RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/347/2022 **ATAS/639/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juillet 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS	recourant
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Yda ARCE et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), droitier, né en 1967, travaillait en tant que parqueteur au service de la société B_____, et était assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA, la caisse ou l'intimée).

b. Le 10 janvier 2020, la scie circulaire de l'assuré s'est bloquée et il s'est coupé l'index et le majeur de la main gauche. Il a été transféré au service de chirurgie plastique du CHUV, où les diagnostics suivants ont été posés : section complète de l'appareil extenseur du majeur en zone 3-4 et de l'index en zone 4, arthrotomie des interphalangiennes proximales du majeur et de l'index et érosion osseuse de la face dorsale des mêmes doigts. Il a bénéficié d'une révision de plaie avec suture de l'appareil extenseur.

c. À sa sortie, le 11 janvier 2020, il s'est vu prescrire des séances d'ergothérapie à raison de trois par semaine, un traitement médicamenteux à base de paracétamol et de morphine, ainsi qu'un arrêt de travail complet jusqu'au 15 mars 2020.

d. Par rapport médical du 5 mars 2020, la doctoresse C_____, spécialiste en chirurgie de la main et cheffe de clinique adjointe au CHUV, a préconisé la poursuite de l'ergothérapie et a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 26 avril 2020 puis, ultérieurement, jusqu'au 12 juillet 2020.

e. Le 10 juillet 2020, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur a adressé à la SUVA un compte-rendu d'une consultation du 8 juillet 2020 avec l'assuré. La poursuite du traitement de rééducation était encouragée. La reprise d'une activité à temps partiel semblait envisageable, dès septembre 2020, après réévaluation médicale.

f. Par courrier du 23 juillet 2020, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle le considérait capable de travailler à 50% dès le lundi 3 août 2020. Cette communication faisait suite à l'appréciation du 22 juillet 2020, du docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique.

g. Par courriel du 3 août 2020, la Dresse C_____ a informé la SUVA que la mobilité de l'assuré était si limitée qu'elle entrainait un manque de force important, rendant la reprise de l'activité de parqueteur difficilement envisageable, même à mi-temps. En outre, une théno-arthrolyse, suivie d'un traitement intensif d'ergothérapie, était programmée pour le 17 août 2020.

h. La nécessité de l'intervention était confirmée par un rapport conjoint de la Dresse C_____ et du docteur F_____, spécialiste en chirurgie de la main, adressé à la SUVA le 10 août 2020. Malgré le traitement par ergothérapie, la mobilité demeurait réduite.

i. Prise en charge par la SUVA, la thénolyse s'est déroulée le 17 août 2020 en ambulatoire et a été suivie de séances d'ergothérapie, toujours à raison de trois par semaine et d'un traitement médicamenteux à base de morphine.

j. Par certificat du 9 décembre 2020, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie de la main, a préconisé une reprise de l'activité à 50% dès le 8 décembre 2020. L'assuré a ainsi repris son ancienne activité à mi-temps dès cette date.

k. Par rapport intermédiaire du 29 janvier 2021 à l'attention de la SUVA, le Dr G_____ a fait état d'un flexum des articulations IPP de l'index et du majeur et d'un défaut d'enroulement des mêmes doigts, avec perte de force et d'agilité. Le pronostic était défavorable dans l'activité de parqueteur et il y avait un risque de dommage permanent. La situation stagnait malgré la poursuite de l'ergothérapie et il n'existait pas d'alternative thérapeutique.

l. Le 11 février 2021, l'assuré s'est entretenu avec un case manager de la SUVA. Il lui a indiqué que les douleurs étaient quasi permanentes et augmentaient lors de l'exposition à des températures froides ou lors de chocs malencontreux sur les deux doigts, provoquant une décharge électrique remontant le long du bras ; les actes de la vie quotidienne étaient principalement effectués par la main droite ; la dextérité de la main gauche demeurait réduite, l'index et le majeur restaient enflés et raides, il était difficile d'enrouler complètement les deux doigts ou de faire le poing ; lors de la conduite de véhicules, l'assuré pouvait uniquement tenir le volant par les trois doigts valides de la main gauche ; c'est avec ces mêmes doigts uniquement que l'assuré pouvait soulever des poids, jusqu'à 4 kg avec sa main gauche. Depuis qu'il avait repris le travail à 50%, il n'était plus autonome. Il était obligé de faire appel à un collègue pour l'aider dans les tâches nécessitant l'utilisation de matériel, tel qu'un ciseau ou une scie électrique. Lors de la manipulation de cartons ou papiers, il utilisait principalement son bras valide, le deuxième faisant office de balancier ou de point de maintien. L'assuré se disait conscient qu'il ne pourrait plus jamais utiliser sa main gauche comme avant.

m. Suite à un examen du 22 février 2021, le Dr G_____ a adressé un rapport à la SUVA le 4 mars 2021, faisant état d'une distance pulpe-paume de 1 cm au niveau de l'index et 1.5 cm au niveau du majeur en actif, de cicatrices calmes, d'une flexion-extension de l'IPP de l'index à 70°-25°-0° et du majeur à 85°-35°-0° ainsi que d'interphalangienne distale (IPD) de l'index à 15°-0°-10° et du majeur à 0°-15°-30°. La capacité de travail demeurait de 50%.

n. L'assuré a fait l'objet d'un examen par le Dr E_____ le 10 mars 2021. Le médecin d'arrondissement a constaté que quatorze mois après le traumatisme initial, il existait encore des adhérences importantes au niveau des première et deuxième phalanges de l'index et du majeur et que la situation ne semblait plus évoluer, malgré l'arthro-thénolyse. Pour le surplus, la flexion montrant une distance pulpe/paume de 4,5 cm tant pour l'index que le majeur, soit des résultats

sensiblement différents de ceux du Dr G_____, un complément d'information était sollicité auprès de ce dernier.

o. Par rapport du 25 mai 2021, le Dr G_____ a répondu au médecin d'arrondissement que, selon ses examens, la distance pulpe-paume était de 2 cm, tant pour l'index que le majeur. Le flessum du majeur était de 30°, celui de l'index de 20°, tous deux décrits comme irréductibles. Il n'y avait pas d'évolution depuis trois mois et la situation pouvait être considérée comme stabilisée. La capacité de travail s'élevait au maximum à 50% en tant que parqueteur, avec, en sus, un risque supplémentaire que l'usage compensatoire du bras droit entraine des pathologies secondaires.

p. Par appréciation médicale du 2 juin 2021, le Dr E_____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité usuelle était entière avec toutefois une perte de rendement de 20% du fait de la gêne au niveau du membre supérieur gauche, nécessitant des pauses pour reprendre des forces. Le bras droit, dominant, n'était pas atteint et il n'y avait pas de restriction à ce qu'il soit utilisé en compensation. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : le soulèvement et la manutention d'objets de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche, le serrage ou leur maintien en serrage d'objets de plus de 5 kg, le soulèvement et la manutention d'objets de plus de 13 kg, avec les deux mains, la gauche servant de point d'appui ou d'accompagnement. Pour le surplus, l'atteinte à l'intégrité consistant en une réduction de la fonction et une perte d'utilisation, sans perte de segment, de l'index et du majeur, son indemnisation était évaluée à 5%.

Le 3 juin 2021, la SUVA a informé l'assuré de ce que, de l'avis du médecin d'arrondissement, il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration significative de son état de santé. Il était ainsi mis un terme aux prestations pour frais de traitement au 1er août 2021. Quant aux indemnités journalières, elles seraient versées jusqu'au 31 juillet 2021 sur la base d'une incapacité de 50%.

B. **a.** Par décision du 16 juillet 2021, la SUVA a procédé à la clôture du cas. Elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5% et a refusé d'allouer une rente d'invalidité, à défaut de perte de gain du fait de l'accident. Avant l'accident, le salaire annuel brut de l'assuré s'élevait à CHF 58'440.50, (correspondant à 41,25 heures de travail hebdomadaires x CHF 25.- x 52 semaines + 8.33 % pour les vacances). Selon l'employeur, il serait demeuré identique en 2021 sans l'accident. Quant au gain d'invalide dans une activité adaptée, il était calculé sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), niveau de compétence 1 et s'élevait à CHF 69'268. 20 pour 2021. Suite à un abattement de 5% du fait des limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement, il se montait encore à CHF 65'805.- soit un montant supérieur au revenu sans accident. Il n'y avait donc pas de perte de gain.

b. Le 14 septembre 2021, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA par l'intermédiaire de son avocat, concluant à l'octroi d'une rente basée sur une

incapacité de travail de 50% dans le métier habituel, ainsi qu'une diminution de rendement de 20% et à l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux d'atteinte de 20%. La diminution de 5% du fait des limitations fonctionnelles contenue dans la décision différait significativement de la diminution de rendement de 20% fixée par le médecin d'arrondissement. En tout état, la capacité de travail était de 50%, comme attesté par le Dr G_____ dans son rapport du 25 mai 2021. Une IPAI de 5% était également insuffisante au vu des atteintes.

c. En date du 24 novembre 2021, l'assuré a complété son opposition par l'envoi d'un certificat médical du Dr G_____, daté du 11 novembre 2021. Le médecin traitant y confirmait qu'il n'était pas raisonnable d'augmenter la capacité de travail au-delà de 50% dans l'activité de parqueteur, l'utilisation compensatrice du bras droit étant de nature à entrainer des pathologies secondaires de surcharge. Quant au rendement, il était diminué de 20% dans cette même activité.

d. Par décision sur opposition du 17 décembre 2021, la SUVA a maintenu sa décision initiale. Si le Dr E_____ avait bien retenu une baisse de rendement de 20% dans l'activité de parqueteur, exigible à 100%, il n'avait en revanche retenu aucune perte de rendement dans le cadre d'une autre activité, adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Le Dr G_____ ne se déterminant pas à cet égard, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement. C'était ainsi à juste titre que la SUVA avait retenu que l'assuré était en mesure de travailler à plein temps, sans perte de rendement, dans une activité légère, sans restriction de l'utilisation du bras dominant, sans serrage d'objet ou maintien en serrage dans le porter supérieur à 5 kg avec le membre supérieur gauche, sans soulèvement et manutention d'objets de plus de 13 kg avec les deux mains, la main gauche étant en appui ou en accompagnement. Quant à l'abattement de 5%, il était parfaitement justifié au vu des circonstances du cas d'espèce et l'assuré semblait confondre, dans son grief à cet égard, les notions d'abattement et de diminution de rendement. Enfin, concernant le taux de l'IPAI octroyé, soit 5%, il avait été établi conformément aux tables d'indemnisation applicables et aucun élément au dossier ne justifiait de s'en écarter.

C. **a.** Le 31 janvier 2022, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru contre cette décision sur opposition, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente basée sur une incapacité de travail de 50% dans le métier habituel, avec une diminution de rendement de 20% et à l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux d'atteinte de 10%.

b. L'intimée a répondu le 28 mars 2022, concluant au rejet du recours. S'il était admis que le recourant ne pouvait plus exercer l'activité de parqueteur à temps plein, il ressortait en revanche de l'appréciation du Dr E_____ que, dans une activité autre, respectant les limitations fonctionnelles déjà mentionnées et au demeurant non contestées par l'intéressé, l'exigibilité était de 100% sans perte de rendement. Le recourant, âgé de 54 ans au moment de l'examen du droit à la rente, se devait de changer d'activité afin de mettre à profit sa pleine capacité de

travail dans une activité adaptée en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Au vu de ces éléments, le calcul de l'invalidité opéré par l'intimée n'était pas critiquable. Concernant l'IPAI, aucun élément au dossier ne permettait de s'écarter de l'évaluation du Dr E_____, conforme aux tables d'indemnisation applicables.

c. Par réplique du 29 avril 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions et sollicité l'audition du Dr G_____, qui n'était pas familier avec la législation applicable et devait donc être entendu contradictoirement et exhaustivement sur ce qui pouvait ou non être exigé de son patient en termes d'activité professionnelle et de rendement et sur l'interprétation de son certificat médical du 11 novembre 2021.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de la part de l'assureur accident ainsi que sur le taux de l'IPAI.

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

5.1 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité

naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

6.1 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

6.1.1 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

6.1.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.1.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7. 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).

8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de

l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références ; cf. aussi arrêt 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

10. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

10.1 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).

10.2 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

10.3 Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité

parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). A cet égard, L'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020.

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'existe pas de motifs sérieux et objectifs justifiant une modification de sa jurisprudence relative à l'application des ESS dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité des assurés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2021 du 9 mars 2022, destiné à la publication).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 147 V 178 consid. 1.3 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202 ; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2. et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées).

Depuis la 10^{e} édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une

capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

11. 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).

11.1 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 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

11.2 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 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

11.3 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 Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (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 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

12. 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 ; ATF 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, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. En l'espèce, concernant tout d'abord la capacité de travail résiduelle du recourant, le médecin d'arrondissement de l'intimée a considéré qu'au vu des atteintes à la santé résultant de l'accident, il n'était plus possible au recourant d'exercer son activité habituelle de parqueteur à plein temps et sans perte de rendement. Celle-ci était incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues, soit : le soulèvement et la manutention d'objets de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche, le serrage ou leur maintien en serrage d'objets de plus de 5 kg, le soulèvement et la manutention d'objets de plus de 13 kg, avec les deux mains, la gauche servant de point d'appui ou d'accompagnement.

Ni le recourant, ni son médecin ne critiquent les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E_____, lesquelles sont d'ailleurs conformes aux éléments médicaux figurant au dossier. Ils ne contestent pas non plus que, du fait de ces dernières, l'activité habituelle est désormais impossible à plein temps et à plein rendement. À cet égard, le Dr G_____ la considère possible à un taux maximum de 50% et avec une diminution de rendement de 20%, contre un taux de 100% avec une diminution de rendement de 20% selon le médecin de l'intimée.

La chambre de céans considère qu'il est donc établi (et au demeurant admis par les parties), au vu notamment des avis des divers documents médicaux au dossier, que le recourant fait face, au strict minimum, à une diminution de rendement de 20%, dans l'exercice de son activité habituelle. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a examiné la capacité de travail et de rendement du recourant dans une activité autre, adaptée à ses limitations fonctionnelles.

13.1 Au terme de l'examen de son médecin d'arrondissement, l'intimée a considéré que le recourant disposait, dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'une pleine capacité de travail sans perte de rendement. Une telle activité serait en outre exigible de sa part au vu de son obligation de diminuer son dommage. En revanche, le recourant considère que l'intimée ne saurait exiger de lui, vu notamment son âge, qu'il diminue son dommage par la prise d'une activité adaptée à temps complet. Il conteste en outre que son état de santé lui permette d'effectuer une telle activité sans limitation de rendement.

13.1.1 Concernant le premier grief, comme l'intimée le relève à juste titre, l'assuré était uniquement âgé de 54 ans lors de l'examen du droit à la rente, soit un âge largement inférieur à celui à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi équilibré (ATF 143 V 431 consid. 4.5.2).

Il apparaît ainsi exigible de sa part qu'il change d'activité professionnelle, ce d'autant plus que, comme l'a confirmé le Tribunal fédéral à plusieurs reprises, il existe suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne peuvent exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains (arrêts du Tribunal fédéral 9C_124/2019 du 28 mai 2019 consid. 3.2 ; 8C_811/2018 du 10 avril 2019 consid. 4.4.2 ; 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.1 ; 8C_37/2016 du 8 juillet 2016 consid. 5.1.2 ; 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3 ; 8C_939/2011 du 13 février 2012 consid. 4.3 ; 8C_819/2010 du 7 avril 2011 consid. 6.4.1 ; 8C_971/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3 ; 8C_810/2009 du 3 mars 2010 consid 2.6.4). On retiendra en outre que le recourant est droitier et qu'il n'est pas entièrement privé mais uniquement limité de l'usage de sa main gauche, comme cela ressort des limitations fonctionnelles retenues.

13.1.2 Pour ce qui est du second grief, à savoir que son état de santé ne permettrait pas au recourant d'effectuer à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, il n'est pas motivé par le moindre élément médical au dossier. À nouveau, les limitations fonctionnelles dont il est question ne sont critiquées ni par le recourant, ni par son médecin traitant. En outre, les

seules réserves que ce dernier mentionne dans ses rapports, soit la faible force de serrage de la main gauche (18 kg contre 48 kg à droite) et le risque d'une utilisation compensatrice du bras dominant, concernent l'activité habituelle. Ces restrictions ne sauraient constituer des limitations de la capacité de travail du recourant dans le cadre d'activités légères, telles que celles listées préalablement, ce d'autant moins que la main dominante n'est pas affectée. Il n'y a donc aucun motif objectif permettant de douter des conclusions du Dr E_____ et c'est donc à juste titre que l'intimée a admis, sur cette base, que le recourant était bien capable de travailler à plein temps et sans perte de rendement, dans une activité adaptée.

À cet égard, la chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à l'audition du Dr G_____. En effet, vu la nature des lésions et le contenu des rapports médicaux figurant au dossier, il apparait clairement que le recourant n'est nullement restreint, pour des raisons de santé, dans sa capacité à exercer une activité légère de type mono-manuel à plein temps et sans diminution de rendement.

14. Pour le surplus, la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'intimée n'est pas critiquable. Ainsi, le gain de valide correspond au revenu concret de l'assuré pour 2020, lequel serait resté identique en 2021 selon la déclaration écrite de l'employeur (pièce 162 intimée). Quant au revenu d'invalide, il a été calculé sur la base du tableau TA1_skill_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, un abattement de 5% a été appliqué pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

14.1 Seul cet abattement semble d'ailleurs être remis en question par le recourant, qui le considère comme insuffisant au vu des circonstances, notamment l'âge, l'absence de formation et l'ampleur des limitations fonctionnelles.

S'agissant du critère de l'âge, la chambre de céans ne voit pas en quoi les perspectives salariales de l'assuré, âgé de 54 ans, seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré, surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé. Quant à l'absence d'expérience et de formation, elle ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_118/2021 précité consid. 6.3.2 ; 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2).

Enfin, pour ce qui est de l'impact des limitations fonctionnelles sur les perspectives de gain du recourant, il sied de rappeler que l'assuré n'est pas dans la situation d'un mono-manuel, dès lors que sa main gauche (non dominante) conserve une fonction de stabilisation et permet le serrage d'objet ou le maintien en serrage dans le porter jusqu'à 5 kg, le soulèvement et la manutention d'objets jusqu'à 13 kg avec les deux mains si la main gauche est utilisée en appui ou en accompagnement.

En toute hypothèse, la chambre de céans relève que, même si l'abattement venait à être augmenté à 20%, comme le recourant semble le requérir, le revenu d'invalide s'élèverait CHF 55'415.- et le taux d'invalidité à 5.18%. Il demeurerait donc inférieur aux 10% nécessaires à l'ouverture du droit à une rente.

14.2 Au vu de l'ensemble de ces éléments, il appert que la comparaison des revenus et, partant, le calcul du taux d'invalidité opéré par l'intimée est conforme au droit et que c'est à juste titre que le droit à une rente invalidité a été nié au recourant.

15. Concernant ensuite l'IPAI, le recourant estime qu'elle devrait être fondée sur un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% et non pas seulement les 5% retenus par l'intimée.

15.1 Certes, l'annexe 3 de l'OLAA prévoit que lors de la perte d'au moins deux phalanges d'un doigt, l'indemnité s'élève à 5%. Elle stipule cependant également qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence.

En l'occurrence deux doigts sont touchés (l'index et le majeur de la main gauche), sans que pour autant le recourant n'en ait perdu totalement l'usage. Le recourant est ainsi affecté par une perte de force, de flexibilité et de dextérité, comme en attestent tant ses propres médecins que le médecin de l'intimée. Il conserve cependant, de manière limitée, la possibilité de mouvoir lesdits doigts, de les enrouler et de les étendre. S'agissant d'une perte partielle de l'usage des deux doigts, la réduction de moitié de l'IPAI est conforme aux tables d'indemnisation applicables.

16. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition de la SUVA du 17 décembre 2021 est confirmée.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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