



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2103/2019

ATAS/1062/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 novembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Catarina
MONTEIRO SANTOS

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963, a travaillé en qualité de nettoyeur de fin de chantier pour l'entreprise B_____ plus SA (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} juin 2010, à raison de 40 heures par semaine. À ce titre, il était assuré pour le risque d'accident auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Par déclaration du 16 septembre 2015, l'employeur a annoncé à la SUVA que l'assuré avait été victime d'un accident le 14 septembre 2015. Il était « tombé d'un escabeau lourdement », sur un chantier. Dès le 14 septembre 2015, l'assuré a été en incapacité de travail totale.
3. Par décision du 24 septembre 2015, la SUVA a accordé à l'assuré une indemnité journalière de CHF 107.20 dès le 17 septembre 2015.
4. Selon un rapport de la doctoresse C_____, médecin assistant auprès du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), du 12 octobre 2015, le diagnostic était une fracture de l'extrémité distale du radius droit intra-articulaire comminutive type C3 selon la classification AO, une luxation du coude droit (status post réduction fermée), et une luxation postérieure du coude droit sans fracture associée (status post réduction fermée sous sédation analgésie).

Le 18 septembre 2015, l'assuré avait été opéré (réduction ouverte, ostéosynthèse par plaque palmaire et greffe de substitut osseux). L'évolution était favorable, l'assuré pouvait rentrer à domicile le 19 septembre 2015 avec un traitement.

5. D'après un rapport du docteur D_____, médecin chef de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 22 février 2016, adressé à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le diagnostic était une suspicion de syndrome douloureux régional complexe (ci-après : CRPS) du membre supérieur droit sur accident avec status post réduction, une luxation du coude, une hypoesthésie de la branche superficielle du nerf radial et de la branche palmaire du nerf médian sur status post ostéosynthèse d'une fracture EDR à droite, ainsi qu'une lésion haute du sous-épineux et du long chef du biceps de l'épaule droite.
6. Dans son rapport intermédiaire du 27 mars 2016, le Dr D_____ a indiqué comme diagnostic une névralgie. L'évolution de la raideur du coude et du poignet était mauvaise et le pronostic réservé. Le traitement, dont la durée prévisible était de deux ans, consistait en de la physiothérapie, ainsi qu'une consultation orthopédique et psychologique. Il fallait intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié, car on pouvait s'attendre à une persistance de l'incapacité de travail. De langue maternelle portugaise, l'assuré ne maîtrisait pas la lecture ni l'écriture du français. Il avait très peu de connaissances en informatique. Compte tenu de ses nombreuses expériences professionnelles, les techniques de travail étaient bien maîtrisées. Son réseau familial et social était intact, l'assuré se

disant bien entouré par sa famille et ne rencontrant aucune difficulté sur le plan émotionnel. Il était volontaire pour collaborer dans la réinsertion professionnelle. Auparavant, il percevait un salaire plus important en tant que maçon. Ayant été victime d'une crise cardiaque en 1994, il avait été mis au bénéfice des indemnités journalières maladie pendant 720 jours et des prestations du chômage pendant 2 ans. Depuis lors, il exerçait des emplois de concierge et d'agent d'entretien en intérim.

7. Selon un rapport établi le 3 juin 2016 par la doctoresse E_____, psychiatre, l'assuré présentait un épisode dépressif moyen (F32.1), avec une thymie triste, des troubles du sommeil, des idées noires et une anxiété élevée. Cette symptomatologie aurait commencé après son accident de travail et son état psychique s'était péjoré depuis. Après l'introduction du traitement médicamenteux, l'état de l'assuré s'était légèrement amélioré.
8. Du 13 juillet au 18 août 2016, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR). Selon le rapport y relatif du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, et du docteur G_____, médecin-assistant, du 19 août 2016, le diagnostic principal était des thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs persistantes et une limitation fonctionnelle du membre supérieur droit. Les diagnostics supplémentaires étaient un CRPS de type 1 sous forme d'un syndrome épaule-coude-main, une neuropathie de la branche sensitive du nerf radial droit sur l'ENMG du 26 juillet 2016, une fracture de l'extrémité distale du radius droit intra-articulaire et comminutive de type C3 selon la classification AO, une luxation du coude droit avec réduction fermée et un traumatisme de l'épaule droite. L'assuré présentait également un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique.

À l'entrée, les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient des douleurs et un manque de mobilité au niveau du membre supérieur droit. La douleur était sentie comme une sensation de lancée tout au long du membre supérieur droit, des piqûres et des décharges électriques et des fourmillements sur le trajet radial droit jusqu'au pouce droit. La douleur était sentie jour et nuit, beaucoup plus la journée à cause des activités. Le patient déclarait qu'il ne dormait pas sur le côté droit et qu'il était souvent réveillé pendant la nuit. Il déclarait une douleur de 4-5/10 au repos et au maximum de 6/10.

Les plaintes et lésions s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré ainsi que son retour au travail : mauvaise maîtrise du français, patient très centré sur la douleur avec une attitude parfois passive, syndrome dépressif associé, kinésiophobie légère à modérée, auto-évaluation basse de ses capacités fonctionnelles, auto-évaluation très élevée du handicap. Néanmoins, durant le séjour, l'assuré avait réussi à bien se mobiliser et à s'impliquer dans sa rééducation. Il avait suivi une prise en charge de physiothérapie,

d'ergothérapie, psychosomatique et des consultations spécialisées de l'épaule et de la main.

Le traitement antalgique était basé sur du Dafalgan 1 g 3 fois par jour ainsi que du Lyrica 50 mg 2 fois par jour, ce qui avait été suffisant pour l'assuré.

L'évolution subjective et objective restait peu favorable. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme élevée en ergothérapie et moyenne en physiothérapie. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de lourdes charges, activités prolongées et/ou répétitives au-dessus du plan des épaules, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, mouvements de serrage et gestes répétitifs avec la main droite. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie pourrait améliorer la situation de l'assuré. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six à douze mois s'agissant d'un CRPS dont l'évolution était longue. Aucune nouvelle intervention n'était proposée pour le moment. Une ablation de la plaque pourrait être pratiquée d'ici six mois, si les signes de CRPS s'amélioraient. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était actuellement défavorable. Cette activité serait probablement très difficile à reprendre. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles n'était pas favorable actuellement, mais devrait l'être à terme.

9. Selon un rapport du Dr D_____ du 26 octobre 2016, l'assuré présentait une raideur du coude et du poignet droits en flexion/extension, une prosupination avec une mobilité digitale et des douleurs au piston du poignet. L'arthro-CT du poignet montrait une fracture consolidée avec une destruction de la surface radioscapoïdienne et un léger amincissement du cartilage au niveau de la fossette semi-lunaire. Globalement, l'évolution était discrètement favorable par rapport au CRPS. La névralgie sur les nerfs était toujours présente. La névralgie sur les rameaux palmaires du nerf médian était légèrement meilleure, raison pour laquelle la physiothérapie était poursuivie. À long terme, une arthrolyse du coude et un geste chirurgical sur le poignet étaient à discuter. Le pronostic restait réservé. L'activité de nettoyeur de fin de chantier dans le bâtiment ne semblait pas réalisable par l'assuré même en post-opératoire d'une éventuelle arthrolyse du coude et d'un geste sur le poignet.
10. Par courrier du 6 février 2017, la SUVA a confirmé aux HUG son accord pour la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 1^{er} mars 2017, ainsi que du traitement médical, conformément à l'avis du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, du 2 février 2017. Ce médecin avait donné son aval à l'intervention chirurgicale prévue le 1^{er} mars 2017, probablement en lien de causalité naturelle avec l'événement du 14 septembre 2015. Il conviendrait de suivre régulièrement la stabilisation de l'état de santé de l'assuré au minimum à trois mois, selon l'évolution.

11. Selon le compte-rendu opératoire du 9 mars 2017 et la lettre de sortie du 14 mars 2017 de la doctoresse I_____, médecin cheffe de clinique aux HUG, l'intervention du 1^{er} mars 2017 avait consisté en une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) de la plaque EDR droit, une ostéotomie de correction de l'EDR droit, une tentative d'arthroscopie du poignet, une arthrodèse scapho-lunaire, une prise de greffe oléocrânienne, une résection du pôle distal du scaphoïde et une ouverture du tunnel carpien. Les suites postopératoires étaient simples. La réfection du pansement montrait une cicatrice calme. La radiographie postopératoire était satisfaisante. L'assuré pouvait rentrer à domicile à deux jours postopératoires en bon état général avec une antalgie simple.
12. D'après des rapports intermédiaires de la Dresse I_____ des 20 et 28 juin 2017, le diagnostic était une malrotation du radius droit avec un déficit de supination, une arthrose radio-scaphoïdienne et radio-ulnaire droite, un status post ostéosynthèse de l'EDR droit en 2015, une névralgie brachiale droite de la branche superficielle du nerf radial et du rameau palmaire du nerf médian. Les dysesthésies du pouce droit étaient inchangées depuis l'intervention chirurgicale de 2015. Il y avait une discrète amélioration de la supination. Le pronostic était réservé. Aucune circonstance particulière n'avait influencé l'évolution du traitement. La durée du traitement dépendrait de l'évolution. Les douleurs chroniques et la limitation des amplitudes articulaires persistaient. La poursuite du traitement de physiothérapie était préconisée. L'assuré présentait un état dépressif chronique.
13. Selon un rapport intermédiaire du 22 juin 2017 du docteur J_____, médecin chef de clinique aux HUG, une infiltration de l'épaule avait été effectuée. L'assuré présentait un état dépressif chronique. Le pronostic était réservé. Il n'y avait pas d'incohérence. D'après la note du 14 juin 2017 jointe, la mobilité de l'épaule était meilleure subjectivement et les douleurs restaient inchangées. La poursuite du traitement de physiothérapie était préconisée.
14. Selon un rapport intermédiaire de la Dresse I_____ du 18 octobre 2017, la limitation des amplitudes de l'articulation du poignet droit et les dysesthésies du pouce persistaient. Le diagnostic et le traitement restaient inchangés. L'assuré présentait un état dépressif chronique. Le pronostic était réservé pour le poignet droit.
15. Dans son rapport du 4 décembre 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a constaté durant les entretiens une baisse importante thymique avec anhédonie et perte partielle du sens de la vie. Un trouble dépressif modéré pouvait clairement être posé chez l'assuré, qui souffrait par ailleurs de problèmes somatiques lourds, avec un handicap majeur au niveau de la main droite et au niveau cardiaque. Outre des entretiens mensuels, il suivait un traitement médicamenteux.
16. Le 18 décembre 2017, le Dr J_____ a indiqué que l'état clinique de l'assuré était stable depuis mi-octobre 2017. L'évolution au niveau de l'épaule droite était très

lentement favorable, avec un gain des amplitudes. Il était clair que l'assuré ne pourrait plus reprendre un travail de port de charges physiques sur son membre supérieur droit en raison du poignet, du coude et de l'épaule. Une réorientation professionnelle était indiquée. La probabilité d'une réinsertion était limitée par sa maîtrise du français. La physiothérapie se poursuivait, ainsi que les auto-exercices. Le pronostic restait réservé à modéré. La compliance était bonne.

17. Selon un rapport de consultation du Dr J_____ du 5 février 2018, l'assuré était en incapacité totale et permanente de travail en raison de ses affections médicales en lien avec l'accident du 14 septembre 2015. Un travail adapté de type léger et simple pourrait être essayé, sans port de charges, ni travail répété au-dessus du niveau des épaules avec le membre supérieur droit.
18. Le 20 mars 2018, le Dr H_____ a examiné l'assuré. L'examen clinique montrait un membre supérieur droit négligé, une importante diminution de la force, une atrophie diffuse musculaire du membre supérieur droit et une raideur importante en prosupination et du poignet, ainsi que des raideurs au niveau de l'épaule. Le coude était également enraidit, douloureux à la palpation des épicondyles et de l'olécrâne. Les limitations fonctionnelles actuelles concernaient le membre supérieur droit, dans le sens d'une activité monomanuelle. L'état n'était pas stabilisé. Une atteinte à l'intégrité devrait être discutée en regard de l'arthrodèse carpienne, de la raideur en prosupination, de l'arthrose du coude droit et de la nette diminution de la force du membre supérieur droit, avec une perte de fonction de la main de l'ordre de 90 %. La discussion quant à l'atteinte à l'intégrité serait établie lors de la stabilisation de l'état dans six mois.
19. Dans son appréciation psychiatrique du 21 mars 2018, le docteur L_____, psychiatre conseil de la SUVA, a retenu une causalité naturelle probable. Même si d'autres facteurs intervenaient, c'était principalement le contexte séquellaire de l'affection orthopédique de l'assuré qui devait être mis en cause dans la présente décompensation psychique.
20. Par courrier du 28 mai 2018, l'employeur a mis un terme au contrat de travail de l'assuré pour le 31 juillet 2018, en raison de sa longue absence due à l'accident du 14 septembre 2015.
21. Dès le 31 juillet 2018, la SUVA a versé directement à l'assuré les indemnités journalières.
22. Par rapport du 30 août 2018, la docteure M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré avait toujours des douleurs à l'épaule, au coude et surtout au poignet droits. Il n'y avait pas d'amélioration de la mobilité par rapport à la dernière évaluation. L'assuré ne pouvait pas utiliser sa main droite. Il faisait sa toilette et s'habillait avec la main gauche.
23. Le 18 septembre 2018, le Dr H_____ a examiné l'assuré. Dans son rapport du 25 septembre 2018, il a indiqué que les limitations fonctionnelles actuelles concernaient le membre supérieur droit dans le sens d'une activité monomanuelle

gauche (côté non dominant). L'assuré pouvait mettre en œuvre une pleine capacité de travail dans toutes activités monomanuelles ou n'exigeant pas de sollicitation autre que de contre-appui léger de la main droite (côté dominant). L'état était stabilisé. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il persistait une importante perte de force du membre supérieur droit, avec une perte de fonction de l'ordre de 90 %. Des difficultés se manifestaient dans les activités de la vie quotidienne, que ce soit à l'habillage, la toilette et la prise alimentaire. Selon la table 1 de la SUVA pour l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, il fallait considérer une atteinte à l'intégrité résultant d'un trouble fonctionnel des membres supérieurs, avec une perte fonctionnelle totale de 50 % et une fonction résiduelle de 10 %, ce qui faisait un taux de 45 % d'atteinte. Le Dr H_____ constatait une perte de supination, que le poignet était bloqué en flexion et en extension. S'ajoutait une périarthrite scapulo-humérale moyenne. L'addition de ces atteintes mettait en évidence une perte fonctionnelle du membre supérieur droit de l'ordre de 90 %.

24. Le 25 septembre 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis des contrôles réguliers auprès du médecin traitant ainsi qu'en cas d'aggravation aiguë de la situation et une éventuelle consultation annuelle auprès du service de chirurgie de la main des HUG. L'indemnité journalière lui serait allouée jusqu'au 31 octobre 2018 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %. Référence était faite au rapport précité du Dr H_____, selon lequel il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. En outre, il n'y aurait probablement pas de mesures de réadaptation professionnelle. La SUVA allait examiner si les conditions pour l'indemnisation d'une éventuelle invalidité partielle dès le 1^{er} novembre 2018 étaient remplies. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevant à CHF 56'700.- lui serait versée en novembre 2018.
25. Sur demande de la SUVA, le Dr H_____ a réexaminé le 2 novembre 2018 le taux de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de l'assuré. Il confirmait que seuls les aspects somatiques avaient été pris en considération. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était basé sur une perte fonctionnelle du membre supérieur droit de l'ordre de 90 %. Il devait être maintenu, dès lors qu'il était basé sur une atteinte objective concernant une perte de supination, un status post arthrodèse du poignet, une limitation douloureuse de la mobilité de l'épaule. Le membre supérieur droit était négligé. Il n'y avait pas non plus lieu de modifier l'appréciation de l'exigibilité pour les mêmes motifs. Les observations résultant de l'examen clinique étaient concordantes avec les limitations des activités de la vie quotidienne.
26. Par décision du 7 janvier 2019, la SUVA a retenu qu'aucune rente d'invalidité ne pouvait être allouée à l'assuré. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 56'700.- correspondant au taux de 45 %, lui avait été versée le 2 novembre 2018. Les troubles psychogènes n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. En dépit des séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'effectuer une activité

simple sans port de charges et il ne subissait pas une diminution notable de sa capacité de gain.

27. Par courrier du 8 février 2019, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé opposition contre la décision précitée. Les revenus et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité étaient contestés. Le recourant subissait une diminution notable de sa capacité de gain et avait ainsi droit à une rente d'invalidité entière. En effet, selon un rapport de la Dresse M_____ du 21 janvier 2019 annexé, sa capacité de travail était nulle, car il ne pouvait pas utiliser son membre supérieur droit. Il persistait une hypoesthésie du pouce droit, une atrophie du membre supérieur droit, une limitation de la mobilité de l'épaule droite, de la flexion et extension du coude droit et surtout du poignet droit, avec une diminution de la force.
28. Par courrier du 6 mars 2019, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit à des mesures professionnelles étaient remplies. Il prenait en charge un stage d'orientation professionnelle aux établissements publics pour l'intégration (ci-après : les ÉPI), prévu du 11 mars au 9 juin 2019.
29. Le 18 avril 2019, l'assuré a adressé à la SUVA les documents suivants :
 - un rapport de la Dresse M_____ du 11 février 2019, selon lequel il ne pourrait pas recouvrer une pleine et entière capacité de travail, comme avant l'accident, ne pouvant pas utiliser son membre supérieur droit (vu les douleurs résiduelles et les limitations des mouvements de l'épaule, du coude et surtout du poignet). Il pourrait exercer une activité professionnelle monomanuelle (dans laquelle il utilisait seulement le membre supérieur gauche, alors qu'il était droitier) ;
 - un rapport du Dr K_____ du 5 février 2019, indiquant que le lien entre la symptomatologie thymique de l'assuré et l'atteinte somatique au bras droit était claire, raison pour laquelle le diagnostic F06.32 était posé. Du point de vue de la capacité de travail, si la composante psychologique interférait bien évidemment avec celle-ci en diminuant le rendement escompté, augmentant la fatigabilité et abaissant la concentration de l'assuré.
30. Par décision du 29 avril 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré contre la décision du 7 janvier 2019.

Les lésions physiques qu'avaient subies l'assuré n'étaient pas propres à causer des troubles psychiques. Aucune erreur médicale n'était intervenue. La durée de l'incapacité de travail et du traitement ne pouvait être qualifiée d'anormalement longue. L'assuré avait subi deux opérations avec hospitalisation de courte durée, ce qui ne permettait pas de retenir qu'il avait bénéficié d'un traitement intensif. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de mesures conservatrices ne suffisaient pas. L'assuré ne souffrait pas de douleurs importantes. Par contre, le critère des complications importantes devait être retenu. Or, un seul critère normalement rempli, ne permettait pas d'admettre la causalité adéquate. Ainsi, c'était à juste titre que la division prestations avait défini les prestations de longue durée pour les seules séquelles accidentelles organiques.

Il n'était pas contesté que l'assuré ne pouvait exercer qu'une activité monomanuelle. Il convenait d'admettre une pleine capacité de travail dans un poste adapté. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le médecin l'avait fixée à 45 % en se fondant sur la table 1 de la SUVA et le recourant ne la contestait pas.

31. Par acte du 31 mai 2019, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée, en concluant, principalement, à son annulation et au renvoi de la cause à la SUVA pour nouvelle décision dans le sens des considérants, sous suite de frais et dépens. Préalablement, il sollicitait son audition, celle des Drs K_____ et M_____, l'apport de leurs dossiers, de celui de la SUVA, de son dossier AI et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

Il ressortait de son dossier médical que sa capacité de travail était encore nulle à ce jour. Elle ne serait connue qu'après la fin de son stage auprès des ÉPI le 9 juin 2019. Sa capacité de travail actuelle ne lui permettait pas de reprendre son activité lucrative habituelle ni une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, sans qu'une baisse de rendement ne soit retenue. En outre, les troubles psychiques en lien direct avec l'accident devaient être pris en considération. L'intimée avait retenu à tort une pleine exigibilité dans une activité adaptée avec effet au 31 octobre 2018. Ainsi, le revenu avec invalidité retenu était manifestement erroné. En présence d'avis contradictoire, il y avait lieu, si l'intimée persistait dans sa position, de procéder à une expertise médicale pluridisciplinaire. Finalement, à l'instar d'un abattement de 25 %, le salaire d'invalidé retenu ne tenait compte à tort d'aucune baisse de rendement. Ses limitations fonctionnelles ne pouvaient être définies à ce jour, dans la mesure où les troubles psychiques étaient toujours présents. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était également manifestement erronée.

32. Le 27 août 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le dossier médical, en particulier les rapports de la Dresse M_____ des 7 mai et 30 août 2018, ne remettait pas en cause les constatations du Dr H_____ quant à la stabilisation de l'état de santé et l'exigibilité. Par ailleurs, il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 14 septembre 2015, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte de tels troubles dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Le recourant ne faisait valoir aucune motivation à cet égard. S'agissant d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, les critères développés par la jurisprudence y relative n'étaient pas réalisés en nombre suffisant ou ne s'étaient, à tout le moins, pas manifestés d'une manière particulièrement marquante, ce que le recourant ne prétendait pas. Même à retenir le critère de complications importantes, voire de la durée de l'incapacité de travail, cela ne suffirait pas à reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 14 septembre 2015.

Le recourant ne pouvait se prévaloir du stage d'orientation professionnelle aux ÉPI pour prétendre que sa capacité de travail n'était pas encore connue, au regard des

avis médicaux au dossier. Au surplus, son état de santé était stabilisé, aucun traitement n'étant apte à l'améliorer sensiblement. Le recourant ne faisait valoir aucun élément objectif permettant d'inférer qu'un traitement médical apporterait une amélioration sensible. Le recourant n'avait fait mention de l'intention de l'OAI de mettre en œuvre des mesures de réadaptation, que suite à sa décision du 7 janvier 2019. Rien ne s'opposait à ce qu'elle se prononce sur le droit du recourant à une rente transitoire, calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Finalement, le revenu avec invalidité, l'abattement de 25 % et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45 % n'avaient pas été fixés de manière erronée. Il n'apparaissait pas que l'audition du recourant et de ses médecins traitants apporterait plus d'éléments à la résolution du litige, ces derniers s'étant déjà exprimés au travers de leurs rapports médicaux.

33. Le 18 octobre 2019, le recourant a répliqué en persistant dans ses précédents développements. Il estimait que l'accident qu'il avait subi devait être considéré comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite des accidents graves. Les conséquences de son accident étaient d'autant plus graves qu'il devait réapprendre à vivre, puisqu'il devait depuis lors apprendre à se vêtir, à faire sa toilette et à manger avec sa main gauche. La décision de l'intimée et les conclusions du Dr H_____ étaient d'autant plus étonnantes que ce dernier mentionnait également dans son appréciation médicale du 25 septembre 2018 qu'il présentait un état dépressif chronique, que ses douleurs étaient exacerbées à la moindre surcharge mécanique et aux changements de temps et qu'il présentait une atrophie diffuse musculaire du membre supérieur droit de l'ordre de 2 cm et des raideurs importants de l'avant-bras et du poignet droits. À cela s'ajoutait qu'au mois de mars 2018, le Dr L_____ avait retenu qu'il n'avait aucun antécédent psychiatrique avant l'accident. L'épisode dépressif était ainsi réactionnel à une évolution sur le plan somatique/orthopédique négative avec l'identification d'un CRPS de type 2. Cet avis n'était pas remis en cause par le Dr H_____. Les critères jurisprudentiels étaient donc réalisés. Ces éléments étaient confirmés par le Dr K_____ dans son rapport du 15 octobre 2019. Compte tenu de son stage auprès des ÉPI et de la nécessité d'établir s'il pouvait réellement exercer une activité monomanuelle avec son membre supérieur gauche, il convenait de solliciter l'apport de son dossier AI. Le résultat de ce stage pourrait en effet orienter sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Le recourant produisait un rapport du Dr K_____ du 15 octobre 2019, au terme duquel une symptomatologie anxio-dépressive importante avec anticipations et craintes, troubles du sommeil, ruminations, renfermement, irritabilité, anhédonie et perte de sens était alors claire et en lien avec la perte de fonctionnalité de son bras droit.

34. Le 8 novembre 2019, l'intimée a maintenu sa position.
35. Le 28 novembre 2019, le recourant a produit des pièces complémentaires, soit notamment :

- un rapport final de la division réadaptation professionnelle de l'OAI du 1^{er} octobre 2019 indiquant que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, qu'il fallait considérer une incapacité de travail totale et classer le dossier. L'évaluation des ÉPI avait rapidement mis en évidence l'impotence quasi-totale de la main droite, dominante. Toute tentative d'utilisation de la main droite engendrait une augmentation rapide de la douleur. La mesure avait également permis de constater de faibles capacités d'apprentissage et d'adaptation. Le recourant avait fait preuve d'un excellent engagement dans la mesure. Il était décrit comme ponctuel, consciencieux, persévérant et prenant soin du matériel. Malgré un bon engagement et un bon relationnel, les ÉPI devaient conclure que la capacité de travail du recourant n'était plus exploitable dans le milieu économique normal. Les très importantes limitations fonctionnelles à la main droite chez un droitier, tout à fait concordantes avec l'exigibilité médicale de la SUVA, ne permettaient plus d'envisager une activité manuelle, même très simple et très légère. En raison des faibles capacités intellectuelles et d'adaptation observées chez cet ouvrier non qualifié de 56 ans, cohérentes par rapport à son âge et sa situation professionnelle, un reclassement dans une activité sédentaire de type tertiaire n'était pas envisageable ;
- un projet d'acceptation de rente de l'OAI du 20 novembre 2019, au terme duquel le droit à une rente entière était reconnu à partir du 1^{er} septembre 2016, sous réserve des indemnités journalières déjà allouées. Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l'instruction médicale que le recourant présentait une capacité de travail entière, à condition de respecter toutes ses limitations fonctionnelles. Vu le rapport précité de la division réadaptation professionnelle de l'OAI, la perte de gain était équivalente à 100 %. Le degré d'invalidité était fixé à 100 %, ce qui ouvrait le droit à une rente entière, à l'issue du délai d'attente, soit en septembre 2016.

Il convenait ainsi de soumettre ces documents à l'intimée pour nouvelle décision.

36. Le 4 juin 2020, la chambre de céans a ordonné la production par l'OAI du dossier du recourant.

37. Le dossier de l'OAI contient notamment :

- un rapport des ÉPI du 12 juin 2019 qui concluait que le recourant « maintient les positions de travail. Cependant on ne peut pas les considérer comme complètement exploitables en termes d'efficacité car son MSD atteint, qu'il laisse toujours plié à 45°-60° contre son ventre (ou sur sa cuisse quand il est assis) affecte considérablement sa résistance et l'oblige à faire beaucoup de mouvements antalgiques. L'assuré fonctionne comme un monomanuel du MSG non dominant sans être réellement capable de faire un transfert de ses capacités sur cette main. Par conséquent, il ne peut mener aucune activité de manière autonome ni efficace. Les temps de réalisation ainsi que les rendements sont

largement inférieurs aux attentes du marché ordinaire. Faute de maîtrise de sa gestuelle de la main gauche non dominante, la capacité de l'assuré à progresser sur le premier marché de l'emploi est inexploitable. (Le recourant) présente des difficultés d'apprentissage dues à un manque de scolarité et à un niveau insuffisant en français. Les problèmes de mémorisation et de compréhension de l'assuré soulignent son besoin d'être accompagné pour comprendre une consigne et s'adapter à une activité nouvelle. L'assuré est doté d'un bon relationnel qui facilite son intégration au sein d'une équipe. Outre son engagement dans les activités, (l'assuré) fait preuve de persévérance face à la difficulté. Dans une perspective de réinsertion professionnelle, la capacité d'adaptation à la nouveauté de l'assuré est prétéritée par un manque de polyvalence et de compétences transférables. Au terme de la partie intramuros de la mesure et au vu de nos observations de ses capacités physiques, d'apprentissage et d'intégration sociale, nous n'avons pas pu déterminer une orientation réaliste pour une activité adaptée sur le premier marché de l'emploi, raison pour laquelle nous avons poursuivi par un stage au sein d'un atelier des ÉPI. Le but de ce stage était de consolider nos observations, tout en permettant à l'assuré d'appréhender le marché secondaire. Ces sept semaines supplémentaires n'ont fait que confirmer nos observations initiales, cela même si l'on a pu mettre en évidence certaines petites améliorations dans son autonomie. Les temps d'exécution restent eux extrêmement éloignés des attentes du monde professionnel. » ;

- un rapport établi le 6 septembre 2019 par la Dresse M_____ qui relevait que son patient avait fait un stage aux ÉPI au printemps 2019, où il avait été démontré qu'il ne pouvait pas utiliser son membre supérieur droit et qu'il était donc totalement incapable de travailler ;
- une décision de l'OAI du 7 avril 2020 confirmant son projet de décision qui octroyait une rente entière d'invalidité à l'assuré.

38. Le 8 juillet 2020, le recourant a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 29 avril 2019.

39. Le 29 juillet 2020, l'intimée a observé que même s'il ressortait du rapport des ÉPI que la capacité de travail du recourant à progresser sur le marché de l'emploi étaient inexploitable, ces informations ne pouvaient supplanter l'avis motivé d'un médecin auquel il appartenait, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci était capable de travailler. À défaut de justification médicale objective, les conclusions prises par le médecin d'arrondissement restaient intégralement valables et primaient sur les observations des ÉPI.

En outre, le rapport des ÉPI faisait valoir que la gestuelle de la main gauche de l'assuré était exploitable. Par ailleurs, la Dresse M_____ indiquait dans ses rapports de 2018 que l'assurée faisait sa toilette avec la main gauche, qu'il se rasait

avec la main gauche et pouvait s'habiller tout seul, mais qu'il avait de la peine à lacer ses chaussures et à écrire. Ces éléments témoignaient de la capacité d'adaptation du recourant à son handicap.

Pour juger de la présence d'une incapacité de gain, seules devaient être prises en compte les conséquences de l'atteinte à la santé, mais pas les causes étrangères à l'invalidité, comme l'âge avancé, le manque de formation scolaire, les problèmes de langue, les facteurs socioculturels, le défaut de formation et l'organisation de la vie autour des limitations fonctionnelles ainsi que les purs phénomènes de dépendance. L'OAI s'était prononcé en application du chiffre 3048 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité (CIIAI), aux termes duquel l'office AI examinait les activités professionnelles concrètes qui, en principe, entraînent en considération compte tenu des données fournies par le SMR et des autres aptitudes de l'assuré. Or, sur la base des données médicales, il y avait lieu de reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité monomanuelle gauche, non dominante, telle que dans un poste de surveillance ou de télésurveillance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_471/2017 du 16 avril 2018).

De surcroît, le Tribunal fédéral avait confirmé à plusieurs reprises l'application du niveau de qualification 4 (jusqu'à l'ESS 2010) ou de compétence 1 (dès l'ESS 2012) pour déterminer le revenu exigible dans des activités monomanuelles légères. Pour les personnes considérées comme monomanuelles et étant limitées à des activités légères, il existait suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_670/2015 du 12 février 2016). L'intimée maintenait ainsi ses conclusions en rejet du recours

40. 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 (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, 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 de la part de l'intimée à partir du 1^{er} novembre 2018 ainsi que sur la fixation du taux de son atteinte à l'intégrité.
 6. a. 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 citées).

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 citées) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

b. 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

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.

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

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.

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (cas U 233/95 cité par le recourant) ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (arrêt U 280/97 du 23 mars 1999 publié dans RAMA 1999 U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt

U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt U 25/99 du 22 novembre 2001 publié dans RAMA 2002 U 449 p. 53; pour une vue d'ensemble de la casuistique voir le consid. 4.1.2 de l'arrêt 8C_77/2009 du 4 juin 2009).

Le Tribunal fédéral a qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, une chute en arrière d'une patineuse suite à laquelle sa tête avait heurté la glace (arrêt du Tribunal fédéral 8C_878/2012 du 4 septembre 2013).

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;
- 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). 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). Lorsque l'on se trouve en

présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, in SVR 2010 UV n° 25 p. 100 et 8C_46/2011 du 18 avril 2011 consid. 5.1).

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1 et 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1).

Dans l'arrêt 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 (consid. 5.4), le Tribunal fédéral a développé sa casuistique en cas de chute. Il a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,7 m d'un immeuble en démolition et lui avait percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Le Tribunal fédéral a encore nié ce caractère dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'a en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références).

Dans un arrêt 8C_175/2010 du 14 février 2011, le Tribunal fédéral a constaté, s'agissant d'un recourant qui invoquait la gravité et la nature particulière de ses blessures, que les séquelles de l'accident se caractérisaient par une mobilité restreinte des trois derniers doigts, par une diminution de la force de préhension de la main ainsi que par une perte de sensibilité de la face dorsale de l'avant-bras. L'utilisation du pouce et l'index étaient possibles. Depuis l'événement accidentel, l'assuré avait tout de même recouvré une certaine fonctionnalité de sa main droite qui lui permettrait de reprendre une activité professionnelle adaptée. Dans ces conditions, et bien que le recourant ait été atteint à sa main dominante, on ne pouvait retenir que les lésions qu'il avait subies étaient, au regard de leurs

conséquences purement physiques, d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Le Tribunal fédéral a jugé que l'on ne pouvait retenir une durée anormalement longue des soins médicaux, pour un traitement ayant duré environ 16 mois, constituant pour une large part d'ergothérapie, ce qui ne constituait pas un traitement particulièrement pénible et invasif (arrêt 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5).

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).

S'agissant du critère des douleurs physiques importantes, il a été admis dans le cas d'une assurée qui présentaient 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 du 22 janvier 2020) 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.

7. 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 (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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la

base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

Dans un arrêt 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, le Tribunal fédéral a constaté que la division de réadaptation de l'office AI avait considéré en l'occurrence qu'un stage d'observation-orientation était indispensable. Le mandat avait pour objet d'examiner attentivement la capacité de travail résiduelle de l'assuré et déterminer concrètement quelles activités correspondaient à ses limitations ainsi que les rendements attendus. À l'issue du stage d'observation professionnelle, les responsables étaient arrivés à la conclusion que l'assuré ne pouvait être réadapté dans l'économie libre en raison des difficultés à maintenir durablement des positions de travail imposées (alternances et mobilité nécessaires), des déplacements limités (pas de pente, d'escaliers ou d'échelle), du travail limité avec le membre supérieur droit (force faible, pince limitée, rendements réduits), du tonus et rythme de travail généralement faibles, de la faible capacité d'apprentissage et d'adaptation, ainsi que de l'employabilité et de la polyvalence très limitées. Ils avaient encore précisé que bien qu'il existât une capacité de travail résiduelle médico-théorique, il était impossible pour le recourant de réintégrer le circuit

économique ordinaire, car en raison du cumul des limitations, il n'existait pas d'activité rémunératrice adaptée. Selon eux, le manque de polyvalence, la mauvaise image de soi et la faible autonomie de l'intéressé ne lui permettaient pas de retrouver un poste de travail; tous les éléments concernant la capacité de l'assuré (physiques, adaptation et acquisition de connaissances théoriques) étaient, isolément, difficilement exploitables; pris globalement, ils démontraient une inaptitude au reclassement. Le Tribunal fédéral a constaté que le rapport des ÉPI et le rapport médical concordaient entièrement en ce qui concernait la nature et l'étendue des limitations fonctionnelles présentées par le recourant. Les responsables de l'observation professionnelle avaient toutefois nié toute possibilité pour l'assuré de mettre concrètement en oeuvre la capacité de travail médico-théorique retenue par le médecin du SMR. Les informations recueillies à l'occasion du stage complétaient utilement les données médicales fournies par le médecin en montrant, concrètement, que le recourant n'était plus à même de mettre en valeur de manière significative la capacité de travail résiduelle retenue sur le plan médico-théorique. L'intimé n'avait donné aucun exemple concret d'activité qu'il estimait adaptée à la situation du recourant tout au long de la procédure administrative. Le médecin avait certes conclu à ce qu'une activité strictement adaptée, respectant les limitations fonctionnelles concernant le (membre supérieur droit) et les (membres inférieurs) était théoriquement possible à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de 25 %, mais il n'avait pas indiqué concrètement quel type de travail correspondait à une telle activité. Ni le projet de décision de l'intimé, ni la décision litigieuse ne comprenaient non plus d'exemples d'une activité adaptée. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par les premiers juges, on devait admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau des membres supérieurs) du recourant n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative. Il convenait dès lors de retenir une incapacité de travail de 100 %.

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

-
9. 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).

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).

10. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu si les troubles psychiques du recourant sont en lien de causalité adéquate avec l'accident du 16 septembre 2015.

Selon la déclaration d'accident, le recourant est tombé lourdement d'un escabeau. Cet accident doit être qualifié tout au plus de moyen à la limite du peu de gravité, étant rappelé qu'une chute banale est considérée comme de peu de gravité, selon la jurisprudence. Il ne ressort en effet pas des lésions subies, soit une fracture de l'extrémité distale du radius droit et une luxation du coude droit, une intensité particulière des forces en jeu lors de l'accident.

Il ne ressort en outre pas des pièces du dossier que le recourant aurait été particulièrement marqué par les circonstances de cet accident, ni que celui-ci ait eu un caractère particulièrement impressionnant.

Les séquelles de l'accident pour le recourant est une atteinte de 90 % de son membre supérieur dominant. Une telle atteinte n'est pas d'une gravité et d'une

nature particulière propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, référence faite au cas relativement proche concerné par l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 du 14 février 2011, quand bien même, le recourant n'a pas recouvré une fonctionnalité de son membre supérieur.

La durée du traitement médical ne peut être qualifiée de particulièrement longue. L'accident a eu lieu le 14 septembre 2015 et le recourant a été opéré le 18 septembre suivant, puis le 1^{er} mars 2017. Son état était stabilisé en septembre 2018, selon le rapport du Dr H_____ du 25 septembre 2018.

À teneur des rapports médicaux, le recourant a ressenti des douleurs persistantes après son accident. Dans un rapport du 30 août 2018, la Dresse M_____ a indiqué qu'il avait toujours des douleurs à l'épaule, au coude et surtout au poignet droits. Le 25 septembre 2018, le Dr H_____ a relevé que si l'épaule du recourant avait retrouvé une certaine mobilité, elle restait douloureuse. Cela étant, les douleurs de l'assuré doivent être qualifiées d'intensité relative. La CRR a en effet mentionné dans son rapport du 19 août 2016 que l'assuré déclarait une douleur de 4-5/10 au repos et au maximum de 6/10. Il ne ressort pas des plaintes de l'assuré qu'il aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs, étant relevé que la CRR a également mentionné dans son rapport précité que le traitement antalgique était constitué de Dafalgan 1 g 3 fois par jour et de Lyrica 50 mg 2 fois par jour, ce qui avait été suffisant pour l'assuré. Il n'y a dès lors pas lieu de retenir ce critère.

Le critère des complications importantes doit en revanche être retenu, vu le CRPS dont a souffert le recourant. Il convient également de retenir le critère du degré de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, dès lors que le recourant est reconnu durablement incapable de travailler à 100%.

Au final, seuls deux critères sont réunis qui n'apparaissent pas d'une intensité particulière de sorte que l'intimée était fondée à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques s'agissant d'un accident de gravité moyenne à la limite du peu de gravité.

11. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, 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).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'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 (cf. 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).

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).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine 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 (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

12. En l'espèce, le Dr H_____ et les ÉPI ont pris en compte la même limitation fonctionnelle pour le recourant, soit l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur droit, impliquant une activité monomanuelle gauche (côté non dominant). Selon le Dr H_____, le recourant pouvait mettre en œuvre une pleine capacité de travail dans toutes activités monomanuelles ou n'exigeant pas de sollicitation autre que de contre-appui léger de la main droite (côté dominant). Selon les ÉPI, faute de maîtrise de sa gestuelle de la main gauche non dominante et en raison des faibles capacités intellectuelles et d'adaptation observées chez cet ouvrier non qualifié de 56 ans, cohérentes par rapport à son âge et sa situation professionnelle, un reclassement dans une activité sédentaire de type tertiaire n'était pas envisageable. Ni le Dr H_____, ni l'intimée, que ce soit dans sa décision du 7 janvier 2019 ou sa décision sur opposition du 29 avril 2019, n'ont donné d'exemple concret d'activité adaptée que le recourant pourrait exercer concrètement. Dans ces circonstances, il convient de retenir, conformément à ce qu'a jugé le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_1035/2009 du 22 juin 2010, que même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations du recourant n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il puisse mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative. Il doit en conséquence être considéré comme totalement incapable de travailler, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018, étant rappelé que le Dr H_____ a retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé dans son rapport du 25 septembre 2018 et que l'intimée a versé des indemnités journalières au recourant jusqu'au 31 octobre 2018.

13. Il convient encore d'examiner le bien-fondé de la décision de l'intimée sur la question de l'atteinte à l'intégrité, le recourant contestant le taux retenu.
14. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 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).

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 citées). 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 citées). 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 citées ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. 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).

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

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

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).

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).

d. Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA).

15. En l'espèce, c'est à juste titre que le Dr H_____ a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité sans tenir compte de l'atteinte à la santé psychique du recourant, dès lors que cette dernière n'est pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident qu'il a subi le 14 septembre 2015, comme cela a été démontré précédemment.

Le Dr H_____ a fixé le taux de l'intégrité en tenant compte d'une perte fonctionnelle du membre supérieur droit de l'ordre de 90 % avec une atteinte objective concernant une perte de supination et un status post arthrodeuse du poignet, une limitation douloureuse de la mobilité de l'épaule, relevant que les observations résultant de l'examen clinique concordaient avec les limitations des activités de la vie quotidienne.

Le recourant n'a pas apporté d'éléments médicaux remettant en cause l'appréciation du Dr H_____.

Selon la table 1 de la SUVA relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, le taux d'atteinte à l'intégrité pour la perte fonctionnelle totale d'un membre supérieur est de 50 %. En fixant sur cette base, le taux d'atteinte à l'intégrité à 45 % pour une perte fonctionnelle du membre supérieur droit de l'ordre de 90 %, l'appréciation du Dr H_____ n'apparaît pas critiquable et elle doit être confirmée. C'est donc à juste titre que l'intimé a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 56'700.- (45 % x CHF 126'000.-).

16. Les faits de la cause étant suffisamment établis pour en juger, il ne sera pas donné suite aux demandes d'audition du recourant.
17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 29 avril 2019 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018.
18. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision rendue le 29 avril 2019 en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018 et la confirme pour le surplus.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant CHF 2'000.- à titre de participation à ses dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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