RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3434/2022 **ATAS/596/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 août 2023

Chambre 9

En la cause

A_____,
représenté par Me Tiffany MONTEIRO FERREIRA, avocate — recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS — intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1975, de nationalité française, est marié et père de trois enfants.

b. L'assuré était employé en qualité de manœuvre du bâtiment à Genève depuis le 29 janvier 2020, par l'intermédiaire d'une agence de placement. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. **a.** Le 27 février 2020, alors qu'il nettoyait de grands panneaux posés sur une table, l'intéressé, droitier, a glissé et a posé sa main droite sur l'un des panneaux pour ne pas tomber (cf. déclaration de sinistre du 2 mars 2020). Ce panneau s'est toutefois retourné et l'assuré s'est réceptionné de tout son poids sur sa main droite « qui s'est comme tordue » (cf. rapport de la CNA du 3 juillet 2020).

b. Les premiers soins ont été prodigués le même jour par le docteur B_____, médecin interne au service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

c. L'assuré a repris le travail du 29 février au 9 mars 2020, date à laquelle le docteur C_____, médecin auprès du service de médecine de premiers recours des HUG, l'a mis en arrêt de travail total jusqu'au 18 mars 2020. Cet arrêt de travail a été prolongé à plusieurs reprises, jusqu'au 31 octobre 2021, par les docteurs D_____ et E_____, médecins internes auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, par le docteur F_____, médecin interne auprès du service de chirurgie cardio-vasculaire des HUG, et par les docteurs G_____ et H_____, médecins internes auprès du département de chirurgie des HUG.

d. La CNA a pris en charge le cas.

e. Dans son rapport du 28 avril 2020, le Dr F_____ a posé le diagnostic principal de neurapraxie sensitive du nerf médian de la main droite et, comme diagnostic secondaire, « doigt à ressort D4 D5 droite ». Le spécialiste a par ailleurs préconisé la réalisation d'une échographie avec infiltration.

f. Le 9 juin 2020, l'assuré a bénéficié d'une infiltration de D3. Il ressort du rapport établi le 1er juillet 2020 par le Dr E_____ que celle-ci n'a eu aucun effet. Le spécialiste a ainsi constaté l'échec du traitement conservateur par infiltration de doigt à ressaut D4-D5 de stade II et a recommandé une prise en charge chirurgicale « pour libération poulies A1 D4-D5 ».

g. Le 23 juillet 2020, l'intéressé a subi une cure de doigt à ressaut D4 et D5 de la main droite sous anesthésie de WALANT.

h. Dans le cadre de la demande de prestations déposée par l'assuré le 28 juillet 2020 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève

(ci-après : OAI), le Dr E_____ a complété un questionnaire médical en date du 28 septembre 2020 à teneur duquel la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis la survenance de l'accident. Ce spécialiste a en outre précisé que la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée était également nulle « pour l'instant ».

i. Dans un rapport du 30 novembre 2020, le Dr G_____, a indiqué un *statu quo* des douleurs depuis l'accident de février 2020, avec notamment des paresthésies et des engourdissements en permanence des doigts longs de la main droite (D3-4-5), à prédominance nocturne. Il a en outre relevé que la mobilité des doigts D4 et D5 ne s'était pas améliorée depuis l'opération chirurgicale du 23 juillet 2020 et que l'assuré ne parvenait pas à saisir des objets habituels du quotidien. Le spécialiste a par ailleurs précisé que l'assuré ne présentait pas de syndrome douloureux régional complexe (ci-après également : SDRC ou CRPS).

j. À teneur d'un rapport du 8 février 2021, le Dr G_____ a indiqué que l'évolution était défavorable, avec le développement d'un CRPS très handicapant pour l'assuré. Dans ce même rapport, le spécialiste a relevé l'importance pour l'assuré d'envisager une reconversion professionnelle, dès lors qu'au vu de ses lésions actuelles, il était dans l'incapacité d'une reprise éventuelle de son ancienne activité.

k. Le 15 avril 2021, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la CNA, a procédé à l'examen médical de l'assuré. Il ressort de son rapport du 16 avril 2021 que ce dernier ne parvenait pas à porter des charges supérieures à 500 g, ni à empoigner un objet, en particulier si celui-ci était lourd (par exemple, une masse ou un marteau-piqueur). Il ne pouvait pas non plus serrer une pince efficacement. Au niveau des tâches quotidiennes, l'intéressé était peu limité mais ressentait tout de même des difficultés pour écrire et pour prendre un couteau de manière habile. Quant à l'habillage, l'assuré devait esquiver la main droite. La toilette était effectuée sans particularité. Concernant la conduite automobile, l'assuré ne rencontrait pas de difficulté, parvenant à passer les vitesses sans trop de problèmes, tout en tenant le volant avec sa main gauche. Le spécialiste a par ailleurs relevé que l'état de santé de l'intéressé n'était pas stabilisé et a proposé de le revoir six mois plus tard afin de constater son évolution et, éventuellement, stabiliser son état de santé. Selon le Dr I_____, l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible.

l. Le 17 mai 2021, l'assuré a commencé un stage de peintre qu'il a dû interrompre après quatre mois en raison de douleurs. Il a ensuite effectué un placement à l'essai auprès d'une autre entreprise en qualité d'aide-peintre du 13 octobre 2021 au 10 avril 2022.

m. À teneur du rapport établi le 25 juin 2021 par la Dre H_____, l'assuré ne présentait pas de syndrome douloureux régional complexe.

n. Dans un rapport du 29 octobre 2021, la Dre H_____ a proposé que l'assuré trouve un médecin traitant pour prendre le relais du suivi médical, dès lors qu'en chirurgie de la main, il était arrivé à l'état définitif du traitement. La spécialiste a ajouté que l'assuré présentait un syndrome douloureux régional complexe.

o. Selon l'appréciation médicale du Dr I_____ du 8 mars 2022, l'état de santé de l'assuré était désormais stabilisé. L'intervention chirurgicale du 17 juillet 2020 n'avait apporté aucune amélioration de la situation. Il persistait une gêne importante au niveau de la main droite avec des difficultés d'empoignement, de force et d'habileté, entrainant les limitations fonctionnelles définitives suivantes pour le membre supérieur droit : des activités nécessitant le port répétitif ou prolongé de charges de plus de 5 à 10 kg, des mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet et de la main droite, des activités nécessitant de la force en préhension et des mouvements fins et réguliers du membre supérieur droit. L'exigibilité de l'activité de maçon n'était plus donnée et, dans une activité qui tenait compte des limitations fonctionnelles susmentionnées, l'activité était libre, sans limitation de temps ni de rendement, à un taux de 100%. Conformément aux tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, à savoir la table n°3 pour atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou de plusieurs segments des membres supérieurs, appliquée par analogie pour les doigts 4 et 5 non fonctionnels (chiffre 41), l'estimation de l'atteinte à l'intégrité était de 10%. En outre, à teneur de ce rapport, l'assuré a indiqué que, dans le cadre de son stage de réorientation en qualité de peintre, il prenait le pinceau avec la main droite en utilisant trois doigts et travaillait et portait essentiellement avec le membre supérieur gauche, ce qui entrainait un déséquilibre causant des douleurs lombaires basses itératives.

p. Par courrier du 17 mars 2022, la CNA a fait savoir à l'assuré que sa situation médicale était considérée comme stabilisée et qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière au 31 mai 2022.

q. En date du 3 mai 2022, sur question de la CNA, le Dr I_____ a indiqué que, s'agissant d'un monotraumatisme, l'atteinte lombaire basse décrite par l'assuré lors de l'examen médical du 4 mars 2022 était très distante de la survenance de l'accident à la main droite. Il fallait donc considérer que « la causalité naturelle entre ce symptôme et le traumatisme qui nous concerne est tout au plus possible » (cf. rapport médical du Dr I_____ du 3 mai 2022).

C. **a.** Par décision du 7 mai 2022, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré au motif que, sur la base des constatations médicales, ce dernier était à même d'exercer une activité à temps plein n'exigeant pas le port répété de charges supérieures à 5-10 kg, ni de travaux nécessitant de la force en préhension et sans mouvement imposant de la force et d'importantes amplitudes du poignet droit. Il ne pouvait pas non plus exercer une activité nécessitant d'effectuer régulièrement des mouvements fins. La CNA a en outre fait valoir qu'en se fondant sur les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des

salaires (ci-après : ESS) pour un homme, et tout en tenant compte d'un abattement de 5% pour les limitations fonctionnelles susmentionnées, un revenu annuel de CHF 65'608.- pouvait être réalisé dans une activité adaptée au handicap de l'assuré. Dès lors, comparé au gain de CHF 62'767.- réalisable sans l'accident, il n'en résultait aucune perte de gain pour l'intéressé. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a accordé à l'assuré le montant de CHF 14'820.-, calculé sur la base d'un gain annuel de CHF 148'200.- et d'une diminution de l'intégrité de 10%.

b. Le 13 juin 2022, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, s'est opposé à la décision du 7 mai 2022 et a demandé qu'un examen médical soit diligenté par un médecin de la CNA n'ayant pas encore traité son dossier. Dans le délai prolongé au 20 juillet 2022 pour produire la motivation de son opposition, l'intéressé a fait valoir que, même dans une activité adaptée, sa capacité de travail ne pouvait aucunement être considérée comme complète en raison des effets secondaires itératifs dus à son lourd traitement antalgique (nausée, fatigue, troubles attentionnels, troubles du sommeil, somnolences, etc.), ainsi qu'en raison des douleurs neuropathiques chroniques persistantes qui diminuaient sa capacité de travail. Par ailleurs, l'utilisation de sa main gauche (main valide) provoquait un important déséquilibre lui causant une forte douleur. Il y avait donc lieu de retenir une capacité de travail de maximum 70% dans une activité adaptée. L'assuré a en outre contesté le montant du revenu sans invalidité, la fixation du gain d'invalide, ainsi que le taux d'abattement de 5% retenus par la CNA. Enfin, l'intéressé a également contesté l'estimation de l'atteinte à l'intégrité tel que retenue par la CNA (10%), faisant valoir qu'il avait perdu l'usage complet de ses doigts 4 et 5, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de se référer à l'item 41, mais à tout le moins à l'item 42 prévoyant une atteinte à l'intégrité de 15%. Il s'agissait en outre de prendre en considération le fait que l'atteinte à l'intégrité ne se limitait pas à la seule perte de fonction des doigts 4 et 5, mais que cette perte de fonction se prolongeait à tout le moins jusqu'au coude. L'assuré a également reproché à la CNA de ne pas avoir tenu compte des séquelles psychiques de l'accident.

c. Par décision sur opposition du 14 septembre 2022, la CNA a maintenu sa décision. L'assuré n'apportait pas d'éléments, étayés au moyen d'un avis médical, permettant de s'écarter des conclusions du Dr I_____. En outre, le calcul du gain de valide avait été effectué sur la base du contrat de mission temporaire du recourant, ainsi qu'en application de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse et n'était pas critiquable en application de l'ESS. Quant au taux d'abattement de 5%, la CNA n'avait pas à tenir compte de l'âge de l'assuré, de sa nationalité française et de son statut de frontalier dans le calcul de celui-ci. Par ailleurs, se fondant sur un avis médical complémentaire du Dr I_____ du 13 septembre 2022, la CNA a relevé que la référence à l'item 41 de la table 3 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA publiée par la CNA, était justifiée dès lors qu'il n'y avait pas d'amputation de

deux derniers doigts, qu'il s'agissait d'une estimation par analogie, soit celle d'une atteinte fonctionnelle concernant essentiellement les doigts 4 et 5 sur les interphalangiennes distales, de sorte qu'il existait une fonction résiduelle de ces doigts estimée à 10%. Enfin, il ne ressortait pas du dossier que l'intéressé présentait des troubles psychiques.

D. **a.** Par acte du 17 octobre 2022, l'assuré a interjeté, par l'intermédiaire de son avocat, un recours contre la décision précitée par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai supplémentaire de 60 jours pour lui permettre de produire une expertise privée d'un médecin spécialisé et compléter son recours, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et à pouvoir compléter son recours une fois le résultat de l'expertise judiciaire connu. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision du 14 septembre 2022, à ce que son degré d'invalidité soit réévalué à la hausse, à ce que son droit à une rente d'invalidité soit réévalué et accordé sur la base d'un taux d'invalidité de 70% à tout le moins. Il a en outre conclu à ce que l'atteinte à son intégrité soit réévaluée à la hausse et que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit augmentée en conséquence. En substance, l'assuré a fait valoir que le Dr I_____ avait omis de prendre en compte le développement d'un syndrome régional complexe très handicapant pour le recourant, les douleurs lombaires basses itératives desquelles ce dernier s'était plaint lors de son examen médical du 4 mars 2022, ainsi que les effets secondaires itératifs importants liés à son traitement antidouleur. À l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport établi en date du 17 octobre 2022 par la docteure J_____, médecin généraliste en France.

b. Dans sa réponse du 9 janvier 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. La problématique du syndrome douloureux régional complexe n'avait plus été retenue dans les rapports établis ultérieurement par les médecins des HUG. La mention de ce syndrome dans le rapport du 29 octobre 2021 devait manifestement résulter d'une erreur dans la mesure où les médecins évoquaient un status superposable au dernier contrôle. À l'appui de sa réponse, l'intimée a joint une (nouvelle) appréciation médicale rédigée le 7 décembre 2022 par le Dr I_____. Selon ce spécialiste, les conclusions de la Dre J_____ ne présentaient aucun élément susceptible de remettre en cause son appréciation établie suite à l'examen final du 4 mars 2022. Concernant les médicaments prescrits par le médecin traitant, le Dr I_____ a relevé qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle prescription, dès lors que ces médicaments étaient déjà pris par le recourant à la place du Dafalgan.

c. En date du 25 avril 2023, le recourant a répliqué, persistant dans les conclusions de son recours.

d. Cette écriture a été transmise à l'intimée pour information.

EN DROIT

1.

1.1 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).

En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

En l'espèce, le recourant, domicilié en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur situé à Genève.

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA ; art. 62 ss et 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

4.

4.1 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 142 V 219 consid. 4.3.1 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

4.2 Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais que sur la base de constatations médicales fournies en temps réel, on puisse conclure que durant cette période de latence l'assuré a souffert au moins en partie des symptômes typiques de ce diagnostic. La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

4.3 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, dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017). 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).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail

équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1); seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

4.4 Selon l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

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). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références).

Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

4.5 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les

références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. Etant 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; 142 V 58 consid. 5.1 et les références; 139 V 225 consid. 5.2 et les références; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la

valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

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 mêmes 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; 135 V 465 consid. 4.6).

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 135 V 465 consid. 4.5 et les références; 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; 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).

4.6 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 142 V 435 consid. 1 et les références; 126 V 353 consid. 5b et les références; 125 V 193 consid. 2 et les références; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

4.7 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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; 122 V 157 consid. 1d).

5. En l'espèce, la chambre de céans relève que les différentes appréciations du Dr I_____, médecin d'arrondissement de la CNA reposent sur l'étude du dossier médical complet du recourant qu'il a examiné personnellement les 15 avril 2021 et 4 mars 2022. Il ressort des rapports médicaux établis suite à ces deux examens que les plaintes de l'intéressé ont été prises en considération par le Dr I_____ et que ce dernier y a consigné de manière claire son appréciation du cas, notamment l'évolution et la stabilisation de l'état de santé du recourant, ses limitations fonctionnelles, ainsi que l'évaluation de sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.

5.1 Dans ses écritures, le recourant conteste l'appréciation du Dr I_____, selon laquelle la capacité de travail est entière (100%) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans limitation de temps, ni de rendement. Il estime qu'une expertise judiciaire est nécessaire afin d'évaluer sa capacité de travail, en faisant valoir, en premier lieu, que le Dr I_____ aurait omis de prendre en considération le CRPS qualifié de « très handicapant » par le Dr G_____ dans son rapport du 8 février 2021.

Selon l'intimée, ce syndrome n'a plus été mentionné dans le rapport ultérieur de la Dre H_____ du 25 juin 2021 et, malgré le fait que cette même spécialiste ait mentionné ce syndrome dans son rapport du 29 octobre 2021, il devait s'agir d'une erreur dès lors qu'il ressort de ce même rapport que « le status est superposable » au contrôle du 25 juin 2021. L'intimée relève par ailleurs que la Dre J_____, dont le rapport du 17 octobre 2022 a été produit à l'appui du recours, n'a aucunement fait état dudit syndrome.

Il ressort des pièces du dossier que le Dr G_____ avait, en date du 30 novembre 2020, écarté l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe indiquant que le recourant s'était plaint d'un « changement de coloration de D5, devenant bleu », sans qu'il n'y ait toutefois « d'autre signe pour un CRPS (notamment, pas d'hypersudation, ni d'alternance chaud/froid) ». Dans son rapport suivant, établi en date du 8 février 2021, ce même spécialiste a cette fois retenu un CRPS, relevant que, suite à la cure de doigts à ressaut D4 et D5 intervenue au mois de juillet 2020, l'évolution était « défavorable, avec le développement d'un syndrome douloureux régional complexe, très handicapant pour le patient […] ». Il n'a toutefois aucunement motivé ce diagnostic, ni analysé les critères posés par la jurisprudence (cf. consid. 4.2 ci-dessus). En outre, à teneur de ce même rapport, le Dr G_____ a, de manière contradictoire, souligné l'importance que représentait une reconversion professionnelle pour le recourant qui était

« volontaire pour une reprise d'une activité professionnelle et qui bénéficierait sans aucun doute d'un programme de reconversion ». Ce plaidoyer en faveur d'une reconversion professionnelle apparaît ainsi peu compatible avec un CRPS qualifié de très handicapant, de sorte qu'il convient de douter de la force probante de l'avis médical du Dr G_____ sur ce point.

Il est en outre relevé qu'à teneur du rapport de la Dre H_____ du 25 juin 2021, la présence d'un syndrome douloureux régional complexe a été expressément écartée au motif que le recourant avait noté « une amélioration ce jour », étant en mesure de passer le rouleau ou les pinceaux sans problèmes. Il présentait toutefois des douleurs essentiellement en fin de journée quand il rentrait du stage d'aide-peintre. La présence du syndrome susvisé a certes été mentionné dans le rapport suivant de la Dre H_____ daté du 29 octobre 2021, mais n'a toutefois pas été motivée par cette dernière qui n'a pas non plus analysé les critères jurisprudentiels s'y rapportant. Il est en outre relevé que la Dre H_____ n'a, au demeurant, suggéré aucun traitement visant à remédier au syndrome susmentionné. La chambre de céans constate donc que l'appréciation médicale de cette dernière apparaît manifestement contradictoire, et donc dénuée de force probante, dès lors que cette spécialiste a également mentionné, dans ce même rapport, le « *status quo* » à titre de synthèse médicale clinique, précisant que le status était « superposable au dernier contrôle », soit le contrôle du 25 juin 2021 lors duquel la présence d'un syndrome douloureux régional complexe avait expressément été écartée. Il est au surplus constaté, à la lecture du rapport de la Dre J_____ du 17 octobre 2022, qu'il n'y est aucunement fait mention d'un syndrome douloureux régional complexe. Au surplus, la chambre de céans relèvera que l'état de santé du recourant n'a été considéré comme stabilisé qu'à partir du 4 mars 2022 (cf. rapport du Dr I_____ du 8 mars 2022), ce que le recourant ne conteste pas. Il sied donc de constater que, tant la mention du CRPS retenue par le Dr G_____ dans son rapport du 8 février 2021, que celle retenue − manifestement par erreur − par la Dre H_____ dans son rapport du 29 octobre 2021, ont été retenues alors que l'état de santé du recourant n'était pas encore stabilisé.

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans retiendra que les conclusions des docteurs G_____ et H_____ quant à la présence d'un CRPS ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation médicale du Dr I_____. Le premier argument du recourant tombe donc à faux.

5.2 Dans un deuxième moyen, le recourant conteste les conclusions du Dr I_____ au motif que celui-ci n'aurait pas pris en considération les douleurs lombaires basses itératives desquelles il s'était plaint lors de l'examen médical du 4 mars 2022.

Lors de cet examen médical, le recourant a déclaré être en stage de réorientation en qualité de peintre et prendre le pinceau avec la main droite en utilisant trois doigts. Il a en outre indiqué qu'il travaillait et portait essentiellement avec le membre supérieur gauche et que ce déséquilibre entrainait des douleurs lombaires

basses itératives (cf. rapport du Dr I_____ du 8 mars 2022, p. 5). Invité par l'intimée à apprécier l'éventuel lien de causalité entre les douleurs lombaires ainsi exprimées par le recourant et l'accident survenu le 27 février 2020, le Dr I_____ a indiqué que « s'agissant d'un monotraumatisme, l'atteinte lombaire basse décrite par le recourant, dont la survenance est très distante de celui-ci, on doit considérer que la causalité naturelle entre ce symptôme et le traumatisme qui nous concerne est tout au plus possible » (cf. rapport du Dr I_____ du 3 mai 2022). Le médecin-conseil de l'intimée a ainsi expliqué de manière claire et convaincante la raison pour laquelle les douleurs lombaires mises en évidence par le recourant en mars 2022 n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 27 février 2020. L'argumentation du Dr I_____ n'a, au demeurant, pas été critiquée par la Dre J_____ qui n'a aucunement mentionné ces douleurs lombaires dans son rapport du 17 octobre 2022.

Par conséquent, le second argument du recourant tombe également à faux.

5.3 Dans un troisième moyen, le recourant fait valoir que le Dr I_____ n'a pas tenu compte des effets secondaires itératifs importants dus au traitement antidouleur.

En l'occurrence, dans son recours, l'assuré se limite à se plaindre sur ce point, sans le justifier. Or, il apparaît, au vu du dossier, que les effets secondaires itératifs que fait valoir le recourant ne sont attestés par aucune pièce médicale.

Il ressort des pièces du dossier qu'au mois de novembre 2020, le recourant avait rapporté au Dr G_____ des douleurs neurogènes et que la prise de Dafalgan avait un effet antalgique discret. Le médecin des HUG avait alors suggéré la poursuite de la prise de Dafalgan et n'avait constaté aucun effet secondaire itératif dû à la prise du traitement antidouleur (cf. rapport du Dr G_____ du 30 novembre 2020). Dans son rapport suivant, daté du 8 février 2021, ce médecin n'a relevé aucun effet secondaire dû au traitement antidouleur. Il ressort en outre du rapport faisant suite à un entretien téléphonique entre le recourant et une représentante de l'intimée, en date du 19 février 2021, que celui-ci était suivi régulièrement par l'Unité de la douleur des HUG et que le médecin de la douleur avait augmenté les doses des médicaments antidouleurs, sans qu'il ne soit fait mention d'effets secondaires itératifs. Par ailleurs, selon une note téléphonique du 26 mai 2021, le recourant a informé l'intimée que le docteur K_____, médecin anesthésiologie aux HUG, lui avait remis une prescription pour trois mois, lui indiquant qu'il n'était plus nécessaire de le voir et qu'il devait désormais s'adresser à un médecin traitant en Suisse pour continuer la prescription du traitement. Dans ces circonstances, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant n'avait fait part d'aucun effet secondaire dû au traitement antidouleur. La Dre H_____ a en outre indiqué, dans son rapport du 25 juin 2021, que le recourant avait noté une amélioration « ce jour » et que le traitement était à nouveau de « prégabaline 2 x 100 mg/jour +/- Dafalgan et Irfen au besoin ». Il présentait des douleurs essentiellement en fin de

journée et prenait alors du Dafalgan ou de l'Irfen qui avaient « un bon effet ». La spécialiste a également relevé que le Dr K_____ avait augmenté la posologie de Lyrica et que ce traitement avait eu « un bon effet sur les paresthésies qui [avaient] diminué ». Il est ainsi constaté que la Dre H_____ n'a aucunement fait état d'effets secondaires itératifs dus au traitement antidouleur. Cela ne ressort pas non plus de son rapport du 29 octobre 2021, celle-ci ayant au contraire indiqué que le recourant ressentait certes des douleurs à la suite de son activité de peintre en bâtiment, mais que celles-ci répondaient bien à la prise de Dafalgan ou d'Irfen qui avaient un bon effet. Il ne ressort pas non plus du rapport du Dr I_____ du 8 mars 2022 que le recourant se serait plaint d'effets secondaires itératifs dus au traitement antidouleur, ce spécialiste ayant suggéré, concernant le traitement futur, de poursuivre la posologie (cf. rapport du Dr I_____ du 8 mars 2022, p. 7). En outre, à teneur du rapport de la Dre J_____ du 17 octobre 2022, le recourant s'est plaint de « douleurs chroniques, persistantes, insomniantes de la main et bras droit avec paresthésies », sans que la spécialiste n'atteste toutefois d'effets secondaires itératifs dus au traitement antidouleur. Enfin, invité à se prononcer sur ce rapport, le Dr I_____ a relevé que le traitement préconisé par cette dernière (« Paracétamol + opium + caféine 300 mg/10 mg/30 mg gélule (Lamaline) ») était déjà connu lors de l'examen du 4 mars 2022 et qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle prescription, ces médicaments ayant déjà été pris à la place du Dafalgan, tel que cela ressortait d'ailleurs de son rapport du 8 mars 2022 (cf. rapports du Dr I_____ du 8 mars 2022, p. 5 et du 7 décembre 2022, p. 2).

Eu égard à ce qui précède, force est de constater qu'aucun médecin n'a attesté des effets secondaires itératifs que fait valoir le recourant à l'appui de son recours. Ce dernier échoue ainsi à apporter la preuve de ce que le Dr I_____ aurait omis de prendre en considération les effets secondaires dus au traitement antidouleur allégués par le recourant.

5.4 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra que les éléments invoqués par le recourant et les rapports des médecins des HUG et de la Dre J_____ ne présentent aucun élément concret permettant de douter des conclusions du Dr I_____, dûment motivées et convaincantes. En particulier, la chambre de céans relèvera que le recourant s'est limité à contester la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée en concluant à ce que son droit à la rente et son degré d'invalidité soient réévalués « à la hausse » et à ce qu'une rente d'invalidité, « calculée sur la base d'un taux d'invalidité d'à tout le moins 70% », lui soit allouée (cf. mémoire de recours, p. 2). Ces conclusions ne sont toutefois motivées par aucun élément médical concret, de sorte que la chambre de céans considère que le taux d'invalidité « d'à tout le moins 70% » avancé par le recourant n'est pas établi.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que l'état de santé du recourant est stabilisé depuis le 8 mars 2022 avec une incapacité de travail totale dans l'activité

habituelle de manœuvre et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans limitation de temps, ni de rendement.

6. Il convient à présent d'examiner le droit à la rente du recourant.

6.1 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

6.1.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références; 135 V 297 consid. 5.1 et les références; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et la référence).

6.1.2 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement

exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 148 V 174 consid. 6.2; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 3.1.2).

6.2 En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur les informations communiquées par l'employeur pour déterminer le gain de valide du recourant. Ainsi, le gain de valide correspond au revenu concret de l'assuré pour 2020, lequel serait resté identique pour l'année 2021 selon la déclaration écrite de l'employeur (cf. pièce 109 intimée), soit un montant de CHF 62'767.-. Quant au gain d'invalide, l'intimée s'est référée au tableau TA1_tirage_sill_level de l'ESS 2018, relatif au salaire versé en 2018 à un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière. Ce revenu a ensuite été ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse et de l'indexation des salaires nominaux. Enfin, l'intimée a appliqué un taux d'abattement de 5% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de sorte que le gain d'invalide a été arrêté à CHF 65'608.-.

Dans ses conclusions, le recourant se contente de solliciter la réévaluation de son droit à une rente d'invalidité calculée sur la base d'un taux d'invalidité d'à tout le moins 70%. Il ne précise cependant pas quels éléments retenus par l'intimée pour le calcul du gain de valide et du gain d'invalide l'auraient été de manière erronée. Il n’y a donc pas lieu de s’écarter des chiffres retenus par l'intimée, de sorte que le calcul effectué par cette dernière sera confirmé.

7. Reste à examiner le taux d'abattement retenu par l'intimée.

7.1 Le point de savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières (liées au handicap de la personne ou à d'autres facteurs) est une question de droit qui peut être examinée librement par le Tribunal fédéral (ATF 146 V 16 consid. 4.2; 142 V 178 consid. 2.5.9). En revanche, l'étendue de l'abattement sur le salaire statistique dans un cas concret constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou a abusé ("Ermessensmissbrauch") de celui-ci (ATF 146 V 16 consid. 4.2; 137 V 71 consid. 5.1), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 135 III

179 consid. 2.1; 130 III 176 consid. 1.2 ; 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 3.1.4).

S'agissant en particulier des limitations liées à l'impossibilité partielle ou complète d'utiliser une main, la pratique retient qu'un abattement de 20 à 25% est adapté pour les assurés qui ne peuvent utiliser leur main dominante que de manière très limitée, par exemple comme membre « d'appoint » pour l'autre main (arrêts du Tribunal fédéral 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3 ; 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 8C_971/2008 du 23 mars 2009 consid. 4.2.6.2).

Ainsi, le Tribunal fédéral a admis une déduction de 15% pour une assurée capable de travailler à 100% en n'utilisant sa main droite que pour saisir des objets en raison d'une amputation des trois derniers doigts, sans autres facteurs de réduction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 101/00 du 26 juillet 2002 consid. 2c). Il a considéré qu'une réduction de 10% se justifiait dans la situation d'un assuré présentant des limitations pour tenir des objets (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 122/05 du 30 août 2005 consid. 5.3.2). Le handicap d'une assurée ayant eu la main droite écrasée par une presse, capable d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition de ne pas trop mettre sa main droite à contribution, a justifié une réduction de 10% (arrêt du Tribunal fédéral 8C_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.4). C'est également un abattement de 10% qu'a confirmé le Tribunal fédéral pour un assuré souffrant d'une pseudarthrose du scaphoïde, en mesure d'utiliser son poignet et sa main gauche dans une activité légère ne sollicitant pas excessivement le poignet et la main en terme de force et de manutention de charges (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.3). Notre Haute Cour a réduit à 10% l'abattement du revenu d'invalide d'un assuré droitier éprouvant des difficultés à fléchir trois doigts de la main gauche et apte à exercer une activité adaptée à plein temps sans diminution de rendement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.3). Une déduction de 15% a été considérée comme appropriée dans le cas d'un assuré entravé dans l'utilisation de la main droite dominante et devant éviter des mouvements rotatifs de la main et de l'avant-bras, âgé de 55 ans au moment du début du droit à la rente (ATF 129 V 472 consid. 4.3.2), de même que pour une assurée apte à travailler à 100% dans une activité légère en n'utilisant son bras et sa main gauches qu'en soutien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 766/02 du 7 juin 2004 consid. 2.3).

Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheits-kontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à

son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et l'arrêt cité ; 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid 3.1.5).

7.2 En l'espèce, sur la base des conclusions du Dr I_____, l'intimée a retenu que le recourant était à même d'exercer une activité adaptée, à temps plein, n'exigeant pas le port répété de charges supérieures à 5-10 kg, ni de travaux nécessitant de la force en préhension. Il ne pouvait pas non plus exercer une activité nécessitant d'effectuer régulièrement des mouvements fins, mais pouvait toutefois exercer des travaux sans mouvement imposant de la force et d'importantes amplitudes du poignet droit. L'intimée a ainsi considéré qu'un taux d'abattement de 5% était justifié au vu de ces limitations qui n'étaient ni nombreuses, ni particulièrement handicapantes et limitées aux doigts D4 et D5 de la main droite, « lesquels rempliss[aient] une fonction moins importante que les autres doigts » (cf. décision querellée, p. 8).

Il ressort toutefois de l'appréciation médicale du Dr I_____ et de l'analyse de l'intimée qu'il n'a pas été tenu compte du fait que le recourant est droitier et que son atteinte à la santé concerne précisément les doigts D4 et D5 de sa main droite, soit sa main dominante. Certes, le recourant ne se trouve pas dans la situation d'une personne entièrement privée de l'usage d'une main et peut se servir de sa main droite, malgré les restrictions quant à certains mouvements. On peut toutefois se demander s'il ne conviendrait pas, en application de la jurisprudence mentionnée supra, d'opérer un abattement de 10%, voire de 15%, dans le cas d'espèce.

Cette question peut cependant rester ouverte, puisque même en tenant compte d'un abattement de 10% ou de 15%, le taux d'invalidité reste insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. En effet, même à retenir un abattement de 15%, le taux d'invalidité serait inférieur à 10% (CHF 69'061.50 – CHF 10'359.- = CHF 58'702.50, ce qui correspond à un taux d'invalidité de 6.5%).

Enfin, la chambre de céans relèvera que, conformément à la jurisprudence applicable, ni l'âge du recourant, ni sa nationalité française ou son statut de frontalier, ne constituent des facteurs susceptibles de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, s'agissant d'activités simples et répétitives de niveau de compétence 1 (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1 ; 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4). C'est donc à juste titre que l'intimée ne les a pas pris en considération pour déterminer le taux d'abattement applicable au cas d'espèce.

7.3 Au vu de l'ensemble de ces éléments, il appert que c'est à juste titre que le droit à une rente d'invalidité a été nié au recourant.

8. Reste à examiner l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

8.1 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).

8.2 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). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; 125 II 169 consid. 2d).

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). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 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).

8.3 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 CNA 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 ; 124 V 209 consid. 4.cc ; 116 V 156 consid. 3).

8.4 En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les conclusions du Dr I_____ pour retenir une atteinte à l'intégrité de 10%.

Ce spécialiste a estimé que l'atteinte à l'intégrité était de 10% en application de la table 3 d'indemnisation de la CNA relative aux atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs. Cette table d'indemnisation prévoit, à son chiffre 41, un taux de 10% pour une atteinte aux doigts 4 et 5. Le Dr I_____ a ainsi procédé à une application par analogie du chiffre 41 dès lors que, dans le cas d'espèce, il n'y avait pas eu d'amputation des deux derniers doigts, qu'il s'agissait d'une estimation par analogie d'une atteinte fonctionnelle concernant essentiellement les doigts 4 et 5 sur les interphalangiennes distales et qu'il fallait ainsi considérer qu'il existait une fonction résiduelle de ces deux doigts. Pour ces motifs, il était justifié d'appliquer le chiffre 41 (prévoyant un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%), plutôt que le chiffre 40 (qui prévoit un taux d'atteinte à l'intégrité de 5% en cas d'absence d'atteinte interphalangienne distale) ou le chiffre 42 (applicable en cas d'atteinte globale et complète à ces deux doigts, y compris aux deux articulations, prévoyant un taux d'atteinte à l'intégrité de 15% ; cf. rapport complémentaire du Dr I_____ du 13 septembre 2022 ; Table 3 d'indemnisation de la CNA relative aux atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs, édition 2000, pp. 5-6).

Dans ses écritures, le recourant se limite à conclure à ce que son atteinte à l'intégrité soit réévaluée à la hausse et que l'indemnité y relative soit augmentée en conséquence. Il ne motive toutefois pas cette conclusion et ne produit aucun élément médical à l'appui de celle-ci. Force est ainsi de constater que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenue par le Dr I_____ dans son rapport du 8 mars 2022, qui repose à juste titre sur le chiffre 41 de la table 3 d'indemnisation de la CNA, n'a pas lieu d'être revu à la hausse.

Par conséquent, la décision de l'intimée en tant qu'elle alloue au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 14'820.-, sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 10%, sera confirmée sur ce point.

En conclusion, la chambre de céans retiendra que le recourant n'a pas apporté les éléments de preuve à même de jeter un doute sur la valeur probante des rapports du Dr I_____ et que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'apparaît pas nécessaire, de sorte qu'il n'y sera pas donné suite par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

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

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

***

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
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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