



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2053/2019

ATAS/279/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 avril 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc
MATHEY-DORET

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1985, était employé de C_____ Sàrl (ci-après l'employeuse) comme aide-jardinier du 25 mai au 31 août 2015, lorsqu'il s'est blessé, le 13 août 2015, en utilisant une meuleuse pour couper un tuyau en fer en deux. Une partie du tuyau lui a profondément coupé l'annulaire et le majeur de la main droite.
2. La SUVA caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée) a informé l'assuré, le 27 août 2015, qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 13 août 2015. Il avait droit, dès le 16 août 2015, à une indemnité journalière de CHF 61.45 par jour calendaire.
3. Selon un rapport établi par le service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) le 13 août 2015, l'assuré avait été pris en charge par la chirurgie de la main (désinfection plaie, lavage et suture des tendons). Il avait un arrêt de travail à 100% de trois semaines, soit jusqu'au 3 septembre 2015.
4. L'employeuse a transmis le 28 septembre 2015 à la SUVA les trois dernières fiches de salaire de l'assuré dont il ressort qu'il a touché CHF 990.74 bruts en mai 2015, CHF 3'904.02 en juin 2015 et CHF 3'607.93 en juillet 2015. Son salaire-horaire était de CHF 24.35, plus 3,98% pour les jours fériés, 10,64% pour les vacances, 8,33% pour le 13^{ème} salaire et CHF 50.- par mois de contribution à l'assurance-maladie.
5. Selon le contrat de durée déterminée qui liait l'employeuse à l'assuré, celui-ci était engagé pour une durée déterminée de trois mois, du 21 mai au 31 août 2015, pour quelques heures par mois, au maximum un 80%, avec un salaire brut de CHF 24.32 (sic), plus 3,98% pour les jours fériés, 10,64% pour les vacances, 8,33% pour le 13^{ème} salaire et CHF 50.- par mois de contribution à l'assurance-maladie. La convention collective de travail du personnel de jardinage était applicable.
6. À teneur d'un rapport d'entretien du 4 février 2016, l'assuré avait indiqué à la SUVA, en présence d'un interprète, qu'il avait aussi des douleurs au genou gauche liées à l'accident, car il avait fait un mouvement de rotation de son corps suite à ses graves lésions subies à la main droite. Il n'avait pas signalé ce fait au médecin, car il avait peu d'importance par rapport à ses lésions de la main droite. L'évolution était très lente. Il avait toujours des douleurs à la main droite, surtout la nuit. Il prenait quotidiennement des médicaments (Lyrica) et poursuivait ses séances de physiothérapie, à raison de deux fois par semaine. Sa main droite était presque inutilisable, sauf l'index et le pouce qu'il pouvait un peu utiliser, mais cela augmentait ses douleurs. Il était encore totalement incapable de travailler pour une période indéterminée. Il vivait en Suisse depuis environ trois ans, sans permis de travail, était célibataire et sans charge de famille. Il avait également une expérience en tant que plâtrier.

7. Selon un rapport du 4 février 2016 établi par le docteur D_____, médecin interne du département de chirurgie des HUG, l'assuré souffrait d'un CRPS (syndrome douloureux régional complexe) et d'allodynie. Il ne pouvait pas reprendre le travail pour l'instant.
8. L'assuré a été hospitalisé du 18 mai au 29 juin 2016 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR), qui a retenu qu'il était en incapacité de travail à 100% du 27 mai au 29 juin 2016 et du 30 juin au 30 juillet 2016, à réévaluer.
9. À teneur d'un rapport établi le 22 septembre 2016 par la CRR, l'assuré avait encore séjourné dans son service de réadaptation de l'appareil locomoteur, du 9 août au 17 août 2016. Il s'agissait d'un assuré droitier, ouvrier-jardinier, ne parlant pas le français, qui lui avait été adressé un an après une plaie par meuleuse au travail (section des extenseurs de D3 et D4 de la main droite). Il avait été opéré en urgence. L'évolution était marquée par des douleurs et une raideur des doigts chez un patient qui excluait sa main droite. Il avait séjourné à la CRR où le diagnostic d'algoneurodystrophie de la main droite avait été posé. La rééducation avait été difficile en raison de douleurs importantes. Il revenait pour une réévaluation de l'indication à un bloc antalgique. Il était incapable de travailler à 100% dans sa profession du 9 août au 5 septembre 2016, à réévaluer.
10. Le 1^{er} octobre 2016, le Dr D_____ a indiqué qu'après six semaines de rééducation sensitive locale, malgré la présence d'un interprète, la compréhension et la compliance du patient restaient difficiles. Dans ce contexte, l'arrêt de la prise en charge par l'équipe d'ergothérapie des HUG avait été proposé ainsi que la poursuite de la physiothérapie, qui semblait améliorer passablement l'état du patient. Celui-ci présentait également des symptômes frustes d'un CRPS. Une compétence de son appareil extenseur avait toujours été constatée ainsi qu'une évolution satisfaisante du geste chirurgical d'un point de vue anatomique. Cependant, le CRPS associé à l'allodynie n'avait qu'une évolution modérée malgré le Lyrica, qui avait été arrêté en raison de ses effets secondaires (sommolences et céphalées). Dans ce contexte, il semblait nécessaire de convenir d'une consultation auprès de l'équipe de la douleur chronique ainsi qu'un éventuel avis psychiatrique. Le patient débiterait sa rééducation à la SUVA dans les prochaines semaines.
11. Le docteur E_____, médecin praticien FMH, a indiqué, dans un rapport intermédiaire du 10 octobre 2016, que l'allodynie de l'assuré persistait, que le pronostic était réservé et que le traitement actuel était de l'ergothérapie et de l'antalgie.
12. Selon un rapport médical établi le 29 octobre 2016 par le docteur F_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, l'incapacité de travail jusqu'au 31 octobre 2016 était toujours justifiée pour les seules suites de l'accident, car l'évolution n'était pas favorable selon la CRR. Il semblait qu'une activité monomanuelle soit la seule possible actuellement.

13. Lors d'un entretien avec un gestionnaire de la SUVA du 4 novembre 2016, l'assuré a indiqué que le Dr E_____ avait effectué, le 2 novembre 2016, une nouvelle demande pour qu'il puisse se rendre à nouveau à la CRR pour des soins. Il attendait une confirmation à ce sujet. Il avait mal jour et nuit, mais surtout la nuit, quand il bougeait sa main droite. Il n'arrivait pas à fermer l'œil et depuis l'infiltration faite à la CRR, il avait mal à tout le bras droit. La douleur remontait de ses doigts le long de son bras droit et irradiait jusque dans le haut de son cou, à la base du crâne derrière son oreille droite. Il n'arrivait plus à tourner sa tête à droite. Il en avait marre, c'était trop long et il ne voyait pas d'amélioration. Son état s'était même empiré. Il voulait trouver une solution pour diminuer la douleur. Il n'avait pas encore de nouvelles de l'assurance-invalidité et n'avait pas d'assurance-maladie.
14. À teneur d'une note du 23 novembre 2016 relative à une séance « Kick-Off » avec le docteur G_____, médecin-conseil de la SUVA, en tenant compte du jeune âge de l'assuré, le pronostic d'une stabilisation finale du dossier pouvait être envisagé à deux ans de l'accident du 13 août 2015, soit courant août 2017, au plus tard. Il était proposé de soumettre le dossier au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre-conseil de la SUVA, pour le facteur d'ordre psychiatrique. La reprise dans l'activité d'aide-jardinier était peu probable, mais pas exclue. Tout dépendrait de l'évolution des troubles. Il fallait prévoir éventuellement, pour le courant du printemps 2017, un séjour à la CRR, en vue de la liquidation du dossier.
15. Dans une appréciation psychiatrique du 7 décembre 2016, le Dr H_____ a indiqué qu'il ne voyait pas, à la lecture du dossier - mais peut-être avait-il manqué un rapport - de document médical signalant la présence d'une atteinte psychique. Il ne retrouvait pas non plus de document émanant d'un psychiatre évoquant la présence d'un suivi spécialisé. Il était donc surpris par la demande.
16. Dans un rapport du 20 février 2017, le Dr E_____ a indiqué que le diagnostic était un CRPS du bras droit avec une absence d'évolution favorable. Le traitement multidisciplinaire de l'assuré devait encore durer plusieurs mois.
17. À teneur d'un courriel du Dr E_____ du 12 mai 2017, la situation demeurait la même, à savoir une persistance des douleurs du MSD (membre supérieur droit). Il était trop tôt pour se prononcer sur le résultat. Le traitement était en cours. Il proposait d'adresser à nouveau le patient à la CRR pour avis, au terme du traitement.
18. Le dossier a été soumis au médecin d'arrondissement, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour déterminer s'il était judicieux d'adresser le patient à la CRR. Le Dr I_____ a répondu que tel n'était pas le cas et qu'il fallait lui soumettre le bilan final à la fin de l'été pour un examen final.
19. Le 28 juin 2017, l'assuré a demandé à la SUVA une augmentation de ses indemnités, car la somme de CHF 2'400.- ne lui permettait pas de vivre. Quand il

avait été à la CRR pendant deux mois, il avait eu des injections sur un nerf, ce qui était une erreur médicale. Il espérait trouver un terrain d'entente.

20. Le 29 juin 2017, la SUVA a répondu à l'assuré que les conditions pour une éventuelle augmentation de son indemnité journalière n'étaient pas remplies.
21. L'assuré a été invité à se présenter à un examen par le Dr I_____, le 20 septembre 2017. Le rapport établi par ce dernier le 27 septembre 2017 résume le dossier médical de l'assuré ainsi que ses déclarations et les constatations faites. Le médecin a posé les diagnostics de CRPS du bras droit, plaie de la main droite le 13 août 2015 avec section des tendons extenseurs de D3 et D4 et arthrotomie de l'IPP de D4 avec suture en urgence et hypoacousie de perception. Sous « appréciation du cas », il a indiqué qu'à plus de deux ans du traumatisme de la main droite par meuleuse avec plaie ouverte des doigts 3 et 4, l'évolution était défavorable avec un CRPS II, diagnostiqué en tout cas dès novembre 2015. Une infiltration plexuelle en août (2016) avait exacerbé toute la symptomatologie. La situation stagnait avec des douleurs diffuses du membre supérieur droit. L'assuré avait des difficultés pour dormir, en raison de ses douleurs. Son état de santé était en voie de stabilisation. Le problème de CRPS était cliniquement en voie d'extinction. Il était proposé d'activer la rééducation fonctionnelle, afin de récupérer une fonction équilibrée au niveau de l'épaule et de la main. Le médecin proposait un nouveau séjour à la CRR, avec peut-être un bilan neurologique afin d'exclure le problème plexuel. L'examen clinique fait à l'agence pouvait être considéré comme normal. Le bilan final était à prévoir dans six mois. Les limitations fonctionnelles définitives et l'exigibilité seraient données à ce moment-là.
22. L'assuré a été convoqué à la CRR le 7 novembre 2017 pour un nouveau séjour. Selon le rapport établi le 19 janvier 2018 par la CRR, l'assuré avait séjourné dans son service de réadaptation de l'appareil locomoteur du 7 novembre au 6 décembre 2017. La situation était stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement d'ergothérapie pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie de l'assuré. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident chez un patient qui excluait sa main dominante. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était limité par des facteurs contextuels chez un patient qui ne parlait pas le français, était sans formation reconnue en Suisse et sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient étaient des douleurs persistantes, de type brûlure, d'intensité estimée à 5 sur 10 au repos et à 7-8 sur 10 en mouvement, localisées à l'avant-bras, faces antérieure et postérieure, s'étendant proximale jusqu'au tragus droit et distalement prenant l'ensemble de la main droite, mais principalement en D3 et D4. Le patient avait l'impression que son état ne s'améliorait pas, malgré les traitements proposés. Au talon droit, il mentionnait des douleurs à la marche. Les diagnostics suivants avaient été posés au cours du séjour :

- sur le plan orthopédique : instabilité du tendon extenseur ulnaire du carpe DDC. Aucune indication chirurgicale n'était retenue dans le contexte d'une atteinte bilatérale, sans signe de synovite clinique ou à l'US chez un patient qui excluait sa main droite. Talalgies droites non spécifiques chez un patient annonçant des douleurs au talon à la marche et pour lesquelles le bilan radiologique ne montrait pas d'atteinte spécifique.
- sur le plan psychiatrique : trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Durant le séjour, une thymie légèrement abaissée avait été constatée dans un contexte d'incertitude lié aux douleurs chez un patient difficile à rassurer. Un suivi individuel semblait utile afin de l'aider à gérer les douleurs et leurs conséquences. Ce trouble était toutefois sans impact significatif sur la capacité de travail.
- sur le plan neurologique : troubles sensitifs mal-systématisés au membre supérieur droit avec un déficit moteur fonctionnel antalgique.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : port répété de charges supérieures à 5-10 kg et activités bi-manuelles nécessitant une prise de force avec la main droite. La situation était stabilisée du point de vue médical. L'assuré avait été totalement incapable de travailler dans la profession de paysagiste-jardinier du 7 novembre 2017 au 5 janvier 2018 et l'était pour une longue durée.

23. Par courriel du 8 novembre 2017, l'employeuse a indiqué à la SUVA que l'assuré toucherait à ce jour un salaire horaire de CHF 24.95, plus CHF 0.99 (3,98% jours fériés), CHF 2.76 (10,64% indemnité vacances), CHF 2.39 (8,33% 13^{ème} salaire) et CHF 50.- (50% allocation pour assurance maladie), soit un salaire horaire brut de CHF 81.09, avec un maximum de 80% de temps de travail, donc 32 heures par semaine.
24. Dans un formulaire-type signé le 8 novembre 2017, l'employeuse a indiqué que l'horaire de travail normal dans son entreprise était de 8 heures par jour et 40 heures par semaine et que l'horaire de travail de l'assuré avait été au maximum de 8 heures par jour et 32 heures par semaine. Le salaire-horaire était de CHF 24.35, plus 10,64% (indemnité vacances), 3,98% (jours fériés) et 8,33% (13^{ème} salaire) et une allocation pour assurance maladie de CHF 50.-.
25. Le 6 février 2018, le Dr I_____ a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient le port de charges supérieures à 5-10 kg et les activités bi-manuelles nécessitant une prise en force avec la main droite. L'état médical était stabilisé. Il fallait voir avec le Dr H_____ pour la causalité naturelle avec les troubles psychiques.
26. Dans un rapport établi le 5 mars 2018, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré souffrait toujours d'un CRPS de la main droite, au décours d'une exclusion fonctionnelle de la main droite, et d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Les traitements en cours étaient médicamenteux (antidouleurs et antidépresseurs). Ils n'amélioraient pas l'état de santé, mais la capacité de travail

résiduelle. L'ergothérapie améliorait la qualité de vie, à raison de deux à trois séances par semaine. Toute autre prise en charge ne semblait plus apporter d'aide ni d'amélioration de l'état de santé, à ce jour.

L'assuré était totalement incapable de travailler en qualité de jardinier. Sa capacité de travail était de 80% environ dans une activité adaptée, en tenant compte du temps nécessaire au traitement d'ergothérapie dans le calcul du taux. Le rendement était plein. L'activité devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : ports de charges répétés du membre supérieur de maximum 5-10 kg et pas d'activité bi-manuelle nécessitant une prise de force avec la main droite. Le patient était encore limité dans ses démarches, en raison de ses faibles connaissances de la langue française, mais, du point de vue médical, cela n'interférait pas dans la reprise d'une activité professionnelle.

27. Dans son rapport établi le 14 mars 2018, le Dr H_____ a relevé que, selon le consilium psychiatrique effectué à la CRR le 10 novembre 2017, le psychiatre avait retenu un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Ce trouble devait être mis, selon le Dr H_____, en lien avec un facteur de stress. En l'occurrence, l'assuré était atteint au membre supérieur gauche. Il s'agissait a priori d'une réaction dysphorique de peu d'importance, soit légère, en lien avec les séquelles/conséquences de l'accident. Dans ce sens, une causalité naturelle devait être retenue. Le Dr H_____ s'interrogeait sur l'évolution globale dans cette situation, qui aboutissait, ce qui était de mauvais pronostic, à une exclusion fonctionnelle et à une chronicisation de la problématique algique. Il s'agissait d'une situation typique qui allait évoluer vers une invalidation.
28. La SUVA a sélectionné trente-quatre descriptions de postes de travail (ci-après DPT) avec un salaire minimal de CHF 42'735.- et un salaire maximal de CHF 74'440.-, soit une moyenne de salaires en 2017 de CHF 56'874.-. Elle a, en outre, sélectionné les cinq DPT suivantes, représentant un salaire moyen en 2017 de CHF 58'540.- :
 - la profession de collaborateur de production, permettant l'introduction de pauses dans le déroulement du travail, qui demandait très souvent le maniement d'objets légers à motricité fine et une position assise de longue durée, parfois le port de charges légères jusqu'à 5 kg, rarement soulever au-dessus du buste des charges jusqu'à 5 kg, jamais le port de charges de plus de 5 kg, le maniement d'objets moyens à lourds, des positions avec travail au-dessus de la tête, rotation, assise et penchée, debout et penchée, à genoux, flexion des genoux et jamais de déplacement de plus de 50 m. L'entreprise Maillefer instruments, à Ballaigue, faisait partie d'un groupe qui était le leader mondial pour la fabrication et la distribution d'instruments dentaires. Elle s'occupait essentiellement de la fabrication de petits instruments de coupe, comme des instruments pour l'endodontie, des fraises, mèches, perceurs, tenons et instruments à la main. Il s'agissait d'un poste d'opérateur de conditionnement manuel : travail de mise en boîte d'instruments dentaires, soit un travail simple

et répétitif pour les conditionnements de base, plus compliqué pour les trousseaux et les kits. Il fallait une attention particulière pour le suivi documentaire, la propreté au poste de travail et la lutte contre les mélanges. L'environnement pouvait être qualifié de silencieux et propre, avec un travail très répétitif, assis et très immobile. L'usage des deux mains n'était pas nécessaire.

- un poste d'aide de cafétéria, avec introduction de pauses dans le déroulement du travail possible, impliquant très souvent le port de charges très légères (jusqu'à 5 kg) et la marche sur moins de 50 m, parfois la position de longue durée debout. Il n'y avait pas de maniement d'objets, rarement une rotation de la main, pas de position de travail au-dessus de la tête, rotation, assise et penchée à genoux ou avec flexion des genoux et, rarement une position debout et penchée. Il n'y avait pas de position de longue durée assise, pas de déplacements de plus de 50 m. L'usage des deux mains était partiellement nécessaire. Il s'agissait d'un poste de travail qui existait uniquement dans les grandes cafétérias. La personne s'occupait de débarrasser les plateaux des tables, de nettoyer les tables, puis de mettre les plateaux dans une grande armoire roulante. Une fois l'armoire pleine, elle devait être conduite en cuisine où les plateaux devaient être déchargés et nettoyés. Le poste nécessitait de la polyvalence (par exemple encaissement de la marchandise).
- un poste de collaborateur de production pour Vacheron Constantin, permettant des pauses dans le déroulement du travail, demandant, très souvent, de soulever des charges très légères jusqu'à 5 kg, du maniement d'objets légers à motricité fine et une position assise de longue durée avec un usage des deux mains partiellement nécessaire. La personne était assise devant sa machine et posait des roues dentées à l'aide de brucelles sur un papier abrasif qui défilait. Cette opération donnait un fini de qualité à la pièce, réservée au haut de gamme. Le travail était possible avec une seule main. L'autre main devait en principe abaisser un levier. Pour une personne handicapée d'une main ou d'un bras, le levier pouvait être remplacé par une pédale. Cette activité ne demandait aucune force. Il était nécessaire de rester assis tout le temps. Il n'y avait aucun réglage à faire.
- un poste de rectifieur pour ETSM SA, permettant des pauses dans le déroulement du travail, demandant très souvent des positions de longue durée assise, debout ou à choix, avec l'usage des deux mains partiellement nécessaire, parfois le port de charges très légères jusqu'à 5 kg, le maniement d'objets légers à motricité fine. Il s'agissait d'une entreprise active dans le rectifiage et la finition de pièces destinées à l'horlogerie, les instruments de mesure, le domaine médical, etc. Le responsable du service effectuait les réglages de la machine. Ensuite, l'ouvrier effectuait le travail sur les pièces. Pour l'essentiel, ces dernières pesaient quelques grammes et les poids ne dépassaient pas les 4 à 5 kg au total. Il n'y avait pas d'outils à utiliser et la manutention quotidienne se situait dans une fourchette de 30 minutes à 3 heures à peine. Elle se répartissait

entre quelques travaux d'emballage, de tri et de comptage, qui se faisaient debout, mais ne représentaient pas plus de 20% du temps de travail moyen. Selon la précision exigée, toutes les 3 ou 4 pièces, on devait utiliser un micromètre pour contrôler.

- et un poste d'ouvrier de scierie pour la scierie Zhand SA, avec la possibilité de pauses dans le déroulement du travail, demandant très souvent une position de longue durée debout, souvent un maniement d'objets légers à motricité fine et, rarement, de la marche jusqu'à 50 m. L'usage des deux mains n'était pas nécessaire. Le trieur était occupé debout devant un tapis constitué de rotules sur lesquelles arrivaient différentes pièces de bois. Selon la qualité de l'usinage, on laissait passer la pièce ou on la poussait vers l'avant de 10 cm pour qu'elle soit ensuite vue par un détecteur qui la changeait de réceptacle. L'activité ne demandait aucune force physique. Repousser la pièce sur 10 cm était très facile. On traitait entre 25 à 30 pièces à la minute. Il n'y avait pas d'autres manutentions.

29. Selon un résumé du 27 avril 2018 fait par la SUVA des documents déterminants pour la fixation de la rente, le début de la rente devait être fixé au 1^{er} avril 2018. La causalité adéquate avec les troubles psychiques était refusée. La limitation fonctionnelle était liée à la main droite. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : ports répétés de charges supérieures à 5-10 kg et activités bi-manuelles nécessitant une prise en force avec la main droite.

« GPP 2017 » selon informations fournies par l'employeur le 8 novembre 2017 :
 $\text{CHF } 24.35 \times 40 \times 52 + 8.33 = \text{CHF } 56'218.95$

$\text{CHF } 50 \times 12 = \text{CHF } 600.-$

Total CHF 56'818.95

DPT 2017 : CHF 58'540.-.

30. Par décision du 27 avril 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'il ressortait de ses investigations, notamment sur le plan médical, qu'il était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il ne doive pas porter de charges de plus de 5-10 kg et effectuer des travaux nécessitant une prise de force avec la main droite. Une telle activité était exigible durant la journée et lui permettait d'obtenir un revenu de CHF 58'540.-. Comparé au gain de CHF 56'818.95 réalisable sans l'accident, il n'en résultait aucune perte. Une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existait pas. Il n'avait donc pas droit à une rente d'invalidité.

Si, outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes devaient aussi réduire la capacité de gain, la SUVA ne pourrait en répondre, dans la mesure où de tels troubles n'apparaissaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

31. Le 26 avril 2018, l'assuré a fait valoir que son employeuse avait incorrectement indiqué un taux d'occupation de 50%, puis de 80%. Comme il l'avait mentionné dans sa demande de prestations à l'assurance-invalidité, il travaillait à 100% et même davantage que l'horaire usuel de travail à temps plein. Des témoins pourraient au besoin confirmer ce fait. Le contrat de travail produit par son employeuse n'était ainsi pas conforme à la réalité. Il apparaissait en outre que son salaire effectif excédait celui que son employeuse avait déclaré. Il était récemment arrivé du Kosovo et, à la date de son engagement, il ne comprenait pas le français ni ce qu'il lisait. Il y avait dès lors lieu d'interpeller son employeuse à ce sujet. Il se trouvait dans une situation financière délétère suite à la cessation du versement des indemnités journalières et demandait une décision rapide.
32. Le 8 mai 2018, l'assuré a formé opposition à la décision du 27 avril 2018. Il contestait être apte à exercer une activité professionnelle du type de celles retenues à 100%. Il demandait les bases du calcul à l'appui du refus de lui allouer une rente d'invalidité, en particulier les fiches DPT utilisées. Une rente d'invalidité lui était indéniablement due dont le taux restait à déterminer.
33. Selon un rapport établi le 17 octobre 2018 par le docteur J_____, du service d'anesthésiologie de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, suite à une consultation du 20 juillet précédent, au vu du mauvais vécu du bloc axillaire en 2016, le patient refusait toute approche interventionnelle et ne souhaitait pas de nouvel essai médicamenteux supplémentaire. Il était proposé un suivi psychiatrique, par exemple par la consultation psychiatrique adulte de la rue de Lyon (CAPPI), en présence d'un interprète professionnel. Le patient était en faveur d'une telle prise en charge.
34. Selon le rapport final établi par le SMR le 25 novembre 2018, aucune capacité de travail n'était exigible dans l'activité d'aide-jardinier, mais dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail médico-théorique était entière, avec un début de l'aptitude à la réadaptation à février 2018. Les limitations fonctionnelles étaient : privilégier un poste sédentaire sans gestes nécessitant le concours du membre supérieur droit et éviter les activités en hauteur ou nécessitant de monter/descendre des escaliers ou des escabeaux.
35. Par projet de décision du 18 janvier 2019, l'OAI a retenu que le statut de l'assuré était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, il lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 13 août 2015 (début du délai d'attente d'un an). En revanche, dès le 1^{er} février 2018, il était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. Son invalidité se calculait de la manière suivante :
- revenu sans invalidité : CHF 67'102.-
 - revenu avec invalidité : CHF 60'392.-
 - perte de gain : CHF 6'710.-, soit un taux d'invalidité de 10%.

Un degré d'invalidité de 10% n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles de la part de l'assurance-invalidité.

36. Selon une note sur la détermination du degré d'invalidité de l'OAI, celui-ci s'était, s'agissant du revenu avec invalidité, référé au tableau TA1, tous secteurs confondus (total) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS) indiquant qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activité simple et répétitive) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 67'102.-. En raison de ses limitations fonctionnelles, une réduction supplémentaire de 10% était accordée, ce qui ramenait le salaire annuel brut à CHF 60'392.-. Les autres critères admis par la jurisprudence, tels que l'âge, le permis, les années de service et le taux d'occupation et le fait que seule une activité légère était possible ne permettaient pas une réduction supplémentaire dans son cas.

S'agissant du revenu sans invalidité, en l'absence de données salariales concrètes, l'OAI s'était fondé sur les ESS 2016 TA1, tous secteurs confondus (total), pour une activité simple et répétitive (niveau 1), et obtenu ainsi le montant de CHF 67'102.- pour une activité à plein temps.

37. Le 6 février 2019, l'assuré a requis des nouvelles de son opposition auprès de la SUVA, en relevant que l'OAI avait retenu un taux d'invalidité de 10%, ce qui démentait son appréciation. Il relevait que cette évaluation du taux d'invalidité était largement inférieure à celle qui devait être retenue. En effet, la capacité totale de travail dans une activité adaptée était clairement démentie par le rapport du Dr E_____ du 5 mars 2018, lequel attestait d'une incapacité de travail maximale de 80% et du fait que l'abattement de 10% retenu était manifestement insuffisant. En effet, il ne parlait ni ne comprenait le français, ne disposait d'aucune formation et il fallait tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de ses douleurs chroniques de la main. Un abattement minimal de 20% s'imposait. L'assuré concluait ainsi à l'octroi d'une rente d'invalidité de 36% au minimum.
38. Selon une appréciation du Dr I_____ du 22 février 2019, celui-ci a indiqué que sur le plan strictement médical, vu les limitations fonctionnelles définies lors du séjour à la CRR, la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fixées avait été fixée par celle-ci à 100% sans limitation de temps ni de rendement. Sur le plan strictement médical et somatique, il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une diminution de rendement.
39. Par décision du 27 février 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.
40. Par décision sur opposition du 23 avril 2019, la SUVA, se référant au rapport de la CRR du 19 janvier 2018 et aux avis du Dr I_____ des 6 février 2018 et 26 février 2019, a retenu que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations était entière, sans limitation de temps ni de rendement.

Attendu qu'il n'avait pas repris d'activité lucrative, la SUVA était en droit de se référer aux données salariales résultant des DPT, pour déterminer le revenu d'invalidité. Tenant compte du profil d'exigibilité défini par le Dr I_____ le

6 février 2018, la division prestations d'assurance avait consigné cinq DPT, qui ressortaient d'une banque de données continuellement actualisée et élaborée par la SUVA, qui recensait des postes de travail existant dans l'économie et qui contenait des indications aussi bien sur le salaire versé que sur les exigences physiques nécessaires ou la formation requise. Cette documentation ne servait pas à procurer à l'assuré un emploi, mais uniquement à déterminer le revenu d'invalidé sur la base de possibilités d'emploi concrètes et exigibles. Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé par le biais des DPT supposait, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il était fait référence. Ces documents démontraient qu'il existait sur le marché général du travail des emplois légers et adaptés à la situation de l'assuré. De telles places de travail permettaient de réaliser un gain moyen annuel de CHF 58'540.- (13^{ème} salaire compris).

Dans son rapport médical du 5 mars 2018, le Dr E_____ n'avait pas fait état d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà retenues par la SUVA. Il avait toutefois précisé que la capacité de travail devait être fixée à 80%, en raison du temps nécessaire au traitement d'ergothérapie. Or, un tel argument n'était pas pertinent, car il était raisonnablement exigible de demander à un assuré de suivre son traitement en dehors des heures habituelles de travail. Il n'était d'ailleurs pas rare de trouver des cabinets acceptant de recevoir des patients durant de telles périodes.

En ce qui concernait le taux d'abattement, il n'y avait pas lieu d'en opérer un sur un revenu déterminé en fonction de DPT, dès lors que celles-ci prenaient déjà en considération la situation particulière de l'assuré.

En l'absence de tout élément nouveau laissant supposer que l'état de santé de l'assuré se serait aggravé depuis le rapport médical du Dr E_____ du 5 mars 2018 ou depuis celui établi le 17 octobre suivant par le Dr J_____, la SUVA ne voyait aucun motif d'ordonner un nouveau séjour auprès de la CRR.

En définitive, le gain d'invalidé fixé à CHF 58'540.- ne prêtait pas le flanc à la critique, dès lors que les DPT sélectionnées étaient adaptées au handicap de l'assuré et qu'elles avaient été versées au dossier en conformité avec la jurisprudence en la matière. Le manque de formation et de maîtrise de la langue française n'entraîne pas en considération dans l'estimation de l'invalidité.

S'agissant du gain de valide, il y avait lieu de rappeler que l'assuré avait été engagé en 2015 pour une durée déterminée, soit du 21 mai au 31 août 2015. La question de savoir si le contrat de travail aurait été reconduit au-delà du 31 août 2015 si l'assuré n'avait pas été victime de son accident n'avait pu être tranchée, l'employeuse n'ayant pas répondu aux courriers qui lui avaient été adressés à ce sujet les 20 février et 6 mars 2019 ainsi que le 22 mars 2019. Pour déterminer le gain

présupposé perdu, la division prestations d'assurance de l'OAI s'était fondée sur les informations communiquées par l'employeuse, selon le courriel du 8 novembre 2017, dans lequel il était notamment indiqué que l'assuré aurait touché un salaire-horaire de CHF 24.95 s'il avait continué à travailler au service de l'employeur. Pour arriver au revenu de valide de CHF 56'819.-, la division prestations d'assurance avait tenu compte d'un horaire de travail de 40 heures par semaine qu'elle avait ensuite annualisé en y ajoutant la part du 13^{ème} salaire et en prenant en considération l'allocation pour l'assurance-maladie de CHF 50.- par mois, stipulée dans le contrat de travail du 21 mai 2015. Même en retenant un horaire de travail hebdomadaire de 42,5 heures - comme cela était prévu par la convention collective de travail du secteur des parcs et jardins, des pépinières et de l'arboriculture du canton de Genève - et en portant ainsi le gain de valide à CHF 59'732.-, cela ne changeait rien au résultat final, puisque l'incapacité de gain restait toujours clairement inférieure à 10%.

Contrairement à l'OAI qui s'était fondé sur des données statistiques tirées de l'ESS pour déterminer le gain de valide, la division prestations d'assurance s'était, quant à elle, référée aux renseignements fournis par l'ancienne employeuse de l'assuré. Il s'agissait d'informations plus concrètes et donc plus précises que celles qui ressortaient de l'ESS. La comparaison entre le revenu exigible de CHF 58'540.- et le gain réalisable sans accident de CHF 59'732.- (horaire de travail hebdomadaire de 42,5 heures) aboutissait à une perte de capacité de gain de 1,99%, arrondie à 2%, soit un degré d'invalidité largement inférieur au seuil légal ouvrant le droit à une rente.

La décision du 27 avril 2018 était donc confirmée et l'opposition rejetée.

41. Le 28 mai 2019, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition de la SUVA du 23 avril 2019, contestant le taux d'invalidité retenu pour le calcul de la rente. L'appréciation faite par l'intimée de l'exigibilité n'était pas réaliste. À la lumière de l'évolution de son état depuis une année, il apparaissait que l'exigibilité théorique de 80% dans une activité adaptée mentionnée par le Dr E_____ en mars 2018 reposait sur un pronostic largement trop optimiste. En effet, il souffrait d'un CRPS du membre supérieur droit qui résistait à tous les traitements entrepris, ses limitations étaient importantes et il souffrait encore de douleurs chroniques. À cela s'ajoutaient des troubles psychiatriques qui, contrairement à ce qu'avait retenu la SUVA, étaient en relation de causalité avec l'accident. Ses troubles à la santé rendaient clairement illusoire l'exercice d'une activité à plein temps et à plein rendement.

De plus les DPT retenues étaient incompatibles avec ses atteintes à la santé. On peinait à concevoir qu'un assuré incapable d'effectuer des tâches bi-manuelles et ne parlant pas le français puisse exercer une activité d'aide de cafétéria. De même, les postes de collaborateur de production, de rectificateur ou d'ouvrier de scierie apparaissaient incompatibles avec ses limitations fonctionnelles importantes et ses douleurs chroniques à la main droite. On ne pouvait dès lors procéder à la

détermination de son revenu d'invalidé sur la base des DPT retenues par la SUVA. En l'état, l'instruction médicale du dossier était insuffisante. La chambre des assurances sociales devrait ordonner une expertise bidisciplinaire orthopédique (main) et psychiatrique afin d'évaluer correctement l'exigibilité. En l'état, un taux d'invalidité minimal de 36% devait être retenu.

42. Par réponse du 26 août 2019, l'intimée a fait valoir que les DPT avaient été sélectionnées en fonction des limitations fonctionnelles du recourant. Le fait de ne pas parler français n'était pas pertinent s'agissant du travail d'aide de cafétéria, puisqu'il s'agissait de desservir et nettoyer les tables.

Le recourant n'avait pas contesté l'absence de lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident du 13 août 2015 retenue par l'intimée au stade de l'opposition, ni dans son opposition sommaire du 8 mai 2018, ni dans la motivation de celle-ci par pli du 6 février 2019, neuf mois plus tard. Cette tentative paraissait donc tardive et elle était vaine dans tous les cas. En effet, en considérant que le recourant avait subi un accident de gravité moyenne stricto sensu, la jurisprudence en la matière exigeait que soient réalisés au moins trois critères objectifs pour qu'un lien de causalité adéquat soit retenu. Or, tel n'était pas le cas en l'espèce.

43. Le 17 septembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit un rapport médical établi le 11 septembre 2019 par la doctoresse K_____.

À teneur de ce dernier, le diagnostic était un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré avait été vu quatre fois en consultation. Pendant les entretiens, un état dépressif en lien avec son état psychique et sa situation actuelle était exprimé. Il se plaignait de douleurs chroniques, qui avaient des répercussions importantes dans sa vie quotidienne. Il disait avoir beaucoup changé. Il se montrait irritable, frustré et avait tendance à l'isolation. Il décrivait un sentiment d'impuissance importante, d'inutilité et se disait fatigué. Il exprimait des idées noires passives et avait des troubles du sommeil et de l'appétit.

44. Le 9 octobre 2019, l'intimée a observé qu'on ne pouvait suivre le recourant lorsqu'il prétendait que le dernier rapport produit attestait d'un état dépressif sévère consécutivement à son accident. Ce document ne faisait que poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Elle maintenait en conséquence ses conclusions en rejet du recours.

45. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. 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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques (le 21 avril 2019) au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
6. 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).
7. 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).
8. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs

pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

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

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

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

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont

les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans ce dernier cas de figure, pour que le caractère adéquat de l'atteinte psychique puisse être retenu, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3 et la référence).

S'agissant d'un assuré dont la main droite avait été écrasée contre un mur lors du déplacement d'un meuble lourd, occasionnant des lésions certes graves, mais limitées à deux doigts de la main, le Tribunal fédéral a considéré qu'on ne pouvait d'un point de vue objectif, conférer un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à cet accident. Il fallait prendre en considération le déroulement de l'accident dans son ensemble et non pas seulement le caractère impressionnant des atteintes physiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015).

Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré

(arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts 8C_361/2007 consid. 5.3; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Le point de savoir si les douleurs physiques sont suffisamment importantes peut toutefois demeurer indécis dans la mesure où, en plus des critères examinés plus haut, aucun des autres critères n'est rempli. En effet, aucune complication dans le processus de guérison ou erreur médicale n'est à déplorer et on ne peut pas parler d'une longue incapacité de travail imputable aux lésions physiques (voir a contrario arrêt 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6).

S'agissant du critère des douleurs physiques importantes, il a été admis dans le cas d'une assurée qui en présentait toujours avec une intensité de 7/10, qui allaient persister sa vie durant, l'obligeant à suivre un traitement pénible au long cours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2017 du 10 juillet 2018).

Le Tribunal fédéral a retenu, dans un arrêt du 22 janvier 2020 (8C_277/2019), que si le critère de la persistance des douleurs physiques avait été à juste titre admis par l'instance précédente, celui-ci n'avait pas revêtu une intensité particulière. En effet, des périodes d'amélioration étaient documentées dans le dossier et il ne ressortait pas des déclarations de l'assuré à son médecin qu'il aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

Le Tribunal fédéral a considéré qu'on ne pouvait retenir des complications importantes, dans le cas d'un assuré dont la fonction de l'épaule n'avait pas été rétablie et qui ne pouvait plus utiliser son membre supérieur droit au-dessus de la ligne horizontale, ce qui ne signifiait pas encore que cette situation résultait de complications importantes, qui n'étaient d'ailleurs pas établies. On se trouvait plutôt en présence de l'échec d'un traitement. L'échec d'un traitement médical ne signifiait pas pour autant qu'une erreur ait été commise (arrêt 8C_755/2012 du 23 septembre 2013).

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2).

9. a. 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).

b. 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 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 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; 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).

10. 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).
11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

12. Le juge des assurances sociales 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 des assurances 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. a. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1 phr. 1 LAA)

b. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à

l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

c. 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 réaliser 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 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

d. 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).

e. 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).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

f. 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 ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le

Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible. (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

Si le revenu avec invalidité est fondé sur les ESS, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb). 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 (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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

14. Dans sa décision du 23 avril 2019, la SUVA s'est référée au rapport d'évaluation pluridisciplinaire établi le 19 janvier 2018 par les médecins de la CRR, qui ont retenu les limitations fonctionnelles définitives suivantes : pas de ports répétés de charges supérieures à 5-10 kg et pas d'activités bimanuelles nécessitant une prise de force avec la main droite. Dans son avis du 6 février 2018, le Dr I_____ a retenu les mêmes limitations et précisé, le 26 février 2019, que la capacité de travail du recourant était entière, sans limitation de temps, ni de rendement. La CRR et le

Dr I_____ ont pris en compte pour fixer la capacité de travail résiduelle du recourant le fait qu'il souffrait d'un CRPS du membre supérieur droit.

Le rapport établi le 5 mars 2018 par le Dr E_____ ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de la CRR et du Dr I_____, dès lors qu'il retient les mêmes limitations fonctionnelles et qu'il a fixé la capacité de travail à 80%, en raison du temps nécessaire au traitement d'ergothérapie. Il a ainsi pris en compte un élément qui n'était pas pertinent, la capacité de travail devant être fixée sur le plan médico-théorique, à savoir uniquement en fonction des limitations fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé du recourant.

Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations au 1^{er} avril 2018 et il ne se justifie pas en conséquence de procéder à des mesures d'instruction complémentaires ni, en particulier, à une expertise.

15. a. Le recourant a encore invoqué que ses troubles psychiatriques étaient en lien de causalité avec l'accident du 13 août 2015, lesquels réduisaient sa capacité de travail et son rendement. Il a produit à cet égard un rapport médical établi le 11 septembre 2019 par la Dresse K_____, qui pose le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, sans préciser si ce diagnostic est incapacitant.
- b. Il convient d'examiner si les critères développés par la jurisprudence permettent de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et son accident du 13 août 2015.

L'accident du 13 août 2015 peut être qualifié de gravité moyenne, dès lors que le recourant a été coupé profondément à deux doigts. L'on ne peut pas retenir que les circonstances concomitantes de l'accident ont été particulièrement dramatiques ou un caractère particulièrement impressionnant de l'accident, au vu de la jurisprudence précitée relative à un cas relativement similaire à celui du recourant, dans lequel l'assuré avait eu une main écrasée contre un mur avec des lésions graves, mais limitées à deux doigts de la main. Même si l'atteinte qu'a subie le recourant était d'une certaine importance, elle n'était pas propre à entraîner des troubles psychiques, selon l'expérience de la vie, dès lors qu'elle s'est limitée à deux doigts.

Bien que l'atteinte ait évolué négativement avec l'apparition d'un CRPS, l'on ne peut retenir le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, celui-ci ayant principalement consisté en une opération effectuée le jour de l'accident, étant rappelé qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte à cet égard la prise de médicaments antalgiques et la prescription de physiothérapie, selon la jurisprudence.

Le critère des douleurs physiques persistantes peut être retenu, mais doit être relativisé, dès lors que le Dr E_____ a indiqué, le 5 mars 2018, que le traitement en cours, notamment les antidouleurs, amélioreraient la capacité de travail résiduelle et que l'ergothérapie améliorerait la qualité de vie du recourant. Il n'apparaît ainsi pas

que celui-ci ait été, constamment et de manière significative, entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

Le recourant a fait valoir que lors de son séjour à la CRR, en août 2016, il avait eu une injection sur un nerf, ce qui était une erreur médicale. Si le Dr I_____ a confirmé, le 27 septembre 2017, qu'une infiltration plexuelle en août 2016 avait exacerbé toute la symptomatologie de l'assuré, il ne ressort pas du dossier qu'il s'agirait là d'une erreur médicale. Le Dr J_____ a, en particulier, évoqué un mauvais vécu par le recourant du bloc axillaire en 2016, sans laisser entendre qu'il y a aurait eu une erreur médicale. Il n'est pas rendu vraisemblable que l'assuré aurait été victime d'une erreur médicale. Le seul fait qu'un traitement ne se révèle pas favorable, ne peut pas pour autant être considéré comme une erreur médicale.

L'on peut admettre que des difficultés sont apparues au cours de la guérison du recourant par l'apparition du CRPS, mais cela doit être relativisé, dans la mesure où l'atteinte est limitée au membre supérieur droit de celui-ci.

Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas rempli, lorsque, comme en l'espèce, l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente.

Dès lors qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, les critères retenus n'apparaissent pas suffisants en nombre et intensité pour retenir le caractère adéquat du lien de causalité. C'est donc à juste titre que l'intimée n'a pas pris en compte les troubles psychiques du recourant pour déterminer son droit à une rente d'invalidité.

16. a. Bien que l'OAI ait déterminé le revenu avec invalidité de l'assuré sur la base des ESS, la SUVA pouvait se référer aux DPT, qui constituent des données plus concrètes que les ESS. Le recourant a fait valoir que les DPT retenues étaient incompatibles avec ses atteintes à la santé. Il estimait ne pas pouvoir exercer une activité d'aide de cafétéria, en raison du fait qu'il ne parlait pas le français et ne pouvait faire d'activités bi-manuelles. Ces arguments ne sont pas convaincants, dès lors qu'il s'agit principalement dans ce poste de débarrasser des tables, porter des plateaux pesant moins de 5 kg et éventuellement d'encaisser de la marchandise, ce qui est compatible avec les limitations fonctionnelles du recourant, qui ne sont que le port de charges supérieures à 5-10 kg et les activités bi-manuelles nécessitant une prise en force avec la main droite. Par ailleurs, l'absence de maîtrise du français n'est pas déterminante s'agissant d'une activité de rangement, qui ne nécessite pas ou peu d'échange avec les clients, ce d'autant plus qu'il s'agit en l'occurrence de grandes cafétérias, ce qui implique la présence de collègues pouvant intervenir en cas de besoin.

Par ailleurs, le recourant s'est contenté d'alléguer que les postes de collaborateur de production, de rectificateur ou d'ouvrier de scierie apparaissaient incompatibles avec ses limitations fonctionnelles importantes et ses douleurs chroniques à la main

droite, sans préciser pour quels motifs, ce qui n'apparaît pas d'emblée évident, la description des postes ne prévoyant pas de mouvement que le recourant ne peut plus faire. Il en résulte que l'intimée pouvait se fonder sur les DPT pour évaluer le revenu avec invalidité du recourant et qu'elle a retenu, en conséquence, à juste titre un revenu avec invalidité CHF 58'540.-. Il sera en outre relevé que le revenu avec invalidité retenu par l'intimée est favorable au recourant, dès lors qu'il est moins élevé que celui retenu par l'OAI sur la base des ESS.

b. S'agissant du gain de valide, l'intimée s'est référée à juste titre aux revenus que l'assuré aurait pu toucher sans l'invalidité dans sa dernière activité, étant rappelé que ce revenu doit être évalué de la manière la plus concrète possible et qu'il convient en principe de se référer au dernier salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé. Il en résulte que l'intimée n'était pas liée par le fait que l'OAI s'est référé aux ESS.

L'intimée a tenu compte du courriel adressé à elle le 8 novembre 2017 par l'employeuse – qui indiquait qu'en 2017, le salaire-horaire de l'assuré aurait été de CHF 24.95 – et a établi le taux d'invalidité pour une activité à temps plein de 42,5 heures de travail par semaine, en application de la convention collective. Elle a calculé le revenu en tenant compte de 52 semaines travaillées (incluant en conséquence les vacances et les jours fériés) et ajouté l'indemnité contractuelle de CHF 50.- par mois. Elle a ainsi retenu un revenu sans invalidité de CHF 59'732.- ($[24.95 \times 42,5 \times 52] + 8,33\% + [50 \times 12] = 59'732.-$). La chambre de céans parvient, pour sa part, avec le même calcul, à CHF 60'332.-. Si l'on retient ce dernier montant, plus favorable au recourant, le taux d'invalidité est de 3% ($[(CHF 60'332.- - CHF 58'540.-) = CHF 1'792.- \times 100 / CHF 60'332.- = 2,9\%$ arrondis à 3%). Ce taux d'invalidité est insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à une rente d'invalidité.

17. Infondé, le recours sera rejeté.

18. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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