



POUVOIR JUDICIAIRE

A/315/2019

ATAS/934/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 octobre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à MEYRIN,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Martin
AHLSTROM

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS - SUVA, Division juridique, Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1991, a été engagé par l'entreprise C_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) en tant que ferrailleur à plein temps, à partir du 4 avril 2016. À ce titre, il était affilié auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre le risque d'accidents, professionnels ou non.
2. Le 26 mai 2016, l'assuré a été victime d'un accident professionnel et a été admis aux urgences de l'Hôpital de la Tour.
3. Suite à un scanner de l'avant-bras droit réalisé le 26 mai 2016, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté une fracture par impaction de l'épiphyse distale du radius, plusieurs traits de fracture en étoile au niveau de la surface articulaire et une minime irrégularité de la surface articulaire au niveau dorsal.
4. Dans un rapport de radiologie du 26 mai 2016, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une fracture multi-fragmentaire et intra-articulaire de la métaphyse et de l'épiphyse du radius distal.
5. Le 31 mai 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré rapportait des paresthésies diffuses au niveau de toute la main, associées à des douleurs sur le plâtre. Le bilan scanographique avait mis en évidence une congruence articulaire conservée tant au niveau de la radio carpienne qu'au niveau de la radio ulnaire distale.
6. Dans un rapport du 2 décembre 2016, le Dr G_____ a relevé que l'évolution était marquée par une importante algoneurodystrophie traitée par Dafalgan, Brufen et Tramal. Les mobilités en flexion/extension du poignet droit étaient de 10/0/40° et la pronosupination nulle. D'importants troubles trophiques étaient associés. La rééducation suivie par l'assuré n'avait apporté que peu de résultat et un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était suggéré.
7. Du 5 janvier au 15 février 2017, l'assuré a été hospitalisé à la CRR.

Selon le rapport du 8 mars 2017 rendu par celle-ci, le diagnostic principal consistait en des thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs et limitations fonctionnelles chroniques du poignet droit. Ont été retenus, à titre de diagnostics supplémentaires, un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) du poignet droit, une perfusion de Pamidronate les 24 et 26 janvier 2017 (avec une phlébite superficielle, résolue) et une fracture intra-articulaire complexe peu déplacée de l'extrémité distale du radius droit, traitée conservativement le 26 mai 2016.

L'évolution subjective et objective était lentement favorable. En fin de séjour, l'assuré avait indiqué l'absence de changement significatif par rapport aux douleurs, mais une amélioration de la mobilité. Le sevrage de l'attelle demeurait

difficile et n'avait pu être complété. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme élevée.

Hormis le fait que l'intéressé sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser, aucune incohérence n'avait été relevée et les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

À l'examen de sortie, les amplitudes actives du poignet droit en flexion/extension étaient mesurées à 40/0/45°, la prono-supination à 45/0/35° et l'inclinaison radio-ulnaire à 15/0/25°. Au Jamar, la force à droite était de 5.3 kg (contre 43.6 à gauche). Le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée était de 27% : il s'agissait de la moyenne entre les épreuves de mobilité de la main (45%), de force de préhension (13%), de prise monomanuelle et de déplacement d'objets (18%) et de fonction bimanuelle (33%). Les limitations fonctionnelles provisoires retenues concernaient les ports répétés de charges supérieures à 5 kg et les activités de force avec la main droite. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et la poursuite d'un traitement d'ergothérapie ambulatoire était proposée.

Dans le contexte d'un SDRC, on pouvait s'attendre à une évolution sur plusieurs mois encore et la situation devrait être réévaluée trois mois plus tard. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, en lien avec l'atteinte du poignet et les facteurs contextuels chez un patient ayant été licencié et sans permis de séjour.

Il ressort du rapport d'ergothérapie annexé à celui de la CRR que l'assuré compensait le manque de force et de mobilité du membre supérieur droit en gardant son avant-bras en appui sur la table. En actif, le bilan moteur et articulaire de l'avant-bras en prono-supination était de 40-0-35° à droite (contre 75-0-85° à gauche), la flexion/extension du poignet droit de 30-0-50° (contre 70-0-75° à gauche), en inclinaison radiale et cubitale de 10-0-20° à droite (contre 20-0-25° à gauche). L'abduction et l'adduction du pouce était mesurée à 6.5/0 cm à droite (contre 8.3/0 cm à gauche), l'abduction et l'adduction palmaire à 6.5/0 cm à droite (contre 8/0 cm à gauche), la flexion/extension métacarpo-phalangienne de 48-0-0° à droite (contre 82-0-20° à gauche) et la flexion/extension interphalangienne de 70-0-10° à droite (de 82-0-20° à gauche).

8. Dans un rapport du 8 avril 2017, le Dr G_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et observé une mobilité de 20-0-45° en flexion/extension. L'assuré suivait un traitement d'ergothérapie et le pronostic était réservé.
9. Le 14 juin 2017, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 19 juin 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a résumé les pièces du dossier en sa possession, rapporté les déclarations de l'assuré, puis consigné ses constatations objectives. Il a retenu les diagnostics de SDRC du poignet droit et de fracture intra-articulaire complexe peu déplacée de l'extrémité distale du radius droit, traitée conservativement le

26 mai 2016. Au niveau de l'avant-bras droit, il a constaté une raideur en pronosupination avec des valeurs de 70/0/20° (90/0/90° à gauche). Concernant le poignet droit, la flexion/extension était de 20/0/45°, l'inclinaison radio-ulnaire de 20/0/20° et l'empan en abduction de D1 à D5 de 19 cm. La mesure de force au Jamar était de 5 kg du côté droit.

Dans son appréciation du cas, le médecin d'arrondissement a conclu que son examen clinique montrait une progression de la mobilité de l'avant-bras, avec un gain surtout en pronation. Il a également noté un gain de mobilité au niveau du poignet, alors que la mesure du niveau de la force était comparable à celle réalisée à la CRR. Il a estimé que la situation n'était pas stabilisée et que le traitement de rééducation par ergothérapie deux fois par semaine devait être poursuivi, de même que les contrôles réguliers auprès du Dr G_____.

10. Par décision du 28 juin 2017, la SUVA a recalculé le montant de l'indemnité journalière, a réduit le montant de celle-ci - initialement arrêté à CHF 155.55 - à CHF 53.10 et réclaté à l'assuré la restitution des prestations versées à tort, soit CHF 36'565.55.

Statuant sur opposition le 14 juillet 2017, la SUVA a confirmé cette réduction de l'indemnité journalière, mais renoncé à réclamer la restitution des prestations déjà versées.

Le 16 août 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans contre cette décision et une procédure a été ouverte sous le numéro A/3368/2017.

Par arrêt du 10 octobre 2019, la Cour a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition du 14 juillet 2017. Elle a notamment jugé que les pièces produites et l'instruction n'avaient pas permis de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, le dernier salaire perçu par le recourant avant l'accident assuré et que la SUVA était fondée à se référer aux revenus mentionnés dans le compte individuel de l'assuré pour l'année 2015 (CHF 24'207.-).

11. Le 20 juillet 2017, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne, a mentionné que le traitement comprenait des séances d'ergothérapie et de physiothérapie, la prise de Dafalgan et du Tramal, ainsi que le port d'une attelle. Sa durée était inconnue et il n'y avait pas d'évolution.
12. Dans un rapport du 29 juillet 2017, le Dr G_____ a fait part d'une lente évolution. La durée du traitement d'ergothérapie était incertaine.
13. Le 21 août 2017, le Dr G_____ a précisé que, lors de la consultation du jour même, la mobilité du poignet droit avait été évaluée à 30/0/55°, le Jamar mesuré à 10 kg à la première pression, à 8 kg à la deuxième pression et à 6 kg à la troisième (contre 40 kg du côté controlatéral). Concernant les douleurs, l'assuré relatait globalement une évolution favorable. Il prenait deux à trois comprimés de Dafalgan tous les jours et occasionnellement du Tramal. La poursuite de l'ergothérapie était encouragée.

14. Suite à son examen du 23 octobre 2017, le Dr G_____ a constaté une amélioration de la mobilité, malgré une augmentation des douleurs, principalement palmaires. L'assuré alternait entre un bracelet souple et une attelle rigide la nuit. À l'examen clinique, le médecin avait observé une hypersudation et une mobilité en flexion/extension de 30/0/60°. Le traitement médicamenteux et la rééducation étaient poursuivis.
15. Dans un rapport du 9 janvier 2018, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué avoir constaté, suite à de nouvelles radiographies du poignet, les stigmates d'une fracture de l'extrémité distale du radius avec un trait de refend intra-articulaire, mais des axes totalement inchangés par rapport aux radiographies précédentes. Le trait de fracture présentait de bons signes de consolidation. Il n'y avait pas de variante ulnaire significative. En regard de la styloïde cubitale, elle a relevé un petit nuage calcique compatible également avec un status post-traumatique. Elle a noté une nette diminution de l'ostéopénie mouchetée précédemment visible, mais la persistance d'un certain degré d'ostéopénie du carpe, toutefois moins marquée que sur les radiographies précédentes. Il n'y avait pas de nouvelle lésion.
16. Le 17 janvier 2018, le Dr H_____ a rendu un rapport suite à un nouvel examen de l'assuré le 9 janvier 2018 et la réception des derniers rapports.
- L'intéressé signalait une lente évolution au niveau de l'amplitude articulaire, mais une augmentation des douleurs depuis leur dernière rencontre et la présence d'un œdème et d'un gradient thermique. Au niveau de la force, il n'avait pas noté d'évolution. Les douleurs nocturnes et diurnes nécessitaient un traitement médicamenteux régulier. L'ergothérapie n'avait pas grand effet sur les symptômes.
- À l'examen du poignet droit, la flexion/extension était de 45/0/55°, l'inclinaison radio-ulnaire de 20/0/20° et l'empan en abduction de D1 à D5 de 19 cm. La force au Jamar était mesurée à 12 kg et une asymétrie de sudation, plus importante à droite, était relevée. Au niveau des coudes, était observée une raideur en pro-supination avec 60/0/55° à droite. Le nouvel examen montrait une progression limitée des amplitudes articulaires au niveau de l'avant-bras et du poignet droit, et un très discret gain au Jamar. La stabilisation de l'état était prévue à dix-huit mois.
- Le médecin d'arrondissement disait vouloir revoir l'assuré dans un délai de quatre mois pour réaliser un bilan final et définir l'exigibilité en fonction des limitations fonctionnelles résiduelles définitives.
17. Le 5 mai 2018, le Dr G_____ a indiqué avoir mesuré, lors de l'examen de l'assuré le 17 avril 2018, une flexion/extension du poignet droit à 30/0/70° et des pressions de 20 kg puis 16 kg au Jamar. Il a également relaté la persistance de douleurs et d'une raideur, précisant que l'état semblait stabilisé.
18. Dans son rapport final du 12 juin 2018, le Dr H_____ a indiqué que l'intéressé notait peu d'évolution depuis l'examen du 9 janvier 2018. Les douleurs étaient toujours présentes, avec une exacerbation à l'effort. L'assuré relatait toutefois une

discrète progression de la mobilité essentiellement en extension et en supination. Dans la vie de tous les jours, il parvenait à écrire, mais n'arrivait pas toujours à couper avec sa main droite. Il pouvait porter des objets, mais faisait état d'une fatigabilité. Il était parfois réveillé par les douleurs.

Le traitement actuel consistait en une séance d'ergothérapie par semaine, la prise régulière d'antalgiques et le port d'une attelle la nuit. L'assuré ne voyait pas d'avenir professionnel et avait extrêmement de peine à se projeter en raison de son problème à la main droite.

À l'examen de l'avant-bras droit, la mobilité en pro-supination était de 85-0-80°, les flexion/extension du poignet de 20-0-50°, l'inclinaison radio-ulnaire de 15-0-20° et l'empan de 22 cm. La palpation légère autour du poignet était sensible, il n'y avait pas d'atrophie musculaire notable au niveau des éminences thénar et hypothénar. La mesure de la force au Jamar était de 20, 10 et 32 kg.

Le médecin d'arrondissement a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et que l'activité de ferrailleur n'était plus exigible. En revanche, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles établies lors du séjour à la CRR, soit des activités ne requérant ni force avec la main droite, ni port répété de charges de plus de 5 kg. Ces restrictions pouvaient être considérées comme définitives.

La poursuite du traitement d'ergothérapie à raison d'une fois par semaine pendant trois mois, puis un contrôle par le Dr G_____ pour clore le traitement étaient proposés. Il s'agissait d'un bilan final et il n'y avait pas lieu d'attribuer une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon lui.

19. Le 14 juin 2018, la SUVA a annoncé à l'assuré son intention de mettre fin à la prise en charge des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière pour le 30 septembre 2018. Son état était stabilisé et seule l'ergothérapie pouvait être poursuivie, pour une durée de trois mois avec un contrôle final par le Dr G_____. L'examen du droit à d'autres prestations était à l'étude.
20. Le 19 juillet 2018, l'assuré a déclaré formé opposition à la « décision » de la SUVA « du 19 juin 2018 ».
21. Selon une note interne de la SUVA datée du 20 juillet 2018, un collaborateur a contacté le conseil de l'assuré afin de lui faire remarquer qu'aucune décision n'avait été rendue et qu'une décision formelle serait rendue le moment venu. Le mandataire de l'assuré a alors prié la SUVA de considérer son courrier comme nul et non avenu.
22. Dans un document du 1^{er} novembre 2018, la SUVA a sélectionné cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) en Suisse romande ne supposant qu'une formation interne, comprise entre une heure et six mois : ceux d'employé d'atelier emballage (DPT 15831822), d'empileur (DPT 593892), de collaborateur de production - affûtage (DPT 5787), de collaborateur de production - ouvrier à l'ébavurage

(DPT 5818) et d'ouvrier rectifieur (DPT 11553). La SUVA a mentionné les salaires 2018 minimum, maximum et moyen de ces postes, soit une moyenne de CHF 55'178.40, CHF 65'030.60 et CHF 60'104.60.

23. Le 6 novembre 2018, elle a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Compte tenu du salaire de valide fixé à CHF 4'927.- par mois (salaire horaire de CHF 25.85 x 2112 heures [durée normale de travail] + 13^{ème} salaire de 8.3%) et du revenu d'invalidé de CHF 5'008.- par mois, l'assuré n'avait pas droit à une rente.
24. Par décision du 6 novembre 2018, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a notamment rappelé les conclusions du médecin d'arrondissement quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles et exposé qu'il ne résultait pas de la comparaison des revenus de perte économique indemnisable. Le degré d'invalidité minimum de 10% n'étant pas atteint, l'assuré n'avait pas droit à une rente. Par ailleurs, le médecin d'arrondissement considérait qu'il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité.
25. En date du 5 décembre 2018, l'assuré a contesté cette décision.

À l'appui de son écriture, il a notamment communiqué un compte-rendu du Dr G_____ du 27 novembre 2018, suite à une consultation du 21 novembre 2018. Selon le médecin traitant, l'assuré rapportait des douleurs aux changements de temps et lors des efforts, douleurs cotées entre 6.5 et 7.5/10. Il faisait également état d'une nette diminution de la force associée à des paresthésies prenant tous les doigts de la main, des troubles trophiques, soit la sudation augmentée et des sensations de main gelée, notamment aux changements de températures. Selon l'intéressé, il n'y avait pas d'évolution depuis août 2018. Il déclarait pouvoir faire la cuisine doucement et passer l'aspirateur avec la main gauche. L'examen mettait en évidence des troubles trophiques clairs avec une sudation augmentée de la main droite, des mobilités en flexion/extension de 50/0/75° à gauche contre 25/0/65° à droite, un périmètre du bras de 22 cm à droite contre 23 cm à gauche, un déficit de 10° de supination à droite. Enfin, l'assuré relatait une diminution de la sensibilité subjective sur le 5^{ème} rayon. Le Jamar pris à trois reprises à droite était de 20, 16 et 14 kg.

26. Par décision sur opposition du 10 décembre 2018, la SUVA a confirmé sa décision du 6 novembre 2018.

Après avoir relevé que le seul point litigieux était le degré d'invalidité et que la décision était entrée en force s'agissant des autres points non contestés, elle a maintenu que l'assuré ne subissait aucune perte de gain.

La SUVA a notamment rappelé que l'examen clinique du 14 juin 2017 avait montré, par rapport à celui effectué à la CRR, une progression de la mobilité de l'avant-bras, avec, surtout, un gain en pronation. L'examen du 9 janvier 2018 avait montré une progression limitée des amplitudes articulaires et un très discret gain au Jamar. Enfin, lors de l'examen final du 12 juin 2018, une progression très limitée des amplitudes articulaires et de la force avait été notée par le Dr H_____, lequel

avait confirmé les limitations fonctionnelles retenues par la CRR et précisé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le gain d'invalidité retenu ne prêtait pas le flanc à la critique puisque les DPT choisies, adaptées au handicap de l'assuré, avaient été versées au dossier.

27. Par acte du 28 janvier 2019, l'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge ses soins médicaux et à lui verser des indemnités journalières jusqu'à ce que son état soit définitivement stabilisé ; subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision et, très subsidiairement, à ce qu'il soit dit qu'il a droit à des indemnités pour atteinte à l'intégrité.

En substance, le recourant fait valoir que son droit à une rente ne pourra être examiné qu'une fois la certitude acquise qu'aucune amélioration n'est plus envisageable. Or, une amélioration de sa situation ne peut être exclue, sous réserve qu'il soit traité de manière adéquate.

Pour le surplus, il reproche à la décision litigieuse de ne pas justifier l'arrêt du versement des prestations au 30 septembre 2018 - auquel il s'était opposé le 30 septembre 2018 déjà - et de ne pas se prononcer sur la prise en charge des soins médicaux.

Le recourant produit notamment un rapport du Dr G_____ du 24 janvier 2019 rappelant que les mécanismes physiopathologiques du SDRC sont peu clairs, que l'évolution de la maladie se fait d'habitude par une phase chaude, très douloureuse, « enraidissante », puis par une phase froide, durant laquelle les douleurs diminuent mais la raideur persiste, étant précisé que la durée de ces phases est variable et que les symptômes précités peuvent persister. Selon le médecin, il est ainsi impossible de savoir si la situation peut s'améliorer.

28. Dans sa réponse du 25 février 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle allègue que, puisque dans son opposition à sa décision du 6 novembre 2018, l'assuré n'a pas contesté le non-octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, depuis lors, l'objet du litige est circonscrit au droit à une rente d'invalidité.

S'agissant des pièces médicales sur lesquelles le recourant se fonde pour nier la stabilisation de son état de santé au 30 septembre 2018, elle relève que le Dr G_____ ne mentionne aucun traitement susceptible d'améliorer de manière sensible l'état de santé du recourant au regard d'une augmentation ou d'un rétablissement de sa capacité de travail. Ce médecin ne fait que rapporter les plaintes de son patient et procéder à un examen clinique dont les résultats sont similaires, voire légèrement meilleurs, à ceux retenus par le Dr H_____ lors de son examen final du 14 juin 2018.

Enfin, dans son rapport du 24 janvier 2019, le Dr G_____ ne fait que décrire l'évolution théorique d'un SDRC et conclure qu'il est impossible de savoir si la situation du recourant pourrait s'améliorer. Une fois encore, il ne fait état - ni lui, ni

aucun autre médecin - d'un traitement susceptible d'améliorer l'état de santé de l'intéressé.

Sa décision visant à mettre fin aux prestations temporaires au 30 septembre 2018 n'était donc pas critiquable et l'argumentation du recourant, selon laquelle l'examen de son droit à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2018 serait prématuré, doit être écartée.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 28 janvier 2019 est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 10 décembre 2018.
6. En premier lieu, il convient d'examiner la recevabilité des conclusions du recourant.

En effet, celui-ci conclut, à titre principal, à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit « dit » qu'il a droit à la prise en charge de ses soins médicaux et au versement d'indemnités journalières jusqu'à ce que son état de santé soit définitivement stabilisé. Ces conclusions revêtent ainsi une forme constatatoire. Au surplus, la décision sur opposition du 10 décembre 2018 ne porte que sur le droit à une rente d'invalidité.

7. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

Selon l'art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

b. D'après la jurisprudence, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

8. a. En l'espèce, malgré le libellé des conclusions du recourant, lequel requiert qu'il soit « dit » qu'il a droit au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières, il y a lieu de les interpréter comme tendant à la condamnation de l'intimée au versement desdites prestations.

Elles sont ainsi recevables, contrairement à des conclusions constatatoires, dont le caractère est subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.3).

b. Le courrier du 14 juin 2018, par lequel l'intimée a indiqué au recourant qu'elle mettrait un terme au paiement des soins médicaux et au droit à l'indemnité

journalière pour le 30 septembre 2018, ne revêt pas la forme d'une décision, mais constitue une simple communication rendue conformément à la procédure simplifiée. L'intimée aurait certes pu notifier une décision formelle relative à la suppression des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical après avoir constaté le désaccord du recourant avec sa prise de position. Toutefois, en rendant le 6 novembre 2018 une décision formelle de refus du droit à la rente, l'intimée a, par voie de conséquence, également refusé formellement le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 septembre 2018, comme elle l'avait précédemment annoncé dans sa communication.

Puisque le recourant a valablement contesté la décision du 6 novembre 2018, puis la décision sur opposition du 10 décembre 2018, s'agissant de son droit à la rente, ses conclusions relatives au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières sont recevables, étant rappelé que la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part, forment un seul objet du litige.

9. Les conclusions principales du recourant étant recevables, il sied à présent d'examiner si l'intimée pouvait, en date du 6 novembre 2018, statuer sur le droit à la rente.
10. a. Selon l'art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, 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.
 - b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

L'assureur-accidents ne peut clore le cas et mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2; ATF 128 V 169 consid. 1; ATF 116 V 41 consid. 2c).

Lorsque les conditions donnant droit à la rente sont remplies, le droit à l'indemnité journalière cesse (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase LAA), même si la rente d'invalidité n'est pas encore fixée (arrêt du Tribunal fédéral U 342/06 du 7 septembre 2007 consid. 4).

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

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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 ; 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).

12. 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).
13. En l'occurrence, l'intimée considère qu'elle pouvait se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et mettre ainsi un terme au paiement du traitement médical et des indemnités journalières pour le 30 septembre 2018. Son appréciation est fondée sur les conclusions du Dr H_____ qui a retenu, dans son rapport du 12 juin 2018, que les limitations fonctionnelles étaient définitives et que l'état de santé du recourant était stabilisé.

Le recourant estime pour sa part qu'une amélioration de sa situation ne peut pas être exclue en cas de suivi d'un traitement adéquat. Il est donc d'avis que son état de santé n'est pas stabilisé.
14. a. La Cour de céans observe que les rapports du médecin d'arrondissement se fondent sur l'étude du dossier médical du recourant, dossier qui comprend tous les rapports pertinents, dont le dossier d'imagerie et le résumé du séjour à la CRR, ainsi que sur des examens personnels du recourant. Les plaintes de ce dernier ont été

prises en considération et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Enfin, les conclusions du Dr H_____ sont claires, cohérentes et motivées, de sorte que son appréciation répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Aucun indice concret ne permet de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions relatives à la stabilisation de l'état de santé du recourant. Au contraire, son appréciation est partagée par le Dr G_____, lequel a mentionné dans son rapport du 5 mai 2018 que l'état semblait stabilisé.

À toutes fins utiles, la Cour de céans relève encore qu'il ressort du rapport final du Dr H_____ que le recourant a noté peu d'évolution entre janvier et juin 2018, ce qui tend à démontrer l'absence de toute amélioration « sensible » de son état de santé au cours des six mois précédant la dernière évaluation du médecin d'arrondissement, alors même que l'assuré bénéficiait encore d'un traitement régulier d'ergothérapie. De même, dans son compte-rendu du 27 novembre 2018, le Dr G_____ a noté que le recourant n'avait pas constaté d'évolution entre août et novembre 2018. C'est dire que la stabilisation du cas s'est poursuivie.

Enfin, les explications du Dr G_____ du 24 janvier 2019 quant au SDRC ne sont d'aucune aide au recourant. En effet, ce médecin n'a en aucun cas indiqué qu'un traitement serait susceptible d'entraîner une amélioration sensible de l'état de santé de son patient.

b. La Cour de céans considère ainsi comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant.

Par conséquent, l'intimée était fondée à retenir, sur la base du rapport du Dr H_____ du 12 juin 2018, que le traitement suivi par le recourant, en particulier les séances d'ergothérapie, n'était pas de nature à entraîner une amélioration significative de son état de santé. Elle pouvait donc statuer sur le droit à la rente et mettre un terme à la prise en charge des frais et au versement des indemnités journalières.

15. Il convient encore de se déterminer sur le degré d'invalidité.

16. a. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en

dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3).

17. Dans le cas d'espèce, l'intimée est d'avis, conformément aux conclusions de son médecin d'arrondissement, que les atteintes du recourant au niveau du membre supérieur droit ne permettent pas la reprise de l'activité habituelle de ferrailleur, mais sont compatibles avec l'exercice, à plein temps et sans diminution de rendement, d'une activité ne nécessitant ni l'usage de la force ni le port de charges de plus de 5 kg avec la main droite.

Le recourant ne remet pas en cause les conclusions du rapport final du 12 juin 2018 du Dr H_____ en ce qui concerne les diagnostics posés, l'évaluation de sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles retenues. Il n'invoque pas le moindre motif à l'encontre du calcul du degré d'invalidité.

18. a. La Cour de céans relève à toutes fins utiles que le revenu de valide a été déterminé en application de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse CN 2016 – 2018 (salaire horaire de base CHF 25.85, durée annuelle de travail de 2112 heures), convention qui fait partie intégrante du contrat

de travail conclu par le recourant. Le salaire ainsi fixé (4'927.- CHF/mois) est au demeurant très favorable au recourant, dès lors que la Cour de céans a jugé, dans le litige opposant les parties sur le montant de l'indemnité journalière, que l'intimée était fondée à prendre en considération les revenus mentionnés dans le compte individuel du recourant pour l'année 2015, soit un revenu annuel de CHF 24'207.- (cf. arrêt du 10 octobre 2019 en la cause A/3368/2017).

S'agissant du salaire d'invalidé (5'008.- CHF/mois), l'intimée a sélectionné cinq DPT qui ne requièrent qu'une formation interne comprise entre une heure et six mois. Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2018 et n'apparaissent pas d'emblée incompatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, lequel conserve l'usage de ses deux mains et n'est limité que dans le travail de force et le port de charges de plus de 5 kg, avec sa main droite uniquement. Aucun élément ne justifie de s'écarter du salaire avec invalidité retenu par l'intimée.

b. Force est donc de conclure que le recourant ne subit aucune perte de gain, le revenu avec invalidité étant supérieur à celui sans invalidité.

19. Le recourant a encore conclu, très subsidiairement, à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'intimée considère toutefois que le présent litige ne concerne que le droit du recourant à une rente d'invalidité, au motif que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a pas été contestée au stade de l'opposition à la décision du 6 novembre 2018 et n'a donc plus été examinée dans la décision rendue sur opposition. Elle conclut donc à l'irrecevabilité des conclusions du recourant en tant qu'elles portent sur ladite indemnité.

20. a. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. En vertu de l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours.

L'art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

b. La procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (ATF 130 V 388 ; arrêt du Tribunal fédéral I 158/05 du 2 juin 2006 consid. 5.2.1 et les références). L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure

la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues. Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant ; à défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales, et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGA pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral I 158/05 du 2 juin 2006 consid. 2.2 et les références).

Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise

(ATF 123 V 130 consid. 3a ; ATF 119 V 350 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 18 mars 2001 in SJ 2001 II 212). C'est pourquoi la décision de l'assureur entre partiellement en force dans la mesure où elle n'est pas attaquée en procédure d'opposition (sur certains points), et ne fait pas l'objet d'un examen d'office (ATF 119 V 350 consid. 1b). Dans le cas d'une décision portant sur deux objets, il suffit néanmoins qu'il soit possible de déduire des conclusions de l'opposant interprétées au regard des griefs formulés une volonté de contester l'un et l'autre des objets (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2017 du 31 août 2018 consid. 3.2 et les références).

Les art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA, qui prévoient l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours respectivement une opposition, visent avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité, dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours ou de l'opposition, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit (ATF 134 V 162). Le Tribunal fédéral a souligné que l'existence d'un éventuel abus de droit peut être admise plus facilement lorsque l'assuré est représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours ou d'une opposition et qu'il lui est également connu qu'un délai légal n'est pas prolongeable. Aussi a-t-il jugé qu'en cas de représentation, l'octroi d'un délai supplémentaire en application des dispositions précitées s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable du recours, respectivement de l'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale. Il s'agit typiquement de la situation dans laquelle

un assuré, qui n'est pas en possession du dossier le concernant, mandate tardivement un avocat ou un autre mandataire professionnellement qualifié et qu'il n'est pas possible à ce dernier, en fonction de la nature de la cause, de prendre connaissance du dossier et de déposer un recours ou une opposition motivés à temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016 du 18 mai 2016).

21. a. En l'espèce, dans sa décision du 6 novembre 2018, l'intimée a nié au recourant, d'une part, le droit à une rente d'invalidité et, d'autre part, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a notamment exposé que, selon les conclusions de son médecin d'arrondissement, le recourant ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité.

Dans son opposition du 5 décembre 2018, le recourant a indiqué contester cette décision, soutenant qu'il existait « un droit à une rente d'invalidité » et estimant qu'il devait « être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité ». Son argumentation s'est limitée à reprendre quelques paragraphes du compte-rendu de son médecin traitant suite à sa dernière consultation, paragraphes desquels il ressortait, selon lui, qu'il présentait « un degré d'invalidité supérieur à 10% ».

S'il est exact que le rapport du Dr G_____ du 21 novembre 2018 fait état d'une diminution de la force et de la mobilité de la main droite, ce qui pourrait éventuellement suggérer l'existence de troubles fonctionnels du membre supérieur droit, il n'en reste pas moins que les griefs et les conclusions du recourant portent exclusivement sur son droit à une rente, sans référence aucune, même implicite, au droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dès lors que le recourant est représenté depuis plusieurs années par le même mandataire professionnellement qualifié, lequel l'a d'ailleurs assisté dans le litige l'opposant à l'intimée concernant le calcul des indemnités journalières, on ne saurait reprocher à l'assurance un formalisme excessif. Il incombait sans conteste au recourant de motiver son opposition et de prendre des conclusions quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'il entendait contester la position de l'intimée à cet égard.

b. L'intimée pouvait donc limiter son examen au droit à la rente et considérer que sa décision était entrée en force s'agissant de son refus de lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

22. Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition du 10 décembre 2018 est confirmée.

Mal fondé, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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