RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3113/2020 **ATAS/978/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 novembre 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié rue _____, CHÂTELAINE, recourant
représenté par ASSUAS Association suisse des assurés

contre

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

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

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, était employé de B_____ (ci-après : l'employeuse) depuis le 13 août 2018 comme manœuvre, lorsqu'il a subi un accident le 13 août 2018 sur un chantier à la rue H_____ à Genève. Il était occupé à visser un panneau sur un mur quand l'échelle sur laquelle il se trouvait a basculé et il s'est fracturé le poignet gauche en chutant.

b. Dans un rapport du 20 août 2018, le docteur C_____, médecine interne, du département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, unité de la main et des nerfs périphériques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a établi un compte rendu opératoire suite à une intervention du 16 août 2018 posant le diagnostic de fracture de l'extrémité distale du radius gauche type C1 selon la classification AO et précisant que l'intervention chirurgicale avait consisté en une ostéosynthèse par plaque « VA Synthes ».

c. Le 6 février 2019, la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA et l'intimée) a alloué à l'assuré ses prestations pour les suites de l'accident du 13 août 2018. L'indemnité journalière s'élevait à CHF 132.85 par jour calendaire dès le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt le 16 août 2018.

d. Selon un avis de sortie, l'assuré avait été hospitalisé du 20 août au 18 septembre 2019 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CCR) pour des thérapies physiques et fonctionnelles et pour des douleurs, raideurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche.

e. Selon un compte rendu opératoire du 3 mars 2020, établi par la doctoresse D_____, médecin interne, l'assuré a subi une AMO (ablation de matériel opératoire) le 13 février 2020.

f. Selon un rapport signé le 5 août 2020 par le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, au niveau du poignet, les choses étaient maintenant stables en tout cas en ce qui concernait la mobilité. En respectant les limitations fonctionnelles, un travail était exigible de l'assuré à 100% sans perte de rendement.

g. Dans un second rapport du 5 août 2020, le Dr E_____ a fixé l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 17%, conformément aux tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. On pouvait se référer premièrement au tableau n° 1 d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, page 2/2, poignet en extension bloqué avec perte de la pronation et de la supination 25%. En fait, le poignet était très peu mobile en flexion/extension, plus en pronosupination. Par ailleurs, son évolution allait se faire vers une arthrose telle que définie au tableau n° 5 d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose, page 2/2, arthrose radio-carpienne grave 10 à 25%. Cette arthrose était dans la moyenne de gravité entre 10 et 25%, d'où le choix cohérent avec la

mobilité à 17%. L'évolution de la capsulite rétractile était favorable avec une mobilité restaurée, il n'y avait pas lieu d'attribution d'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité).

h. Par courrier du 6 août 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'elle suspendait le versement de ses prestations pour frais de traitement, qu'elle continuerait à prendre en charge les coûts relatifs à la rééducation, par physiothérapie, de son épaule gauche au rythme actuel pendant trois mois et que l'indemnité journalière lui serait versée jusqu'au 30 septembre 2020. Elle examinait encore si les conditions pour l'octroi d'autres prestations étaient remplies et l'en informerait dès que possible.

i. Par décision du 17 août 2020, la SUVA est revenue sur sa lettre du 6 août 2020 (clôture du cas selon l'art. 19 LAA). Le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI avait été examiné. Sur la base des constatations médicales, la SUVA retenait que l'assuré, en dépit des séquelles de son accident, était à même d'exercer en plein une activité sans port de charges répété et supérieures à 5-10 kg et sans travaux nécessitant une force de préhension avec la main gauche, des mouvements répétitifs de l'épaule ou des tâches à effectuer au-dessus de la ligne de l'horizontale. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétence 1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un homme et en tenant compte d'une réduction de 5% pour les limitations fonctionnelles, un salaire de CHF 65'542.- pouvait encore être réalisé dans une activité adaptée. Sans l'accident, l'assuré pourrait gagner CHF 62'257.-.

Il en résultait qu'il n'y avait pas de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident et que la SUVA ne pouvait dès lors pas allouer à l'assuré une rente d'invalidité.

Il n'y avait pas non plus lieu d'attribution d'une IPAI.

j. Le 26 août 2020, l'assuré a formé opposition à la décision précitée. Il ne se considérait pas comme guéri et estimait avoir besoin de poursuivre son traitement, qui était clairement en rapport avec son accident du 13 août 2018. La fin du versement des indemnités journalières au 30 septembre 2020 était trop précoce. Il ne pouvait encore envisager de réorienter sa vie professionnelle et reprendre une vie professionnelle avec son handicap et ses douleurs.

k. Par décision sur opposition du 1er septembre 2020, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 17 août 2020.

B. **a.** L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 2 octobre 2020, concluant à sa remise au bénéfice des prestations de l'assurance-accidents et au paiement des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2020 jusqu'à la stabilisation de son état de santé ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité. Subsidiairement, il demandait la reprise de l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise qui porterait

notamment sur le taux de la perte d'intégrité corporelle. Il fallait également instruire le taux d'invalidité.

b. Par réponse du 22 janvier 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Le recourant a répliqué le 8 avril 2021.

d. Le 27 octobre 2021, la chambre de céans a demandé à l'intimée de lui transmettre un rapport médical.

e. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 27 avril 2022.

f. Le 18 mai 2022, le recourant a transmis à la chambre de céans la décision de l'OAI du 26 novembre 2020, rejetant sa demande, retenant que celui-ci était totalement incapable de travailler comme manœuvre dès le mois d'août 2020 au moins. Il lui a également transmis un rapport de son médecin traitant.

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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358)

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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.

4.

4.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports

juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

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

4.2 En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents et au paiement des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2020 ainsi qu'à son droit à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI.

5. En matière d'assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge.

Selon l'art. 61 let. d LPGA le tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Cette disposition formalise, de manière plus générale, la jurisprudence concernant le respect du droit d'être entendu dans l'éventualité d'une *reformatio in peius* (arrêt du Tribunal fédéral C 259/03 du 13 février 2004, publié in RJB 140/2004 p. 752 consid. 2 et les références). Cette disposition a d'ailleurs son pendant en procédure genevoise à l'art. 89E LPA.

6.

6.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou

qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

6.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

6.3 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).

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 minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

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

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

Pour admettre l’existence du lien de causalité en présence d’un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l’accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l’accident ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

6.4 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4).

7.

7.1 En l'espèce, l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité en se fondant sur l'appréciation du Dr E_____.

Le recourant fait valoir que les conclusions du Dr E_____ étaient peu probantes, ce que l'intimée conteste.

La chambre de céans constate que le Dr E_____ a conclu, dans son rapport du 5 août 2020, qu'en respectant les limitations fonctionnelles, la reprise du travail était exigible sans perte de rendement. Il a toutefois ajouté à cette conclusion que la prise en continu d'antalgiques de classe 3 ne paraissait pas être adaptée ni permettre la reprise d'un travail. Les conclusions du Dr E_____ apparaissent ainsi contradictoires.

Il faut également relever qu'il a indiqué dans son rapport que le recourant n'avait pas de médecin traitant, alors qu'il avait indiqué au début de son rapport que celui-ci était actuellement suivi par son médecin de famille, le docteur F_____, médecine générale FMH.

L'on peut également s'étonner de « l'incohérence » retenue par le Dr E_____, du fait que le recourant faisait lui-même ses cigarettes, ce qui nécessitait la manipulation de l'appareil à deux mains. En effet, ce comportement n'apparaît pas si incohérent, le recourant ayant expliqué à la chambre de céans qu'il pouvait se

rouler ses cigarettes malgré son poignet, en forçant et qu'il avait appris à s'adapter en utilisant au minimum la main gauche.

Le rapport du docteur G_____, FMH en anesthésie et spécialiste douleur SPS, du 7 décembre 2020 confirme la difficulté de la prise en charge de la douleur chez le recourant. Il en ressort qu'en août 2020, les traitements médicamenteux par Gabapentine, Escitalopram et Célécoxib avaient été stoppés, probablement dans le cadre d'une syncope lors d'un examen chez un expert. Cet arrêt avait provoqué une aggravation des plaintes de l'assuré, qui avait été partiellement compensée par le Targin. Malheureusement, ce traitement provoquait une fatigue importante et avait dû être stoppé par la suite. La réintroduction de la Gabapentine en paliers n'apportait pas d'effet antalgique, mais des vertiges et une fatigue importante, ce qui avait motivé son arrêt. La Prégabaline avait été testée mais pas supportée.

7.2 La décision de l'intimée s'appuyant sur l'appréciation d'un médecin interne, qui laisse subsister des doutes quant à sa fiabilité et sa pertinence, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. En l'absence d'instruction médicale indépendante de la part de l'intimée, il se justifie de lui renvoyer la cause pour qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique en respectant les principes jurisprudentiels du Tribunal fédéral, soit une désignation des experts de manière consensuelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1, ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

7.3 Dans la mesure où il ressort du rapport du Dr G_____ que le recourant est également atteint psychiquement, se pose la question du lien de causalité de cette atteinte avec l'accident du 13 août 2018, étant relevé que le Dr F_____ a indiqué dans son rapport de juin que tous les problèmes de santé étaient en lien avec cet accident, car le recourant ne présentait aucun problème avant celui-ci.

Si l'atteinte psychique du recourant s'avérait en lien de causalité avec l'accident, cela aurait une influence sur les questions de la stabilisation de l'état de santé et de la capacité de travail déterminant le taux d'invalidité et le droit à une rente, de sorte que l'analyse de cette atteinte entre dans l'objet du présent litige. Une instruction complémentaire devra également être faite sur l'atteinte psychique du recourant. La cause sera ainsi renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur ce point et pour qu'elle se prononce sur la question de la causalité naturelle et adéquate de l'accident avec l'atteinte psychique du recourant dans sa nouvelle décision.

L'expert orthopédiste désigné devra se prononcer sur la question de la capacité de travail en distinguant les effets de l'atteinte psychique et ceux de l'atteinte somatique, en particulier en ce qui concerne les effets du traitement médicamenteux.

7.4 Le taux de l'atteinte à l'intégrité étant contesté, l'expert somatique devra également se prononcer sur ce point.

7.5 En l'état, l'intimée n'a pas établi que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 septembre 2020, de sorte que le recourant a droit, dès cette date, à la poursuite du versement de l'indemnité journalière et le remboursement de ses frais de traitement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022).

8.

8.1 Le recours est ainsi partiellement admis. La décision sur opposition sera en conséquence annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens de considérants.

8.2 Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

8.3 La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 1er septembre 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant à la charge de l'intimée une indemnité de CHF 2'500.- pour ses dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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