalement sur ses propres allégations et le rapport du Dr E_____ du 3 octobre 2023, lequel fait état de douleurs stabilisées depuis un an, mais avec une forte recrudescence depuis un mois.

6.1 Il convient tout d'abord de se pencher sur la valeur probante du rapport du Dr L_____ du 23 décembre 2022 et de son appréciation subséquente du 20 avril 2023 sur lesquels l'intimée a fondé sa décision sur opposition litigieuse.

Tout d'abord, la chambre de céans constate que le rapport du Dr L_____ du 27 décembre 2022 satisfait, sur le plan formel, à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il contient un résumé des rapports médicaux figurant au dossier de l'intimée et des images de

radiologie, il relate les plaintes du recourant, il comporte un examen clinique et des diagnostics documentés. Ses conclusions sont par ailleurs claires, cohérentes et motivées.

Sur le fond, aucune possibilité d'amélioration de la situation médicale n'est évoquée, ce qui rejoint d'ailleurs l'avis de septembre 2022 du chirurgien traitant, qui n'a émis qu'une possible arthrodèse du poignet droit dans un futur indéterminé, en fonction d'une aggravation des douleurs et des limitations. Il n'est donc nullement question d'une potentielle amélioration de l'état de santé, mais d'une possible aggravation dans le futur. Par ailleurs, les quelques écarts minimes de mobilité relevés par les médecins (conseil et traitant) ne sauraient à eux seuls fonder une modification de la conclusion à laquelle tant le Dr L_____ que le Dr E_____ arrivent, à savoir qu'il n'existe plus d'amélioration possible. Le recourant ne se faisait plus prescrire aucun traitement particulier, si ce n'est des antidouleurs tout à fait conventionnels pour traiter des épisodes algiques ponctuels, y compris lors de sollicitations des membres supérieurs durant le stage à la M_____. Aucun des rapports médicaux au dossier ne fait mention d'options thérapeutiques permettant d'envisager une amélioration sensible de l'état de santé du recourant. Dans ce contexte et eu égard à la jurisprudence citée ci-avant, il y a lieu de considérer que la situation était stabilisée au moment où l'intimée a mis un terme au traitement médical et aux indemnités journalières. Elle était donc fondée à statuer à ce moment-là sur le droit à la rente.

Le Dr L_____ a par ailleurs retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété, pas d'activité nécessitant de la force ou des amplitudes importantes des poignets, pas de mouvements répétés des poignets, limitation des capacités de préhension globale fine et faible endurance.

Ces limitations fonctionnelles sont cohérentes avec les atteintes des poignets et vont même au-delà de ce que le chirurgien traitant, le Dr E_____, a retenu dans ses évaluations. Ce médecin a relevé à plusieurs reprises que le recourant se trouvait dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle lourde, et qu'il convenait d'éviter les expositions au froid, sans plus de précision. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas véritablement les constats du médecin-conseil de l'intimée, s'en prenant plutôt aux conséquences de telles limitations.

Selon le médecin-conseil, l'activité exercée antérieurement par le recourant n'est plus exigible, mais il dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Enfin, concernant l'IPAI, le Dr L_____ a estimé que celle-ci devait être fixée à 20% compte tenu de la table d'indemnisation n°5 de la SUVA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) pour une arthrose radiocarpienne à droite.

6.2 Les griefs du recourant concernant la valeur probante de l'avis du Dr L_____ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de ce médecin.

La critique du recourant selon laquelle son état de santé ne serait pas stabilisé tombe à faux, comme déjà exposé ci-dessus (consid. 6.1). Aucune mesure thérapeutique visant à une amélioration sensible de l'état de santé n'est proposée. Le rapport du 2 octobre 2023 du Dr E_____ ne fait pas allusion à une intervention pouvant améliorer l'état de santé, dès lors qu'il s'agit de procéder à la fixation définitive de l'articulation qui perdra ainsi en mobilité. Cette proposition thérapeutique n'est d'ailleurs plus sérieusement envisagée qu'au moment où le médecin rédige son rapport, même si elle était déjà mentionnée en mai 2022 comme possibilité à plus ou moins long terme. Ce rapport étant largement postérieur à la décision de l'intimée, il ne saurait remettre en question l'état de fait prévalant lorsque la décision sur opposition litigieuse a été rendue, ce d'autant que le médecin ne conteste nullement les considérations y relatives du médecin-conseil.

6.2.1 Il soulève ensuite que le médecin-conseil a omis de tenir compte des douleurs et de la fatigabilité.

Le recourant se trompe s'agissant des douleurs, ces dernières ayant été évaluées comme faiblement impactantes, vu le type d'antalgiques prescrits et la fréquence plutôt faible à laquelle l'intéressé y avait recours, y compris d'ailleurs lors de son séjour à la M_____ lors duquel ses capacités et son endurance ont été testées. Quant à la fatigabilité, le Dr L_____ l'a prise en considération, puisqu'il mentionne, au titre de limitation fonctionnelle, une faible endurance.

6.2.2 Le recourant fait également valoir que les mises en situation à la M_____ démontrent ses faibles capacités, qui ne seraient pas reconnues, à tort, par le médecin-conseil. Or, comme cela a été mentionné par les évaluateurs eux-mêmes dans leur rapport, les capacités démontrées par le recourant durant son stage à la M_____ étaient fonction de ce qu'il avait bien voulu effectuer. Il a notamment été relevé qu'il s'interrompait avant même que les évaluateurs – qui sont des professionnels formés à ce type d'exercices, y compris la physiothérapeute ayant rédigé le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles – ne remarquent un quelconque signe objectif de fatigabilité ou de douleur. Par conséquent, les tests réalisés à la M_____ ne sont pas d'une fiabilité suffisante permettant de douter des conclusions dûment étayées du Dr L_____.

Quant à l'échec des différentes reprises d'activité mentionné par le Dr E_____ dans son rapport du 2 octobre 2023, on peut douter que les activités en question (postes dans la restauration et la peinture notamment) soient conformes aux limitations fonctionnelles du recourant. Elles sont d'ailleurs qualifiées d'activités lourdes par le chirurgien traitant. Ces tentatives n'apportent par conséquent pas d'élément déterminant pour remettre en cause l'avis émis par le médecin-conseil de l'intimée.

6.2.3 S'agissant ensuite de l'IPAI, le recourant estime que l'atteinte à l'intégralité du poignet droit doit être fixée à 25%, étant donné le pronostic défavorable (une

arthrodèse est envisagée par le médecin traitant), et qu'elle doit être fixée à 20% pour le poignet gauche.

Il sera revenu plus en détail sur le calcul de l'IPAI ci-après, mais les critiques du recourant ne sauraient être suivies, dès lors qu'elles reposent sur ses propres allégations sans avis médical à l'appui.

6.3 En conclusion, la chambre de céans reconnaît pleine valeur probante au rapport du Dr L_____ du 27 décembre 2022 et renoncera, par conséquent, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

7. L'état de santé du recourant étant considéré comme stabilisé au moment où l'intimée a statué et sa capacité de travail résiduelle ayant été déterminée de manière convaincante, il convient d'examiner le calcul du droit à la rente d'invalidité effectué par l'intimée et le taux d'IPAI retenu.

8.

8.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA).

Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

8.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGa). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi

obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

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

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

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

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021

consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – 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 (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

8.4 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et

les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre 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 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

8.5 Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

8.6 La notion de marché équilibré du travail, au sens de l'art. 16 LPGa, est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main

d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et les références). En d'autres termes, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 148 V 174 consid. 9.1 et les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGa) - et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

9.

9.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'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^{re} phr.) ; 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^e phr.). 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).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

9.2 Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d).

9.3 Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), 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^{re} phr.) ; 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 (al. 1, 2^e phr.). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U. 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202).

9.4 L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2

annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

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). 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 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

10.

10.1 En l'espèce, le recourant critique le fait que l'intimée ait considéré qu'il était encore en mesure de mettre à profit une quelconque capacité de travail, les limitations fonctionnelles retenues rendant, de son point de vue, impossible l'exercice d'une activité comprise dans celles regroupées dans la catégorie des activités simples et répétitives toutes branches économiques confondues, pour un homme. Le cumul des limitations fonctionnelles rendait nulle sa capacité de travail dans toute activité.

Or, force est de constater que le marché équilibré du travail offre un nombre de postes suffisants compatibles avec les limitations dont est affecté le recourant (*cf.* consid. 8.6), lequel est certes limité dans l'usage de ses poignets, mais n'en est de loin pas privé. Les reprises d'activité dans des postes plus légers qu'il allègue avoir tentées s'étaient conclues par des échecs en raison de son absence de formation dans les domaines concernés, facteur qui ne relève pas du ressort de l'assurance-accidents, ce d'autant que le recourant est à même de mettre à profit sa capacité de travail dans des postes ne nécessitant ni formation, ni connaissances particulières.

10.2 La naissance d'un éventuel droit à la rente correspond au moment de la stabilisation de l'état de santé, soit en décembre 2022. L'intimée ayant poursuivi le versement des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2023, c'est ce moment-ci qui sera considéré comme déterminant pour se prononcer sur un éventuel droit à la rente.

10.3 Concernant le revenu avec invalidité, c'est à juste titre que l'intimée l'a déterminé sur la base de l'ESS, en appliquant le tableau TA1_skill_level, à la

ligne « total secteur privé », compte tenu de l'activité raisonnablement exigible dans un emploi adapté à son état de santé. Les données relatives à l'année 2022 ayant été publiées depuis la décision de l'intimée, c'est à ces dernières qu'il sera fait référence. Le salaire à prendre en considération est donc celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'660.- (CHF 5'305.- x 12 ; ESS 2022, TA1, tirage skill-level, ligne « total »).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2023, (41.7 heures par semaines ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'365.55 (CHF 63'660.- x 41.7 / 40).

Il convient encore d'indexer ce montant à l'année 2023, année déterminante pour la comparaison des revenus.

Dans le cadre de la décision initiale du 2 février 2023, l'intimée a retenu une augmentation de 1.1% en 2023. Or, l'évolution des salaires nominaux pour les années postérieures à 2022 a toutefois été précisée par le tableau publié par l'OFS le 22 avril 2025, lequel mentionne que les salaires nominaux des hommes avaient augmenté de 1.7% en 2023. Le revenu d'invalidité à prendre en considération est par conséquent CHF 67'493.75.

Encore une fois, si le recourant conteste être en mesure de réaliser le revenu retenu par l'intimée, celui-ci étant irréaliste compte tenu de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles et de sa fatigabilité, il ne fait valoir aucun argument concret laissant supposer qu'il ne serait pas en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi, en particulier dans des travaux de surveillance ou de contrôle, ou dans des activités physiques simples et légères que recouvrent les secteurs de la production et des services. Son argument tombe donc à faux.

10.4 L'intimée a appliqué un abattement de 10% sur le salaire d'invalidité du recourant.

Il y a lieu de retenir qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 ; 8C_608/021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1).

Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr L_____ ne paraissent pas être de nature à empêcher le recourant d'exercer l'une des activités physiques ou même manuelles simples et légères que recouvrent les secteurs de la production et des services. Un nombre suffisant d'entre elles correspond à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles du recourant, de sorte que l'intimée était

fondée à retenir un taux d'abattement de 10% sur le salaire statistique, en regard principalement de la fatigabilité.

On ajoutera encore qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de circonstances étrangères à l'invalidité, telle l'absence de formation suisse du recourant, dans la mesure où l'intimée s'est fondée sur un niveau de compétence 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples ne nécessitant aucune formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 5.4). La même conclusion s'impose s'agissant de la nationalité étrangère du recourant et de sa maîtrise limitée du français.

Il s'ensuit que le taux d'abattement de 10% sur le revenu d'invalidité du recourant retenu par l'intimée sera confirmé.

Le revenu avec invalidité s'élève dès lors à CHF 60'744.40.

10.5 Concernant le revenu sans invalidité, l'intimée s'est référée à ce que le dernier employeur du recourant aurait versé à ce dernier, à savoir CHF 62'848.- ([CHF 4'845.- x 12] + 4'708). Ce revenu n'apparaissant pas inférieur au salaire minimum selon les conventions paritaires en vigueur à l'époque (Convention nationale du secteur principal de la construction 2023-2025 et de la CCT genevoise pour le Bâtiment Gros œuvre 2023-2025), il n'y a pas lieu de le majorer en application de la jurisprudence relative au parallélisme des revenus (arrêt 8C_141/2016 du 17 mai 2016 consid. 5.2.2.3, arrêt concernant d'ailleurs les travailleurs de la construction). La chambre de céans s'y référera également.

10.6 Le taux d'invalidité du recourant s'établit par conséquent comme suit :

$$(62'848 - 60'744.40) / 62'848 = 3.35\%.$$

Ce taux d'invalidité doit être arrondi à 3% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Inférieur à 10%, le taux ne donne pas droit à une rente d'invalidité au recourant.

- 11.** Il convient finalement de déterminer si le taux d'IPAI de 20% retenu par l'intimée est critiquable.

Dans son rapport du 27 décembre 2022, le Dr L_____ a considéré que l'IPAI devait être fixée à 20% compte tenu de la table d'indemnisation n° 5 de la SUVA (taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses), qui prévoit un pourcentage de 10 à 25% pour une arthrose grave.

De l'avis du recourant, il conviendrait d'appliquer le taux maximal de 25% pour le poignet droit, dès lors que le chirurgien traitant prévoit une arthrodèse à plus ou moins brève échéance. Force est de constater que la table d'indemnisation n° 5 prévoit un taux d'indemnisation spécifique pour l'arthrodèse (15%), qui est inférieur à celui retenu par le médecin-conseil de l'intimée. Son argument est donc infondé.

S'agissant du poignet gauche, s'il présente une certaine réduction de la mobilité et engendre des douleurs, les radiographies ne démontrent aucune arthrose. Les

limitations n'atteignent par ailleurs pas celles figurant dans la table d'indemnisation n° 1 (taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs), de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir une quelconque IPAI pour le poignet gauche.

Le recourant ne s'appuie au demeurant sur aucun document médical qui justifierait de s'écarter des conclusions du Dr L_____ à ce propos.

Partant, c'est à juste titre que l'intimée a fixé le taux d'IPAI à 20%.

12.

12.1 Sur la base de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

12.3 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Pascale HUGI

Laurence PIQUEREZ

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