RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1995/2021** **ATAS/811/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 19 septembre 2022

**1ère Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS | recourant |
| contre | |
| SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY | intimée |

**Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a travaillé dès le 1er janvier 2015 en qualité de chauffeur-livreur à 100 % pour le compte de B_____ SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

**b.** Le 4 octobre 2017, l'assuré a glissé et est tombé sur la main gauche, alors qu'il déchargeait des bacs d'un fourgon.

**c.** Les radiographies réalisées le 25 octobre 2017 n'ayant pas décelé de lésion significative, le docteur C_____, médecin praticien, a retenu le diagnostic d'entorse et de foulure du poignet gauche. Il a prescrit un traitement conservateur comprenant des anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie, et attesté d'une totale incapacité de travail. Compte tenu de la persistance des douleurs, une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) et un arthro-CTscanner du poignet gauche ont été effectués les 28 février et 20 mars 2018. Ces examens ont révélé une déchirure partielle non transfixiante au niveau du versant ulnaire du TFCC (pour triangular fibro cartilage complex [ligament triangulaire du carpe]), associée à une formation kystique de 5 mm de diamètre en regard.

**d.** Le 25 juillet 2018, le docteur D_____, chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a procédé à une arthroscopie et une réparation du TFCC et à une stabilisation et un renforcement du tendon de l'ECU (pour extensor carpi ulnaris [extenseur ulnaire du carpe]). Le traitement post-opératoire a consisté en la prise d'antidouleurs, le port d'une attelle, des séances de physiothérapie et une infiltration. L'évolution a été marquée par l'installation d'une raideur généralisée du membre supérieur gauche.

**e.** Du 30 janvier au 5 mars 2019, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Dans leur rapport du 14 mars 2018 (recte : 2019), les médecins ont retenu, sur le plan orthopédique, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) du membre supérieur gauche (syndrome épaule-main), sur la base des critères de Budapest. Les plaintes et les restrictions s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Aucune incohérence n'avait été relevée, hormis des autolimitations, l'assuré sous-estimant le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. Ont été retenus, à titre de limitations fonctionnelles provisoires, les mouvements répétitifs avec le membre supérieur gauche, les ports de charges répétés de plus de 10 kg et les préhensions en force avec la main gauche.

**f.** Par rapport du 27 septembre 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'état de santé de l'assuré, examiné le 25 septembre 2019, n'était

pas stabilisé et que la situation devrait être réévaluée dans les deux mois. La reprise du métier de livreur ne serait ni possible, ni exigible.

**g.** En date du 16 janvier 2020, le Dr E_____ a revu l'assuré et retenu, dans son rapport du 21 janvier 2020, que la situation n'était toujours pas stabilisée. Il a noté une progression dans la récupération de l'épaule et une récupération de la force, mais le maintien de l'état au niveau du poignet. Il a préconisé une intensification de la physiothérapie et prévu de revoir l'assuré dans un délai de quatre mois, ce qui porterait l'examen à deux ans de l'intervention chirurgicale.

**h.** Suite à l'examen de l'intéressé le 13 août 2020, le Dr E_____ a conclu, dans son rapport du 18 août 2020, que l'état devait être considéré comme stabilisé, en l'absence de progression objective, avec une discrépance sur les éléments s'agissant de la force, et en particulier des régressions malgré la prolongation des activités rééducatives. Aucun traitement, pas même la physiothérapie, n'avait pu objectivement améliorer l'état de santé de l'assuré. En revanche, le traitement antalgique était à poursuivre pendant un an. Il existait des séquelles et l'ancienne activité de chauffeur-livreur n'était plus adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient l'élévation et la préhension de tout objet supérieur à 1 kg avec le membre supérieur gauche, le port de charges, l'élévation du membre supérieur gauche vers l'horizontale et fréquente et pour des charges supérieures à 500 g, sans porte-à-faux. La mobilité du poignet était limitée, mais l'utilisation distale fine des doigts possible une fois le membre supérieur calé, comme en témoignaient le rhabillage et le reboutonnage de chemise. En respectant ces restrictions, une activité adaptée à 100 % était exigible, sans perte de rendement, les tâches étant par définition légères.

**i.** Dans une appréciation médicale du même jour, le Dr E_____ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30 %.

**j.** Par courrier du 17 novembre 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 décembre 2020, et examinerait le droit à d'autres prestations d'assurance.

**B.** **a.** Par décision du 24 décembre 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'il n'avait pas le droit à une rente d'invalidité, en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident, et qu'elle lui reconnaissait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %.

**b.** Le 1er février 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, soutenant que son état de santé n'était pas stabilisé et que le volet psychiatrique n'avait pas été instruit. Il a notamment contesté disposer d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée et a sollicité l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure.

Il a joint un rapport du 15 octobre 2020 du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a indiqué suivre l'intéressé depuis le 11 octobre 2017, attesté d'une incapacité totale de travail dans toute activité, et relevé des

douleurs et un manque de force, même pour les travaux de manutention légers, précisant que le patient présentait encore des douleurs et une impotence fonctionnelle du poignet gauche, des douleurs au coude et à l'épaule gauche, et un syndrome anxio-dépressif.

**c.** Le 26 février 2021, l'assuré s'est soumis à une IRM de l'épaule gauche.

**d.** Par décision sur opposition du 5 mai 2021, la SUVA a rejeté la contestation de l'assuré et confirmé sa décision du 24 décembre 2020. Elle a maintenu, conformément aux rapports de son médecin d'arrondissement, que l'état de santé était stabilisé, que l'intéressé était en mesure de travailler à 100 % sans diminution de rendement dans une activité légère n'impliquant pas l'utilisation de la main gauche pour les travaux de force ou nécessitant de porter des charges de ce côté et permettant principalement de maintenir le bras gauche à hauteur de la surface de travail. Enfin, aucun élément ne permettait de s'écarter du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu.

**C.** **a.** Par acte du 7 juin 2021, l'assuré, représenté par un avocat, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) contre la décision sur opposition du 5 mai 2021 et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit dit et constaté que son état de santé n'était pas stabilisé, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les traitements en cours, à lui verser une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'un taux de 40 %. Subsidiairement, il a requis le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision une fois la stabilisation atteinte. En substance, le recourant a fait valoir que son orthopédiste avait constaté, depuis août 2020, une péjoration aux niveaux du poignet, du coude, de l'épaule gauche et des doigts, et s'est référé à l'appréciation de ce médecin. Il a indiqué renoncer à faire valoir ses troubles psychologiques et ne pas réclamer de prestations y relatives.

Le recourant a joint une attestation du 6 juin 2021 du Dr F_____.

**b.** Le Dr E_____ a réexaminé le recourant le 19 août 2021 et rédigé un nouveau rapport le jour-même.

**c.** Dans sa réponse du 22 septembre 2021, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle s'est par ailleurs opposée à la mise en œuvre d'une expertise.

**d.** Le 8 novembre 2021, le recourant a maintenu ses conclusions et sollicité l'audition de son orthopédiste, cas échéant une expertise, compte tenu de l'avis motivé et documenté de son médecin qui divergeait de celui du médecin-conseil.

Il a joint une attestation du 8 novembre 2021 du Dr F_____, ainsi que des photographies prises le 4 octobre 2021.

**e.** Par écriture du 10 janvier 2022, l'intimée a persisté, rappelé que son médecin d'arrondissement avait expliqué, dans son rapport du 19 août 2021 pour quelles raisons l'avis du médecin traitant ne pouvait être suivi.

**f.** La chambre de céans a transmis cette écriture au recourant le 13 janvier 2022.

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

**3.** Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Selon l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (al. 3).

**3.1** En l'occurrence, la décision sur opposition du 5 mai 2021 a été reçue le lendemain. Le délai de recours a donc commencé à courir le 7 mai 2021 et est arrivé à échéance le samedi 5 juin 2021, avec un report de son terme au lundi 7 juin 2021.

**3.2** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le présent recours est recevable.

**4.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 5 mai 2021, par laquelle l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé, a nié le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité et a fixé à 30 % le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, étant rappelé que le recourant ne conteste plus l'absence de relation de causalité entre ses troubles psychiques et le sinistre assuré.

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

Conformément à 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.

**5.1** 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 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

**5.1.1** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

**5.1.2** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

**5.2** 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). L'art. 6 LPGA précise 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'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 19 al. 1 LAA précise que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

**5.2.1** L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et les références).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse 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'assurance-invalidité 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

**5.2.2** La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine ainsi en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389, consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

**5.3** Conformément à l'art. 16 LPGA, 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.

**5.3.1** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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 128 V 29 consid. 1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

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

**5.3.2** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

**5.3.3** Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

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). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références).

**5.4** Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

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

**5.4.1** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne

atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). 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 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

**5.4.2** L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) – 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. 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).

**5.4.3** La Division médicale de la SUVA 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 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

**6.** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

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).

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 ; ATF 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).

**7.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

**8.** En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 5 mai 2021, l'intimée a notamment retenu qu'il n'y avait plus de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer de manière significative la capacité de gain du recourant, de sorte qu'elle était fondée à conclure que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé sur le plan somatique, à mettre ainsi un terme au versement des indemnités journalières et au traitement médical au 31 décembre 2020, et à se déterminer, à cette date, sur le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Cette appréciation se fonde sur les rapports de son médecin d'arrondissement, dont il convient d'examiner la valeur probante.

**8.1** La chambre de céans relève tout d'abord que les différentes appréciations du médecin d'arrondissement reposent sur l'étude du dossier médical complet du recourant, lequel a été ausculté personnellement les 25 septembre 2019, 16 janvier et 13 août 2020. Le Dr E_____ a tenu compte des plaintes de l'intéressé et consigné de façon minutieuse les résultats de ses examens cliniques, avant de livrer son appréciation du cas, notamment quant à l'évolution et la stabilisation de l'état de santé, le traitement à poursuivre, les limitations fonctionnelles et l'évaluation de la capacité de travail, dans le métier habituel et dans une activité adaptée.

**8.2** S'agissant de l'évolution du SDRC, dont l'existence et le lien de causalité naturelle ont été admis par le Dr E_____, il est rappelé que ce médecin avait constaté, dans son avis du 21 janvier 2020, une amélioration de l'état de santé de l'intéressé depuis son examen du mois de septembre 2019, et conclu que le cas n'était pas stabilisé sur le plan médical. Compte tenu des progrès réalisés, il avait alors préconisé une intensification de la rééducation qui était « un peu limite » avec une seule séance par semaine, afin de permettre une récupération, en particulier au niveau de l'épaule, et prévu un nouvel examen dans un délai de quatre mois. Le recourant lui ayant déclaré que son médecin généraliste lui faisait des prescriptions de rééducation « au compte-gouttes », le Dr E_____ avait suggéré à celui-ci une « fluidité de prescription » avec un minimum de deux séances de physiothérapie par semaine, voire trois (cf. courrier du 16 janvier 2020 au Dr C_____).

Les séances de physiothérapie ont dû être interrompues en raison de l'épidémie de Coronavirus et ont pu reprendre le 12 mai 2020 (cf. rapport du 7 mai 2020 du Dr C_____ et soumission au médecin-conseil du 15 juillet 2020), ce qui a justifié le report du nouvel examen au mois d'août 2020. À cette occasion, l'intéressé a notamment déclaré au Dr E_____ qu'il suivait bien deux séances par semaine, qu'il n'avait plus de rendez-vous avec le Dr D_____ et qu'il considérait que l'évolution stagnait « nettement ». Le médecin-conseil a constaté que ses examens de janvier et août 2020 étaient superposables, sans « progression objective » malgré la prolongation des activités rééducatives. Au niveau de l'épaule gauche, il a noté une légère récupération de l'amplitude, mais également une « discrépance » avec une régression de la force. Ainsi, aucun traitement, pas même la physiothérapie, n'avait pu objectivement améliorer l'état de santé de l'intéressé. Il a conclu que l'état devait désormais être considéré comme stabilisé.

**8.2.1** Les conclusions du Dr E_____ concernant la stabilisation de l'état de santé n'apparaissent pas critiquables, puisque ses examens cliniques de janvier et août 2020 sont comparables, sans amélioration des troubles de la main, du poignet et du coude gauche. S'agissant de l'épaule gauche, seule une légère augmentation des amplitudes a pu être constatée, avec toutefois une diminution de la force.

Partant, la mise en place du seul traitement envisagé, soit l'intensification des séances de physiothérapie durant plusieurs mois, n'a pas engendré d'amélioration objective. Ni subjective d'ailleurs, l'intéressé ayant relaté une nette stagnation.

À toutes fins utiles, il sera observé que les pièces médicales dont disposait l'intimée au moment déterminant ne faisaient pas non plus état d'une modification sensible du SDRC. En effet, si le Dr D_____ a mentionné une « bonne évolution », il a également indiqué qu'on pouvait s'attendre à la persistance des douleurs chroniques et des raideurs (cf. rapport du 5 mars 2020), et répondu que l'évolution était « stable » (cf. rapport du 23 mars 2020). Quant au Dr C_____, il a signalé qu'un dommage permanent était à envisager, sous la forme de douleurs persistantes et d'une diminution de la force (cf. rapport du 7 mai 2020). Enfin, le Dr F_____ a lui aussi relevé des douleurs et un manque de force, même pour les travaux de manutentions légers (cf. rapport du 15 octobre 2020). Ces médecins, qui ont tous relaté les mêmes troubles sans progression, n'ont en outre suggéré aucune mesure susceptible d'entraîner une amélioration sensible des limitations résultant du SDRC.

**8.2.2** Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit deux rapports du Dr F_____, rendus après le prononcé de la décision litigieuse, mais qui concernent son état de santé depuis le mois d'août 2020, de sorte que ces documents peuvent être pris en considération.

Dans son rapport du 6 juin 2021, le Dr F_____ a remis en cause les conclusions du médecin d'arrondissement, affirmant que le cas n'était pas stabilisé et que l'évolution était mauvaise, ajoutant avoir constaté une péjoration de l'état fonctionnel du membre supérieur gauche depuis le mois d'août 2020, aussi bien en termes de fonctionnalité que de troubles douloureux. Il a résumé son examen clinique, exposé que son patient présentait des raideurs très significatives et incapacitantes de l'épaule au poignet. Il a en outre rappelé les conclusions de l'arthro-lRM de l'épaule du 26 février 2021, soit une arthropathie acromio-claviculaire marquée avec une bursite sous-acromiale deltoïdienne modérée et une minime déchirure partielle non transfixiante du sus-épineux devant faire suspecter un conflit antéro-supérieur, ainsi qu'un comblement du triangle graisseux sous-coracoïdien et une infiltration de l'intervalle de la coiffe des rotateurs devant faire suspecter une capsulite rétractile (cf. rapport d'IRM du 4 mars 2021). Le Dr F_____ a considéré que les troubles trophiques, qui entraînaient des variations de la couleur et de chaleur de la peau, étonnamment encore présents après trois ans et demi de l'accident, apparaissaient de manière imprévisible. Ils étaient incapacitants pour le patient et diminuaient la force et réduisaient donc de manière significative toute activité, même minime du membre supérieur gauche. La main ne bénéficiait plus de la mobilité naturelle de l'épaule, le poignet était en position quasi clouée et ce qui était mobile, était douloureux. Quant au coude, l'intéressé avait conservé la fonctionnalité qui correspondait au maintien de la capacité de se toucher le visage, de porter à celui-ci un objet

d'usage usuel et nécessaire. Le membre supérieur gauche n'était dès lors utile que pour la fonction de préhension d'un objet inférieur à 500 g au visage ou au-dessous, et pour maintenir par pression et appui un objet sur une table. Dès lors, les limitations définies par le médecin-conseil en 2020 n'avaient plus cours. En l'état actuel, les restrictions comprenaient l'élévation et la préhension du membre supérieur gauche de plus de 500 g., le port de charges, l'élévation au-dessus de l'horizontale, le port en porte-à-faux, toute activité répétitive. La fonction des doigts était libre, celle du membre supérieur gauche de 20 %, avec un rendement de 50 % dans une activité adaptée, et l'atteinte à l'intégrité de 40 %. Le traitement devait être poursuivi et le patient être adressé à un centre de la douleur.

Par rapport du 8 novembre 2021, le Dr F_____ a confirmé que l'évolution était restée défavorable, « longtemps non-stabilisée » et avec des séquelles importantes, qui se traduisaient par une importante impotence fonctionnelle des trois articulations du membre supérieur gauche. Il a rappelé les limitations fonctionnelles de la mobilité, auxquelles s'ajoutaient des douleurs chroniques régionales exacerbées à la moindre tentative de mobilisation du poignet, des troubles trophiques récurrents à type de changement de couleur et d'apparition de paresthésies du membre supérieur gauche, douleurs et troubles qui péjoraient de manière marquée l'utilisation résiduelle du membre supérieur gauche dans toutes ses activités, et qui rythmaient chaque consultation depuis le mois de février 2018. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'impossibilité de porter une charge supérieure à 500 g, de lever le membre supérieur gauche au-dessus de 80° de flexion, d'étendre le coude, de porter davantage que des ustensiles de cuisine, une brosse à dent ou un gant de toilette, et le poignet était en situation d'arthrodèse. À titre de fonctions résiduelles, le médecin a noté que le coude pouvait tenir un dossier contre le thorax, le poignet pouvait servir de presse-papier, et pour boire et manger, faire la toilette, l'habillage était possible, mais entravé, la main gardait une fonctionnalité des doigts pour les gestes fins et précis. Ces importantes limitations pouvaient s'aggraver, avoir un impact négatif sur la ceinture scapulaire et la colonne cervicale. Les troubles trophiques, que le patient évoquait constamment, ajoutaient encore au handicap. La stabilité du membre supérieur gauche n'était pas acquise. L'impotence du membre supérieur gauche était donc de 80 % et exclusivement liée à l'accident assuré.

Entre ces deux rapports, le médecin d'arrondissement a procédé à un nouvel examen du recourant. Dans son appréciation du 19 août 2021, le Dr E_____ a observé que la prise d'antalgiques était quasiment identique à celle qui prévalait au moment de son dernier examen en août 2020, et qu'il existait une discrète amyotrophie bicipitale. Les mobilités de l'épaule, du coude et du poignet gauche étaient globalement comparables, et la force était également équivalente, mais elle avait pu être testée de façon plus fine durant l'examen grâce à plusieurs exercices. Ces derniers avaient permis de retenir une élévation sans difficulté de poids de 800 g à 1 kg, ce qui permettait de confirmer les limitations fonctionnelles établies

précédemment. Ainsi, son nouvel examen clinique était extrêmement proche de celui d'août 2020, hormis l'aspect de l'épaule pouvant conditionner une certaine mal-utilisation ou hypo-utilisation du bras gauche, ainsi que de celui du Dr F_____, ce qui attestait de la stabilisation de l'état de santé. Le conflit antéro-supérieur avec une progressive atteinte musculaire sous l'arthropathie acromio-claviculaire constituait une pathologie dégénérative qui ne pouvait être rattachée à l'événement accidentel du 4 octobre 2017, étant relevé que le rapport initial du Dr C_____ ne concernait que le poignet et que le Dr F_____ n'avait décrit aucune pathologie au niveau de l'épaule dans son rapport du 22 novembre 2017. De même, la capsulite rétractile n'avait pas d'influence sur la constitution de cette pathologie. En conclusion, s'il y avait péjoration de l'état de santé, celle-ci était en rapport avec la pathologie de l'épaule qui, au degré de la vraisemblance prépondérante, était sans lien avec l'accident assuré.

**8.2.3** La chambre de céans constate que l'aggravation fonctionnelle du membre supérieur gauche depuis le mois d'août 2020, évoquée par le Dr F_____, n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis, puisque les constats objectifs du médecin traitant sont effectivement superposables à ceux de l'examen final du mois d'août 2020, ainsi qu'à ceux réalisés en cours de procédure.

Les restrictions de mobilité et les douleurs aux niveaux de l'épaule, du coude, du poignet et de la main gauche ont bien été prises en considération par le médecin d'arrondissement, qui a conclu à d'importantes limitations fonctionnelles, bien plus importantes que celles énoncées à titre provisoire à la CRR, et qui rejoignent pour l'essentiel celles du Dr F_____. En août 2020, le Dr E_____ avait retenu que le membre supérieur gauche était « peu utilisable », que les restrictions comprenaient l'élévation et la préhension de tout objet supérieur à 1 kg avec le membre supérieur gauche, l'élévation du membre supérieur gauche vers l'horizontale, fréquente et pour des charges supérieures à 500 g, sans porte-à-faux. L'utilisation distale fine des doigts était possible une fois le membre supérieur calé. En août 2021, suite à un nouvel examen médical approfondi, le médecin d'arrondissement a confirmé ces restrictions, grâce à plusieurs épreuves réalisées durant sa consultation. L'appréciation du Dr F_____, faisant état d'une limite à 500 g pour la préhension ou l'élévation avec le membre supérieur gauche, est ainsi contredite par les tests concrets du Dr E_____, lequel a observé une élévation sans difficulté de poids de 800 g à 1 kg.

On relèvera encore que le Dr F_____ n'a pas expliqué en quoi les variations de couleur ou de chaleur de la peau seraient propres à entraîner des restrictions supplémentaires à celles déjà retenues par le médecin-conseil. De plus, on peut déduire du rapport du 8 novembre 2021 que le médecin traitant n'a pas lui-même constaté des changements trophiques et des asymétries de température ou de couleur, mais que ces symptômes ont seulement été rapportés par le patient. Or, si le Dr E_____ avait constaté une très légère différence de température en 2019

(cf. rapport du 25 septembre 2019), puis une discrète modification de coloration en janvier 2020 (cf. rapport du 21 janvier 2020), il n'a plus observé de modification de coloration, de température, de sudation ou de pilosité des membres supérieurs, que ce soit en août 2020 ou en août 2021 (cf. rapports des 18 août 2020 et 19 août 2021).

Enfin, le Dr F_____ n'a suggéré aucun traitement médical susceptible d'entraîner une amélioration notable de l'état de santé de son patient. En ce qui concerne la simple proposition d'adresser le recourant à un centre de la douleur, il sied de relever qu'elle avait déjà été émise de longue date (cf. rapports des 27 novembre 2019 et 23 mars 2020 du Dr D_____), sans que l'intéressé ne semble y avoir donné suite.

Pour le surplus, le Dr E_____ a expliqué de façon claire et convaincante les motifs pour lesquels l'atteinte dégénérative mise en évidence en mars 2021 n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 4 octobre 2017, au cours duquel seul le poignet avait été lésé. L'argumentation du médecin-conseil n'a d'ailleurs pas été critiquée ou remise en cause par le Dr F_____.

**8.2.4** Partant, force est de constater que les rapports du Dr F_____ ne contiennent aucun élément concret permettant de douter des conclusions du Dr E_____, dûment motivées et convaincantes.

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère, sur la base des appréciations du Dr E_____ qui remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, que l'état de santé du recourant était stabilisé au mois d'août 2020 et que l'intimée était donc fondée à mettre un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 décembre 2020.

**8.3** S'agissant du droit à la rente, le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre du calcul opéré par l'intimée. Il se contente de contester l'entière capacité de travail résiduelle retenue par le Dr E_____ et se prévaut de l'appréciation de son médecin traitant, lequel a évoqué « un rendement de 50 % » dans une activité adaptée.

**8.3.1** La chambre de céans constate cependant que le Dr F_____ n'a avancé aucune explication médicale pouvant étayer une perte de rendement de 50 %. Elle rappelle que si le recourant, droitier, est très limité dans l'utilisation du membre supérieur gauche, il ne présente aucune autre restriction, notamment du membre supérieur dominant, des membres inférieurs, ou encore du rachis. Il conserve en outre l'usage de ses doigts et peut se servir de son membre supérieur gauche pour maintenir par pression et appui un objet contre son torse ou sur une table, par exemple.

Partant, elle considère que la diminution de rendement alléguée par le recourant sur la base d'un avis, succinct, dénué de toute motivation et émanant de son médecin traitant, n'est pas établie. Elle renoncera, par appréciation anticipée des

preuves, aux mesures d'instruction sollicitées par l'intéressé. En effet, vu la nature des atteintes somatiques et le contenu des nombreux rapports médicaux figurant au dossier, il apparaît clairement que le recourant n'est nullement restreint, pour des raisons de santé, dans sa capacité à exercer une activité légère de type mono-manuel à plein temps et sans diminution de rendement.

À toutes fins utiles, il sera encore souligné que, selon la jurisprudence, il existe suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne peuvent exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains (arrêts du Tribunal fédéral 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5 ; 9C_124/2019 du 28 mai 2019 consid. 3.2 ; 8C_811/2018 du 10 avril 2019 consid. 4.4.2 ; 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.1 ; 8C_37/2016 du 8 juillet 2016 consid. 5.1.2 ; 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3 ; 8C_939/2011 du 13 février 2012 consid. 4.3 ; 8C_819/2010 du 7 avril 2011 consid. 6.4.1 ; 8C_971/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3 ; 8C_810/2009 du 3 mars 2010 consid 2.6.4).

**8.3.2** Pour le surplus, la chambre de céans ne relève aucun motif justifiant de s'écarter du calcul du 24 décembre 2020, lequel n'est pas critiquable.

En effet, l'intimée s'est fondée sur les informations communiquées par l'employeur pour déterminer le salaire de valide, auquel elle a ajouté, au profit du recourant, un deux-tiers de gain mensuel à titre de 13ème salaire. Elle a ainsi tenu compte d'un montant de CHF 57'000.-.

Quant au gain d'invalide, elle s'est référée à bon droit aux ESS 2018, TA1_tirage_sill_level, ligne total, homme, niveau de compétences 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière. Ce revenu a ensuite été ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse et de l'indexation des salaires nominaux, de sorte que le salaire d'invalide s'élevait à CHF 69'265.47. Enfin, un abattement de 15 % a été appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de sorte que le gain d'invalide a été arrêté à CHF 58'875.65.

En toute hypothèse, la chambre de céans observe que, même en retenant l'abattement maximum de 25 %, le revenu d'invalide s'élèverait à CHF 51'949.10 et le taux d'invalidité à 8.86 %. Il demeurerait donc inférieur aux 10 % nécessaires à l'ouverture du droit à une rente.

**8.3.3** Partant, c'est à bon droit que l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**8.4** Enfin, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr E_____ s'est référé aux tables de la SUVA et a tenu compte d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale (15 %), d'un coude avec un simple flexum fonctionnel (5 %), et d'un

poignet dont le blocage équivalait à une arthrodèse radio-carpienne (15 %), tout en précisant que l'ensemble ne saurait dépasser l'équivalent d'une paralysie du plexus brachial de type supérieur, soit 30 %.

**8.4.1** Le Dr F_____ a pour sa part estimé que le taux de l'indemnité devait être fixé à 40 %. Il n'a cependant émis aucun argument à l'encontre de l'appréciation du médecin d'arrondissement.

**8.4.2** En l'absence de tout élément médical susceptible de mettre en doute l'évaluation claire et convaincante du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenue par le Dr E_____ dans son avis du 18 août 2020, il n'y a pas lieu de revoir à la hausse le taux de 30 % reconnu.

**8.4.3** Par conséquent, la décision litigieuse peut être confirmée sur ce point également.

**9.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, vu l'issue, ne peut prétendre à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

L'intimée a conclu à l'octroi de dépens. Les assureurs sociaux n'ont toutefois pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), de sorte qu'il ne lui en sera pas alloués.

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

* * * * * *

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. 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 |
|---|---|
| Maryline GATTUSO | Fabienne MICHON RIEBEN |

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