RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3790/2020 **ATAS/1149/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 novembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MACON, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Aleksandra PETROVSKA	recourant

contre

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

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

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1964, a travaillé pour B_____ SA comme ouvrier chalumiste. À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).

b. Le 26 septembre 2012, alors qu'il travaillait sur un chantier, un gros tube de 20 kg lui est tombé sur la main droite, alors qu'il utilisait son plasma pour le couper, ce qui lui a écrasé la main et provoqué des coupures sur plusieurs secteurs de ses extrémités supérieures à droite. L'assuré a subi une intervention chirurgicale (ostéosynthèse par vis et embrochage) le même jour aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG).

c. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

d. En raison de l'apparition d'une raideur méta-carpo-phalangienne, l'assuré a fait l'objet, le 23 avril 2013, d'une reprise chirurgicale avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'une ténoarthrolyse palmaire du deuxième rayon de la main droite.

e. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après la CRR) du 27 mai au 4 juillet 2014, pour rééducation et évaluations multidisciplinaire et professionnelle.

f. Le 4 mars 2015, l'assuré a été examiné par le docteur C_____, médecin d'arrondissement auprès de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a considéré que le cas était stabilisé et retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 5%.

g. L'assuré a effectué de mars à mai 2016 un stage de formation pratique en tant qu'opérateur électronique auprès de D_____ SA, qui l'a engagé pour une durée déterminée du 1er mars au 21 juillet 2017.

h. Le 17 juillet 2017, alors qu'il circulait au volant de son véhicule, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, lors duquel il a perdu connaissance et qui lui a provoqué des douleurs au niveau de la colonne cervicale et thoracique ainsi qu'à la main et au bras droits.

i. L'assuré a à nouveau séjourné à la CRR du 18 avril au 9 mai 2018, pour rééducation et évaluation multidisciplinaire et professionnelle.

j. Sur la base des rapports du docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, et médecin d'arrondissement, la SUVA a, par décision du 15 juin 2020, refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assuré en lien avec son accident du 26 septembre 2012, au motif que sa perte de capacité de gain ne dépassait pas 7%. Elle lui a en revanche octroyé une rente d'invalidité de 13% pour l'accident du 17 juillet 2017 dès le 1er janvier 2020 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 25% pour les suites des deux accidents précités.

B. a. Le 15 juillet 2020, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, concluant à la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer son degré d'invalidité, à l'octroi d'une rente entière à partir du 1er janvier 2020 et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) de 50%.

b. Par décision sur opposition du 20 octobre 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Après examen des critères de la jurisprudence, elle a retenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité adéquat entre les troubles psychiques que présentait l'assuré et son accident de juillet 2017.

S'agissant des séquelles organiques, elle a considéré, sur la base des appréciations du Dr E_____, que l'assuré était capable de travailler à plein temps et sans diminution de rendement dans une activité professionnelle respectant ses limitations fonctionnelles.

Attendu que l'activité d'opérateur électronique auprès de D_____ SA n'était pas stable, il convenait de déterminer le revenu avec invalidité selon les données salariales tirées de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016), pour un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétence 1. Comparé au gain de valide (non contesté) de CHF 72'174.-, le revenu d'invalide laissait subsister une incapacité de gain de 7% (au 1er novembre 2016), qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

S'agissant des suites de l'accident du 17 juillet 2017, il fallait ajouter aux limitations fonctionnelles déjà constatées les activités impliquant pour les deux épaules des mouvements répétitifs au-dessus de la poitrine en direction de l'horizontale et le port de charges répété supérieures à 5 kg de façon fréquente et 10 kg de façon exceptionnelle. Dans une activité professionnelle respectant ses nouvelles limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière et sans diminution de rendement.

Se fondant sur le nouveau profil d'exigibilité définie par le Dr E_____, la SUVA avait déterminé le revenu d'invalide en se référant à l'ESS 2018, secteur privé, total TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1, qui correspondait à un salaire de CHF 5'417.- par mois et à CHF 65'004.- par an. Après adaptation à la durée de travail hebdomadaire usuelle en Suisse, et indexation à l'évolution des salaires jusqu'en 2020, le salaire à retenir était de CHF 68'081.- par an. Si l'on tenait compte du fait que l'utilisation de la main droite dans l'exercice d'une activité adaptée n'était pas complètement exclue et que l'assuré pouvait encore porter de manière répétée des charges supérieures à 5 kg et occasionnellement à 10 kg, selon le rapport du Dr E_____ du 28 septembre 2019, un abattement de 5% était appliqué sur le revenu d'invalide pour tenir compte des limitations fonctionnelles. La comparaison du revenu de gain de valide (non contesté) de CHF 74'986.- et du revenu d'invalide de CHF 65'024.- faisait apparaître une perte de capacité de gain de 13%, ce qui ouvrait à l'assuré le droit à une rente d'invalidité correspondant à ce taux.

La SUVA a également confirmé le taux d'atteinte à l'intégrité global fixé dans sa décision.

C. a. L'assuré a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 20 novembre 2020, concluant à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée pour déterminer son degré d'invalidité et la diminution de sa capacité de gain, à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2020 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, avec suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 3 février 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 26 avril 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

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

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident de 2012 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit pour cet accident (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2) et au nouveau droit pour l'accident survenu le 17 juillet 2017.

4. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière et à une IPAI de 50%.

6. 6.1. Le recourant a fait valoir qu'une expertise médicale devait être ordonnée et qu'il estimait être en incapacité totale de travailler, même dans une activité adaptée, ce qui était attesté par ses médecins.

   6.2. Les faits pertinent suivants ressortent de la procédure :

   6.2.1. Dans un rapport du 29 janvier 2019, le Dr E_____ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assuré ainsi que les déclarations de celui-ci et ses constatations

objectives. Il a posé les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule gauche et de syndrome de type épaule-main réactionnelle à distance du membre supérieur droit. Dans son appréciation du cas, il a indiqué qu'il existait une grande discordance - puisque lorsque le patient se rhabillait, il retrouvait des modalités fonctionnelles de l'épaule, en particulier de la gauche - entre l'utilisation et la raideur du sujet, sa fixation sur ses pathologies et les possibilités de réadaptation fonctionnelle dont il était possible, compte tenu des avis précédents et en attente de l'avis du psychiatre d'arrondissement, qu'elle soit d'origine psychogène.

En ce qui concernait les lésions objectives, la capsulite rétractile de l'épaule gauche était en discrète amélioration. En ce qui concernait le membre supérieur droit, il présentait maintenant une capsulite rétractile et l'évolution était lente, difficile et compliquée. Il était nécessaire d'attendre l'avis du psychiatre d'arrondissement pour une évaluation plus globale de l'état.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était très défavorable. L'activité pour laquelle l'assuré avait été reclassé et licencié était incertaine et dépendait essentiellement de la récupération des deux membres supérieurs dont il était classique de prononcer la stabilisation à deux ans de l'événement initial.

Les limitations fonctionnelles ne permettaient pas une reprise d'activité quelconque sur le plan fonctionnel, compte tenu de l'absence de mobilité des deux membres supérieurs et en particulier de la main droite (dominante).

6.2.2. Dans un rapport du 29 août 2019, le Dr E_____ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assuré selon les pièces communiquées, les déclarations de l'assuré et ses constatations. L'ensemble des examens n'avait pu établir la moindre lésion anatomique produite par l'événement du 17 juillet 2017 en vraisemblance prépondérante. La réalité même sur l'épaule gauche de l'algodystrophie restait largement sujette à caution. Il était possible que l'assuré ait présenté une algodystrophie, mais celle-ci paraissait actuellement au décours et il fallait encourager l'assuré à utiliser sa main et ne pas l'exclure. Sur le plan subjectif, la douleur était constante, surtout au niveau du membre supérieur droit. L'ancienne lésion de 2012 pourtant stabilisée depuis longtemps était sans cesse référée avec des hyperalgies et une indifférence dans l'utilisation de la main. Il existait quand même certaines discordances puisque le suivi visuel de l'assuré à la sortie de l'immeuble de la SUVA avait montré une aisance relative à la marche sur un court trajet, contrairement à une certaine raideur au cours de l'examen, avec perte du balan des épaules. Les craintes du patient rendaient l'ensemble des éléments subjectifs au premier plan (douleur éva 7, anxiété). Objectivement, il était clair qu'il y avait eu un gain notamment sur l'épaule gauche, qui était maintenant utilisable pratiquement jusqu'à l'horizontale. Cette épaule gauche était stabilisée de sa capsulite rétractile. Les limitations pour cette épaule étaient : les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale pour le port de charges répété supérieures à 5 à 10 kg.

En ce qui concernait le membre supérieur droit, la causalité était établie avec une vraisemblance prépondérante. Il fallait reconnaître que la description de l'événement et la destruction d'une voiture aussi massive que le véhicule de l'assuré accréditait le fait que, compte tenu du port de la ceinture, il y avait pu avoir impaction sur la racine du membre supérieur droit. Bien qu'il n'y ait pas eu de création de lésion, la réactivation ou la création d'une algoneurodystrophie dans sa forme froide pouvait être reconnue, contrairement à ce que le Dr E_____ avait retenu lors de sa précédente appréciation. Il persistait maintenant, dans un état qui était stabilisé, une limitation ancienne des mobilités de la main droite en rapport avec l'événement de 2012, qui empêchait une dextérité fine entre le pouce et l'index, l'utilisation d'un tournevis et de monter une échelle. En ce qui concernait la capsulite rétractile des deux épaules, les éléments de séquelles d'algoneurodystrophie, ceux-ci étaient reportés au niveau de l'épaule gauche et ces deux entités atteignaient maintenant de façon bilatérale les fonctions de l'assuré aux membres supérieurs. Les limitations fonctionnelles pour cette épaule droite étaient aussi : les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale pour le port de charges répété supérieures à 5 à 10 kg.

Compte tenu de la stabilisation sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles présentées et appliquées permettaient sur le plan théorique médico-assécurologique une activité à 100% sans perte de rendement. Toutefois les facteurs contextuels psychologiques limitaient complètement cette appréciation médico-théorique dans son effectivité.

6.2.3. Dans un certificat établi le 6 novembre 2019, le docteur F_____, médecine générale, du Centre de Santé territorial de Macon, a indiqué avoir examiné l'assuré et que son état de santé, suite à ses accidents de 2012 et 2017, ne semblait plus s'améliorer (séquelles) et l'empêchait d'envisager toute activité professionnelle avec une capacité à 100%.

6.2.4. Le 11 décembre 2019, le Dr F_____ a indiqué avoir reçu le même jour l'assuré qui, depuis ses accidents de 2012 et 2017, présentait des symptômes du membre supérieur droit : douleurs de l'épaule, du coude, poignet et main, signes plus précisément de la main droite d'allure algodystrophique, avec douleurs intenses et perte de force au serrage, paresthésie, perte de mobilité des doigts, œdème plutôt matinal, pâleur au froid, maladresse à la préhension. Il sollicitait l'avis d'un spécialiste de la main.

6.2.5. Un rapport établi le 20 décembre 2019 par la doctoresse G_____, chirurgie de la main FMH et chirurgie orthopédique FMH, indiquait que l'assuré s'était présenté pour un second avis à sa consultation le 18 décembre 2019 pour les suites de ses deux accidents concernant son membre supérieur droit. Avant son accident de 2017, l'assuré travaillait chez D_____, où il effectuait une activité principalement monomanuelle avec son membre supérieur gauche, qui consistait en la vérification des crayons. L'assuré était satisfait de cette activité, même si les douleurs étaient encore fortement présentes. Concernant sa main droite, il présentait

un index quasiment exclu, mais la mobilité du pouce était conservée. Il présentait un léger œdème de la main, principalement localisé sur le deuxième rayon en palmaire. La force n'avait pas pu être mesurée en raison des douleurs du patient, qui décrivait des brûlures et des décharges électriques sur tout le membre supérieur. La reprise d'une activité en tant que soudeur était impossible. En revanche, il était apte à reprendre une activité monomanuelle en utilisant principalement son membre supérieur gauche, pour une activité du même type qu'il avait chez D_____ d'Ache.

6.2.6. Le 3 janvier 2020, le Dr E_____ a indiqué qu'en 2012 les limitations concernant la main droite exclusivement étaient : une raideur de l'articulation métacarpophalangienne et interphalangienne du deuxième rayon et une hypoesthésie au niveau de la pulpe du troisième doigt avec diminution de la force de préhension au niveau de l'apparence pouce-index. Pour l'accident de 2017, cet événement concernait les épaules droite et gauche. Pour cela, il fallait reprendre les séquelles décrites dans l'examen du 28 août 2019.

6.2.7. Dans une appréciation du 26 mars 2020, le Dr E_____ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assuré suivant les pièces communiquées et indiqué que l'événement du 17 juillet 2017 n'avait pas provoqué de lésions en lien de causalité naturelle à l'épaule gauche de même qu'à l'épaule droite de l'assuré, qui n'avait eu qu'une contusion simple des deux épaules avec pour conséquence au niveau gauche une capsulite rétractile actuellement stabilisée dont l'épaule présentait les séquelles.

Les limitations fonctionnelles en lien avec l'accident du 17 juillet 2017 étaient celles appliquées à l'épaule gauche, soit les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale avec pour le côté gauche, le port de charges répété supérieur à 5 kg de façon fréquente, et 10 kg de façon exceptionnelle. Les rapports du Dr F_____ ne modifiaient pas l'exigibilité précédemment déterminée. Celle-ci, comme le confirmait la Dresse G_____, spécialiste du membre supérieur, était compatible avec la reprise du travail, tel qu'aménagé chez D_____.

6.2.8. Le 5 juin 2020, le Dr E_____ a résumé dans une appréciation médicale l'évolution de l'état de santé de l'assuré selon les pièces communiquées. Dans son appréciation répondant aux questions de l'administration, il a indiqué que l'accident du 17 juillet 2017 avait entraîné sur l'épaule gauche une capsulite rétractile réactionnelle. À la question de savoir si les troubles de l'épaule droite étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 juillet 2017, il a répondu qu'il n'y avait pas eu de nouvelles lésions stricto sensu sur cette épaule, mais que l'accident avait réactivé une algodystrophie, qui avait entraîné des conséquences dans la limitation des mouvements des épaules.

6.2.9. Dans un rapport établi le 23 juin 2020, Monsieur H_____, masseur-kinésithérapeute, a indiqué que la main droite de l'assuré était toujours douloureuse au moindre contact. Celui-ci était dans l'impossibilité totale de serrer un objet et

l'ouverture et la fermeture actives de sa main lui était impossible, rendant celle-ci encore plus douloureuse à la moindre tentative d'effort, notamment de serrage. Il ressentait des sensations de fourmillements dans sa main, de façon quasi permanente, accentuées aussi par une tentative d'effort. Le matin, sa main était gonflée et raide. Il présentait aussi une transpiration très marquée de sa main. Au jour de l'examen, l'évaluation des douleurs selon EVA de sa main droite était avant séance de soins de 8 et après de 4. La physiothérapie atténuant ses douleurs devait être prolongée. La main droite était non fonctionnelle.

6.2.10. Dans un certificat médical établi le 2 juillet 2020, le Dr F_____ a certifié avoir examiné le même jour l'assuré et que son état de santé, suite à ses accidents de 2012 et 2017, le mettait dans l'incapacité d'exercer sa profession de technicien-soudeur et le privait de nombreuses activités quotidiennes banales. L'assuré insistait sur le fait qu'il était très actif avant ses accidents.

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

6.3.2. 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).

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

6.3.4. 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

6.4. En l'espèce, le 28 août 2019, le Dr E_____ a estimé, dans un rapport du 28 août 2019, que compte tenu de la stabilisation sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles présentées et appliquées permettaient au recourant, sur le plan théorique médico-assécurologique, une activité à 100% sans perte de rendement. Son état de santé était stabilisé, avec une limitation ancienne des mobilités de la main droite en rapport avec l'événement de 2012, qui empêchait une dextérité fine entre le pouce et l'index, l'utilisation d'un tournevis et de monter une échelle. En ce qui concernait la capsulite rétractile des deux épaules, les éléments de séquelles d'algoneurodystrophie au niveau de l'épaule gauche, ils atteignaient maintenant de façon bilatérale les fonctions de l'assuré aux membres supérieurs. Les limitations fonctionnelles pour l'épaule droite étaient les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale pour le port de charges répété supérieures à 5 à 10 kg.

Le rapport établi le 6 novembre 2019 par le Dr F_____ retient que l'état de santé du recourant l'empêchait d'envisager toute activité professionnelle avec une capacité à 100%. Ce très bref rapport n'est pas motivé et ne remet pas sérieusement en cause les conclusions du Dr E_____, ce d'autant plus que le 2 juillet 2020, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé du recourant, suite à ses accidents de 2012 et 2017, le mettait dans l'incapacité d'exercer sa profession de technicien-soudeur, sans exclure cette fois une capacité de travail dans une activité adaptée.

Le rapport établi le 20 décembre 2019 par la Dresse G_____ est plus probant que celui du Dr F_____, vu sa spécialité en chirurgie orthopédique de la main, et confirme que le recourant est apte à reprendre une activité monomanuelle en utilisant principalement son membre supérieur gauche pour une activité du même type qu'il avait chez D_____.

Le rapport établi le 23 juin 2020 par le masseur-kinésithérapeute du recourant, M. H_____, n'est pas probant dès lors qu'il n'émane pas d'un médecin et il ne remet pas non plus en cause la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par le Dr E_____, puisqu'il ne décrit que les difficultés du recourant à faire usage de sa main atteinte.

En conclusion, l'appréciation du Dr E_____ est probante et suffit pour attester de la capacité de travail du recourant sur le plan orthopédique, dès lors qu'elle n'est pas remise en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Il ne se justifie donc pas de faire procéder à une nouvelle expertise sur le plan orthopédique. Il n'y a pas non plus lieu à instruction complémentaire sur le plan psychiatrique, faute de lien de causalité adéquate entre les accidents de 2012 et de 2017 et les atteintes psychiques du recourant, comme cela va être démontré ci-après.

7. 7.1.1. Le recourant a fait valoir qu'il y avait un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et ses accidents de 2012 et 2017. S'agissant de l'accident de 2017, il se prévalait du certificat médical du 6 mars 2019 établi par la doctoresse I_____, algologue, de la consultation des douleurs chroniques de l'hôpital Nord-Ouest Villefranche-sur-Saône, selon laquelle il présentait un syndrome douloureux régional complexe évolué, associé à un syndrome de stress post-traumatique très sévère, nécessitant une prise en charge somatique et psychique. Les certificats médicaux du Dr F_____ précisaient que son état de santé, suite aux accidents de 2012 et 2017, semblait ne plus s'améliorer. Pour ses troubles psychiques, le recourant était suivi par le docteur J_____, psychiatre à Mâcon, depuis maintenant plusieurs années, lequel avait attesté que les séquelles résiduelles de ses accidents restaient conséquentes et qu'il existait de ce fait une incapacité de travail secondaire des suites de cet accident du travail dans un contexte post-traumatique sévère. Vu les rapports médicaux précités, l'intimée aurait dû qualifier son accident de 2017 de moyennement grave à la limite des cas graves. L'intimée s'était trompée lorsqu'elle mentionnait que les lésions subies n'étaient pas d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Ses médecins traitants mentionnaient bien que ses troubles psychiques étaient en lien avec ses accidents. Contrairement à ce qu'indiquait l'intimée, son traitement médical avait été particulièrement long et pénible. Cela faisait presque 9 ans depuis son premier accident qu'il était suivi par des professionnels de la santé qui s'accordaient tous à dire que son état ne s'améliorerait pas.

   L'intimée aurait également dû qualifier l'accident de 2012 de moyennent grave à la limite des cas graves, au vu des certificats médicaux, notamment celui du Dr J_____ du 26 octobre 2020, qui attestait d'un syndrome post-traumatique suite à ses deux accidents, syndrome qui avait également été constaté par la Dresse I_____ le 6 mars 2019.

   7.1.2. Pour l'intimée, la question de savoir s'il était juste ou non d'examiner la causalité adéquate des troubles psychiques en se limitant à l'événement du 17 juillet 2017, à la suite duquel ces troubles étaient apparus pour la première fois, pouvait rester ouverte dans la mesure où, l'existence d'un lien de causalité entre ces troubles et l'événement du 26 septembre 2012 devait de toute manière être niée. En l'occurrence, l'assuré avait présenté le 26 septembre 2012 un traumatisme par écrasement du niveau de la main droite (dominante), qui s'était soldé par une fracture ouverte de la tête du second métacarpien et une fracture d'écrasement de la phalange distale des troisième et quatrième rayons. Suite à l'apparition d'une raideur métacarpo-phalangienne, l'assuré avait bénéficié le 24 avril 2013 d'une reprise chirurgicale avec ablation du système d'ostéosynthèse et une ténoarthrolyse palmaire du deuxième rayon de la main droite. À l'issue de son examen final du 4 mars 2015, le Dr C_____ avait admis, après avoir relevé qu'il persistait essentiellement une raideur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et inter-phalangienne du deuxième rayon et une hypostésie au niveau de la pulpe du

troisième doigt, que le cas était stabilisé et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Au vu du déroulement de l'accident, celui-ci pouvait être rangé dans la catégorie des accidents de degré moyen stricto sensu. On ne pouvait attribuer à l'accident en cause un caractère particulièrement impressionnant. Quant aux lésions subies, elles n'étaient pas d'une gravité ni d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. S'agissant du caractère, du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ce critère n'était pas rempli lorsque l'assuré était apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présentait, selon la jurisprudence. Rien au dossier ne permettait de considérer que des erreurs médicales auraient été commises ou encore des difficultés, voire des complications importantes, seraient apparues au cours de la guérison. On ne pouvait enfin parler d'un traitement médical particulièrement long et pénible. La question de la persistance des douleurs physiques pouvait rester ouverte, dans la mesure où seul le critère du degré et de la durée de la capacité de travail pouvait tout au plus être pris en compte. Deux critères remplis étaient insuffisants pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques développés par le recourant à partir de l'événement du 26 septembre 2012.

L'intimée s'est référée à la décision sur opposition querellée s'agissant de l'événement de 2017. Elle considérait dans cette dernière qu'au vu des forces générées par l'accident du 17 juillet 2017 et des légères blessures constatées par la suite, on pouvait raisonnablement considérer que cet accident était plus proche d'un accident devant être qualifié de degré moyen, à la limite d'un accident de peu de gravité que d'un accident de degré moyen stricto sensu, en citant à titre de comparaison l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_912/2009 du 26 février 2010. L'accident en cause n'était pas particulièrement impressionnant et il ne s'était pas produit dans des circonstances concomitantes dramatiques. En outre, les lésions physiques et leur gravité n'étaient pas propres, selon l'expérience, à engendrer des troubles psychiques. Le traitement médical n'avait pas été particulièrement pénible sur une longue période. Il n'avait pas non plus été entaché d'erreurs ayant entraîné une aggravation notable des séquelles. Il fallait en revanche admettre le critère de la durée de l'incapacité de travail pour des raisons physiques. Si une capsulite rétractile à l'épaule gauche était apparue avec le temps, il existait de sérieux doutes sur son éventuelle origine traumatique, dans la mesure où elle était inscrite dans le contexte d'un diabète insulino-dépendant et que son apparition était plutôt tardive. Pour ce qui concernait le membre supérieur droit, l'accident semblait avoir réactivé une algodystrophie, mais celle-ci n'était déjà plus active, lors des examens médicaux effectués le 6 décembre 2017 par le docteur K_____, spécialiste en médecine manuelle à l'Hôpital L_____, qui avait précisé dans son rapport du 12 décembre 2017 qu'il n'avait pas d'arguments pour une allodynie. Les médecins de la CRR avaient estimé en se fondant sur les critères de Budapest qu'il était simplement possible que l'assuré présente une algodystrophie. Il en résultait que

cette dernière n'était pas clairement établie. Ainsi, l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes au motif de douleurs persistantes et des limitations fonctionnelles ne pouvait être admise. En effet, il devait exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison et ce même s'il n'avait pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière. Si le caractère du degré et de la durée de la capacité de travail devait a priori être retenu dans le cas particulier pour ce qui concernait l'épaule gauche, il apparaissait, en ce qui concernait le membre supérieur droit, que la composante psychologique influençait, selon les médecins de la CRR, l'évolution défavorable au niveau de ce membre supérieur de l'assuré. Pour ce qui avait trait à l'épaule gauche, des atypies ou des discordances avaient été observées lors de l'examen neurologique effectué le 3 mai 2018 par le docteur M_____, lequel évoquait des surcharges fonctionnelles (par exemple une quasi exclusion du membre supérieur gauche pour le déshabillage, puis une utilisation normale lors de l'habillage, faiblesse de certains muscles de la main, sans signe d'atteinte motrice centrale ou périphérique associée), discordances qui avaient également été observées par le Dr E_____ lors de son examen du 28 août 2018. Tout cela contribuait à jeter de sérieux doutes sur la crédibilité des douleurs physiques persistantes. En définitive, seul le critère de la capacité de travail devait être retenu. Il s'ensuivait que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'accident de juillet 2017 devait être nié.

Compte tenu de ce qui précédait, l'intimée maintenait qu'il était juste de faire abstraction, tant pour les suites de l'accident de 2012 que pour celles de l'accident de 2017, des troubles psychiques dans l'examen du droit à la rente et de l'atteinte à l'intégrité.

7.2.1. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en

considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

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

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes: l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie (arrêt U 233/95 du 13 juin 1996 consid. 3), ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse (arrêt U 280/97 du 23 mars 1999 consid. 2b).

En revanche, n'ont pas été jugés comme étant de gravité moyenne à la limite supérieure l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt U 5/94 du 14 novembre 1996 consid. 2b), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une machine à scier entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt U 25/99 du 22 novembre 2001 consid. 4c). Il en est allé de même de l'accident subi par un assuré

dont la main droite avait été entraînée dans une ébavureuse avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.4), de celui dont a été victime un menuisier en se coupant avec une fraiseuse avec pour conséquence des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1), de celui ayant occasionné des sections des tendons fléchisseurs et des nerfs collatéraux de l'index et du majeur gauches à un travailleur blessé par une perceuse (arrêt 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7), ainsi que de celui subi par une employée de nettoyage qui avait reçu sur le poignet droit une meuleuse à disque qu'un ouvrier avait laissé échapper du deuxième étage, avec pour résultat un oedème face dorsale et une dermabrasion de la main droite (arrêt 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 7).

Le Tribunal fédéral a estimé que devait être qualifié d'accident moyennement grave, à la limite des accidents légers, les faits suivants : Au cours d'une manœuvre d'évitement d'une voiture en moto, l'assuré avait fait une chute sur le côté gauche de son corps et s'était immobilisé sous sa moto. Il n'y avait pas eu de collision avec la voiture. Il fallait supposer avec la juridiction inférieure que la moto ne roulait pas à une vitesse élevée lorsque l'accident s'était produit. Un témoin avait déclaré que lui-même dans sa voiture et l'assuré sur la moto avaient ralenti leurs véhicules à environ 30 km/h avant l'accident et que le plaignant avait ensuite contourné un îlot de circulation lorsque - en raison de la faute d'un conducteur tiers - l'accident s'était produit. Il était donc peu probable que la moto roulait à une vitesse élevée. D'après les photographies disponibles, la moto n'avait été que légèrement endommagée. Cela plaidait tout autant contre un impact significatif de la force dans l'accident que le fait que, selon le témoin, l'assuré avait pu rentrer lui-même chez lui après l'accident et retourner au travail le lendemain (arrêt du Tribunal fédéral 8C_912/2009 du 26 février 2010).

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

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

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

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

Le caractère impressionnant de l'accident a été admis dans des cas de blessures à la main par des machines ayant occasionné des amputations ou des mutilations. Il en fut ainsi dans le cas d'un travailleur dont la main avait été entraînée dans une ébavureuse avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt 8C_175/2010 précité consid. 5.2), ainsi que dans celui d'un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse avec comme conséquence l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index (arrêt U 280/97 précité consid. 2b/bb). Tel a aussi été le cas s'agissant d'un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie et qui avait subi une amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire (arrêt U 233/95 précité consid. 3c), ou encore d'un menuisier s'étant coupé avec une fraiseuse avec pour résultat des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt 8C_77/2009 précité consid. 4.2.1).

Ce critère n'a en revanche pas été retenu dans d'autres cas de blessures à la main par des machines ayant pour certaines entraîné des amputations. Il s'agissait notamment d'un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt U 5/94 précité consid. 2b/aa et bb), ainsi que d'un aide-serrurier dont la blessure avec une machine à scier avait entraîné l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b). Il en est allé de même dans le cas d'un travailleur victime de multiples lésions à une main après un accident avec une fraiseuse à bois (arrêt U 19/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.1), et dans celui d'un machiniste dont la main gauche avait été sérieusement blessée après avoir été entraînée dans un appareil de laminage, l'intéressé ayant évité une atteinte à l'entier de son bras après avoir pu éteindre l'appareil de sa main droite (arrêt U 82/00 du 22 avril 2002 consid. 3.2.1).

Dans un arrêt 8C_175/2010 du 14 février 2011, le Tribunal fédéral a constaté, s'agissant d'un recourant qui invoquait la gravité et la nature particulière de ses blessures, que les séquelles de l'accident se caractérisaient par une mobilité restreinte des trois derniers doigts, par une diminution de la force de préhension de la main ainsi que par une perte de sensibilité de la face dorsale de l'avant-bras. L'utilisation du pouce et l'index étaient possibles. Depuis l'événement accidentel,

l'assuré a tout de même recouvré une certaine fonctionnalité de sa main droite qui lui permettrait de reprendre une activité professionnelle adaptée. Dans ces conditions, et bien que le recourant ait été atteint à sa main dominante, on ne pouvait retenir que les lésions qu'il avait subies étaient, au regard de leurs conséquences purement physiques, d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). L'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts 8C_361/2007 consid. 5.3; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Le Tribunal fédéral a jugé que l'on ne pouvait retenir une durée anormalement longue des soins médicaux, pour un traitement ayant duré environ 16 mois, constituant pour une large part d'ergothérapie, ce qui ne constituait pas un traitement particulièrement pénible et invasif (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5).

S’agissant du critère des douleurs physiques importantes, il a été admis dans le cas d’une assurée qui présentaient toujours avec une intensité de 7/10, qui allaient persister sa vie durant, l’obligeant à suivre un traitement pénible au long cours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2017 du 10 juillet 2018). Le Tribunal fédéral a retenu dans un arrêt du 22 janvier 2020 (8C_277/2019 du 22 janvier 2020) que si le critère de la persistance des douleurs physiques avait été à juste titre admis par l'instance précédente, celui-ci n’avait pas revêtu une intensité particulière. En effet, des périodes d'amélioration étaient documentées dans le dossier et il ne ressortait pas des déclarations de l'assuré à son médecin qu'il aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). Le critère du degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques est rempli s'il existe une incapacité totale de

travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4.5; 8C_803/2017 du 14 juin 2018 consid. 3.7 et 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). Une incapacité dans l'activité précédemment exercée n'est pas suffisante; il faut également une limitation dans une activité adaptée (arrêts 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 ; 8C_585/2017 du 16 octobre 2018 consid. 7.3 et 8C_803/2017 du 14 juin 2018 consid. 3.7). En outre, ce critère n'est pas rempli lorsque les troubles psychiques ont joué un rôle prépondérant dans l'état de santé de l'assuré (ATF 140 V 356 consid. 3.2 p. 359 ; arrêts 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 ; 8C_ 608/2020 du 15 décembre 2020 consid. 6.3 ; 8C_475/2018 du 5 septembre 2019 consid. 5.3.4).

7.3. Les faits pertinent suivants ressortent de la procédure :

7.3.1. Lors de l'accident du 26 septembre 2012, un gros tube de 20 kg est tombé sur la main droite de l'assuré alors qu'il utilisait son plasma pour le couper, ce qui lui a écrasé la main et provoqué des coupures sur plusieurs secteurs de ses extrémités supérieures à droite. L'assuré a subi une intervention chirurgicale (ostéosynthèse par vis et embrochage) le même jour aux HUG.

7.3.2. L'assuré a déclaré à la SUVA le 28 février 2013 que l'évolution de son état n'était pas favorable. Il avait encore des douleurs au majeur et à l'annulaire de la main droite. La flexion de l'index droit était très limitée, étant précisé qu'il était droitier. Il ne prenait plus de médicaments, mais poursuivait des séances de physiothérapie. Pour l'instant, il était toujours en incapacité travail totale pour une durée indéterminée. Au moment de l'accident, il travaillait sur un chantier pour la découpe de la ferraille et de la soudure.

7.3.3. En raison de l'apparition d'une raideur méta-carpo-phalangienne, l'assuré a fait l'objet, le 24 avril 2013, d'une reprise chirurgicale avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une ténoarthrolyse palmaire du deuxième rayon de la main droite.

7.3.4. L'assuré a informé la SUVA, lors d'un entretien de juin 2013, qu'il souhaitait reprendre son travail de soudeur, ne serait-ce que pour pouvoir tourner la page. Il avait eu une très forte angoisse le jour de l'accident, car il avait senti que sa main était coincée sans pouvoir la voir et savoir si elle existait encore. S'il ne pouvait reprendre son ancienne activité, il était tout à fait ouvert pour apprendre un autre métier.

7.3.5. Selon une notice téléphonique du 12 septembre 2013, l'assuré avait repris son travail à 100% le 9 septembre 2013 et pour l'instant cela se passait plutôt bien.

7.3.6. Le 13 décembre 2013, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait dû arrêter deux mois auparavant son travail, car il avait trop mal. Il pensait avoir repris trop tôt. Il n'avait pas consulté de médecin.

7.3.7. Selon le rapport de la CRR du 18 juillet 2014, à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré étaient des douleurs d'intensité estimée entre

0 et 8/10 sur l'EVA. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Sur le plan antalgique, le traitement de Lyrica avait été augmenté à 150 mg parallèlement à un traitement de Dafalgan. Au terme du séjour, l'évolution subjective et objective était favorable. Il y avait une amélioration de la mobilité des doigts et une diminution des troubles de la sensibilité de la pulpe de D4 et une disparition d'une zone d'allodynie en regard de la MCP2. Il persistait un enroulement incomplet des doigts, prédominant en D2 et même si l'intégration était en amélioration, D2 restait exclu la plupart du temps dans les actes de la vie quotidienne. La participation du patient à la thérapie avait été jugée comme élevée et aucune incohérence n'avait été relevée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : activités nécessitant le port de charges répétées de plus de 10 kg, de la dextérité fine ou la préhension avec la main droite. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. On pouvait s'attendre à une amélioration de la mobilité des doigts et de la sensibilité. La situation devait être réévaluée dans trois mois.

7.3.8. Le 4 mars 2015, l'assuré a été examiné par le Dr C_____ qui a, dans son rapport du même jour, posé les diagnostics de fracture ouverte du deuxième métacarpien et fracture ouverte au niveau de la phalange distale des troisième et quatrième rayons. Le cas était stabilisé selon lui. L'ancienne activité de soudeur nécessitant la manipulation permanente d'engins lourds n'était plus exigible. L'assuré pouvait faire une activité professionnelle réalisée en position assise ou debout, sans utilisation répétée d'engins lourds, type marteau ou pelle, de la main droite; sans demande de dextérité fine entre le pouce et l'index, ni usage du tournevis ou d'une échelle. Dans ces conditions, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement.

7.3.9. L'assuré a effectué de mars à mai 2016 un stage de formation pratique en tant qu'opérateur électronique au sein de la société D_____, laquelle l'a engagé pour une durée déterminée allant du 1er mars au 21 juillet 2017.

7.3.10. Le 17 juillet 2017, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il circulait au volant de son véhicule automobile. À teneur de la déclaration de sinistre, en voulant éviter un véhicule au passage de la douane de Pierre-à-Bochet, il avait percuté le trottoir. Sous l'effet du choc, il avait perdu connaissance et avait été transporté aux HUG où le diagnostic de douleur du membre supérieur droit post-traumatique a été posé.

7.3.11. L'assuré a indiqué à la SUVA le 24 août 2017, qu'il avait vu une voiture venant en face et qu'il ne se souvenait de plus rien ensuite. Sa voiture avait heurté le trottoir de la douane de Pierre-à-Bochet. Il n'y avait pas d'autre véhicule impliqué dans l'accident.

7.3.12. Selon un rapport établi le 19 juillet 2017 par le service des urgences des HUG, l'assuré avait indiqué avoir eu un accident alors qu'il roulait en voiture à

30 ou 40 km/h avec un choc frontal de la voiture contre un poteau. Il disait avoir voulu éviter une voiture qui lui coupait la priorité. Lorsqu'il avait repris connaissance, il avait eu des douleurs au niveau de la colonne cervicale et thoracique, de la main et du bras droit. Il n'y avait pas eu de déclenchement de l'airbag et la ceinture de sécurité était en place.

7.3.13. Selon le rapport établi par la police routière le 22 août 2017, l'assuré circulait au volant de son véhicule automobile sur la route d'Ambilly. Peu après le poste de douane de Pierre-à-Bochet, il s'était légèrement déporté vers la gauche afin de contourner par la gauche un terre-plein formant une chicane pour les véhicules. Ce faisant, inattentif, il s'était retrouvé nez à nez avec un automobiliste resté inconnu, qui avait entamé la même manœuvre, en sens inverse. L'assuré avait tenté vainement d'éviter une collusion en freinant d'urgence tout en déviant sa trajectoire vers la droite. Il n'était plus resté maître de son véhicule et avait heurté avec la roue avant droite le bord du terre-plein. Suite à ce choc, son véhicule avait terminé sa course contre un panneau de signalisation routière. Lors de l'accident, l'assuré avait été légèrement blessé, mais l'avant de son véhicule avait été fortement endommagé.

7.3.14. Le 12 décembre 2017, le Dr K_____, mandaté par la SUVA pour une appréciation de la capacité de travail de l'assuré, a indiqué que l'assuré effectuait un travail de physiothérapie qui semblait lui faire du bien. Il existait également une forme d'état dépressif réactionnel que l'assuré mentionnait lui-même et pour lequel il avait sollicité un soutien psychologique. Le Dr K_____ a retenu les diagnostics d'entorse cervicale et d'algoneurodystrophie secondaire de la main droite dans un contexte de traumatisme datant de 2013 (recte 2012). À ce jour, il n'avait pas d'arguments pour une allodynie. L'assuré évitait cependant toute utilisation de sa main droite. Il n'y avait pas d'argument clinique pour une algodystrophie active ce jour. Le bilan neurologique effectué à l'époque était rassurant quant à une éventuelle atteinte radiculaire bien qu'elle ne puisse être exclue. L'entorse cervicale était au second plan, évoquée uniquement sur question. Dans ce contexte, l'assuré présentait toujours une incapacité de travail à 100% dans son activité à D_____ d'Ache pour une période supplémentaire de six semaines. Il existait des séquelles de l'accident de 2012, qui se superposaient à l'accident récent. Si la reprise ne pouvait être effectuée dans le courant du mois de janvier au maximum vers le 31 janvier, l'assuré devrait être convoqué pour une appréciation auprès du médecin de l'agence pour discuter d'un complément d'investigation à la CRR. Un soutien psychologique semblait nécessaire.

7.3.15. Le 11 juin 2018, la CRR a indiqué qu'à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles étaient au premier plan des douleurs de la main droite, à type de crampes, s'étendant globalement jusqu'à l'épaule droite, d'intensité allant de 4/10 et pouvant augmenter jusqu'à 7-8/10, sans facteur favorisant identifié. Au deuxième plan, le recourant se plaignait d'une douleur et de raideur de l'épaule gauche, et de cervicalgies, soit des tensions d'intensité estimée à 5-6/10 et pouvant aller jusqu'à

8/10 aux mouvements de son épaule. Dans les deux cas, les douleurs étaient calmées au repos et avec la prise de médicaments.

7.3.16. Dans son rapport du 27 avril 2018, le Dr M_____, de la CRR, a indiqué que le status neurologique ne mettait pas en évidence d'anomalie compatible avec une atteinte organique du système nerveux central ou périphérique. En revanche, on pouvait mettre en évidence des atypies lors de l'examen neurologique, qui démontrait des surcharges fonctionnelles (par exemple les mouvements spontanés du chef peu limités et un syndrome cervical majeur lors de l'examen dirigé ; une quasi exclusion du membre supérieur gauche pour le déshabillage, une déambulation avec un ballant spontané du membre supérieur gauche lors des déplacements, une importante limitation du ballant lors de l'examen de la marche à l'intérieur de la salle d'examen ; une faiblesse de certains muscles de la main, sans signe d'atteinte motrice centrale ou périphérique associé.

7.3.17. Le 6 mars 2019, la Dresse I_____ a indiqué avoir vu en consultation l'assuré le 28 février 2019 pour une évaluation de douleurs chroniques post-traumatiques des membres supérieurs. L'assuré avait développé des douleurs très intenses, notamment du membre supérieur droit, avec un syndrome douloureux régional complexe de la main droite identifié par une scintigraphie en 2017, puis la symptomatologie s'était étendue à l'épaule droite, concomitante à une capsulite gauche initiale. Les répercussions, tant de l'accident que de la chronicisation des douleurs étaient extrêmement importantes dans toutes les sphères de la vie quotidienne et dans la sphère psychique. Il existait un syndrome de stress post-traumatique avec une dépression sévère. L'assuré exprimait un grand sentiment d'inutilité et y avait une conjugopathie consécutive. Il était suivi mensuellement par le Dr J_____ et prenait des antidépresseurs.

Il s'agissait d'un syndrome douloureux régional complexe évolué associé à un syndrome de stress post-traumatique très sévère. La prise en charge proposée devait être à la fois somatique et psychique.

7.3.18. Dans son rapport du 29 août 2019, le Dr E_____ a mentionné que l'assuré déclarait ne pas aller bien et voir son psychologue une fois par mois. Il faisait de la physiothérapie trois fois par semaine pour l'épaule et la main. Il était surtout gêné par la douleur au niveau de la main et de l'épaule droites. Il prenait de l'Ibuprofène trois jours par semaine, mais pas de Tramadol. Il n'avait pas revu le Dr I_____. Il avait maigri depuis le début de l'année, surtout pour des raisons psychologiques. Il ressassait le fait qu'il ne pouvait plus faire son travail de soudeur qu'il adorait, ni le travail qu'il avait chez D_____. Le Dr E_____ a relevé que lors de l'accident de 2017, la voiture avait eu un choc frontal contre un poteau et que l'assuré avait voulu éviter une autre voiture qui lui coupait la priorité. Il y avait eu une apparition de douleurs au niveau de la colonne cervicale et thoracique, de la main et du bras droits. Il n'y avait pas eu de déclenchement d'airbag.

Sur le plan subjectif, la douleur était constante, surtout au niveau du membre surpérieur droit, l'ancienne lésion de 2012 pourtant stabilisée depuis longtemps était sans cesse référée par les hyperalgies et une indifférence en particulier dans l'utilisation de la main.

Il fallait reconnaître que la description de l'événement et la destruction d'une voiture aussi massive qu'une Audi A6 accréditait le fait que, compte tenu du port de la ceinture, il y avait pu avoir impaction sur la racine du membre supérieur droit. Bien qu'il n'y ait pas eu de création de lésion, la réactivation ou la création d'une algoneurodystrophie dans sa forme froide pouvait être reconnue.

7.3.19. Dans son certificat médical du 26 octobre 2020, le Dr J_____ a indiqué qu'il suivait régulièrement l'assuré suite à ses accidents de 2012 et 2017, avec des conséquences physiques et psychiques. Il souffrait d'un syndrome post-traumatique sévère et d'une dépression.

7.3.20. Dans son certificat médical du 19 avril 2021, le Dr J_____ a indiqué qu'il suivait régulièrement l'assuré pour un soutien psychologique et psychiatrique consécutivement à des séquelles résiduelles qui restaient conséquentes avec bras droit et main droite touchés sévèrement. Il existait de ce fait une incapacité de travail secondaire aux suites de cet accident du travail dans un contexte post-traumatique sévère. Donc une incapacité résiduelle importante qui nécessitait la poursuite de soins psychiatriques et fonctionnels de rééducation par kinésithérapie.

7.4. En l'espèce, tant l'accident de 2012 que celui de 2017 doivent être considérés comme des accidents de degré moyen stricto sensu. Au vu de la casuistique ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral, on doit en effet retenir que les forces en jeu au moment des accidents étaient d'importance moyenne et on ne peut leur attribuer un caractère particulièrement impressionnant. S'agissant de l'accident de 2012, même si l'accident n'est pas anodin, car l'assuré a eu la main écrasée par un tube de 20 kg et qu'il a eu peur de la perdre, il ne saurait être qualifié d'accident grave, ni même de gravité moyenne à la limite supérieure, étant relevé que le recourant n'a pas subi d'amputation de doigts. Il en est de même s'agissant de l'accident de 2017, car bien que le recourant ait perdu connaissance et que son véhicule ait subi des dégâts importants, la vitesse du véhicule n'était pas très importante et il n'y pas eu de déclenchement de l'airbag suite au choc.

L'on ne peut retenir que le traitement a été particulièrement long et intense s'agissant de l'accident de 2012, l'assuré ayant subi une opération le jour même puis une seconde moins d'un an après. S'agissant de l'accident de 2017, le traitement, sur le plan somatique, a été essentiellement de la physiothérapie.

Il n'apparaît pas que les douleurs du recourant aient été d'une intensité particulière, dans la mesure où elles variaient d'intensité et qu'elles étaient calmées par le repos ou la prise de médicaments. Il ne ressort pas du dossier que le recourant a été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

Rien au dossier n'indique que des erreurs médicales auraient été commises dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

L'on doit en revanche admettre que des difficultés sont apparues au cours de la guérison, dès lors que le recourant souffre d'un SDRC, qui suppose la présence d'une douleur persistante et disproportionnée par rapport à l'événement initial (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1). Il y a toutefois lieu de relativiser la gravité de cette problématique qui ne peut être qualifiée de complications importantes.

Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail n'est pas rempli en l'espèce, dès lors que ce n'est que le 4 mars 2015, soit moins de trois ans depuis l'accident du 29 septembre 2012, que le Dr C_____ a estimé que le cas était stabilisé et que l'on pouvait exiger du recourant une activité professionnelle réalisée à 100% sans baisse de rendement. S'agissant de l'accident de 2017, c'est l'aspect psychiatrique qui a essentiellement empêché le recourant de travailler, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

En conclusion, seul un critère peut être considéré rempli et encore de façon relative, ce qui est insuffisant pour retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques dont souffre le recourant et ses accidents de 2012 et 2017. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en compte les troubles psychiques du recourant pour déterminer ses prestations.

8. 8.1.1. Le recourant a conclu à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité de 50%, faisant valoir qu'il fallait tenir compte de ses troubles psychiques, qui étaient en lien de causalité adéquate avec ses accidents. Par ailleurs, les rapports médicaux de ses médecins traitants attestaient que l'atteinte qu'il avait subie était grave et qu'elle subsisterait tout sa vie, ce qui permettait de remettre en question l'estimation du Dr E_____.

8.1.2. Selon l'intimée, les certificats médicaux produits par le recourant ne permettaient pas réellement de comprendre en quoi l'estimation globale de l'atteinte à l'intégrité effectuée par le Dr E_____ serait discutable.

8.2. 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 phr.). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). 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).

La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c).

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 phr. 1); 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, phr. 2). 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 phr. 1).

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).

- amputations (doigts): 5% (ATAS/1112/2011 du 24 novembre 2011 ; cf. également RAMA 1997 p. 207) ; 7,5% (ATF 113 V 218) ;
- fracture du radius gauche avec mobilité restreinte du poignet : 5% (arrêt du Tribunal fédéral 8C_687/2011 du 28 juin 2012) ;
- amputation transmétacarpienne de l'index droit: 7,5% (ATF 113 V 220 consid. 3a) ;
- algodystrophie au pied gauche suite à une entorse grave du lisfranc avec fracture du métatarse 2 à gauche: 10% (arrêt du Tribunal fédéral 8C_640/2009 du 23 juin 2010) ;
- amputation partielle de trois doigts de la main droite chez un droitier et limitation fonctionnelle du bras droit en raison d'une très grave contusion de l'avant-bras: 25 % (RAMA 1987 p. 306).

8.3. Les faits pertinents suivants ressortent de la procédure :

8.3.1. Le 5 mars 2015, le Dr C_____ a constaté qu'après ablation du matériel et ténoarthrolyse, il persistait chez l'assuré une raideur notable au niveau de l'index et une hypo-sensibilité douloureuse au niveau de la pulpe du troisième doigt. Conformément à la table d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité n°3 relative à la perte d'un segment des membres supérieurs, on se situait par comparaison dans le cas de la figure n°7, p. 3.2. avec l'équivalent fonctionnel d'une amputation de l'index correspondant à un taux de 6%. Dans le cas présent, un taux de 5% était finalement retenu.

8.3.2. Le 28 août 2019, le Dr E_____ a indiqué que compte tenu des limitations fonctionnelles, il existait une IPAI, qui intéressait les épaules droite et gauche et se surajoutait à l'IPAI fixée pour la main à 5%.

8.3.3. Dans son appréciation médicale du 30 août 2019, le Dr E_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité globale de l'assuré à 25% dont les 5% déjà attribués, en se référant à la table 1 relative aux troubles fonctionnels des membres supérieurs,

selon laquelle une périarthrite scapulo-humérale moyenne correspondait à une atteinte de 10%.

8.3.4. Dans ses rapports des 25 mars et 5 juin 2020, le Dr E_____ a confirmé son évaluation de l'IPAI du 30 août 2019.

8.4. En l'espèce, le Dr E_____ s'est prononcé sur l'atteinte à l'intégrité du recourant de façon convaincante. Ses conclusions ne sont pas sérieusement remises en cause par celles des médecins traitants de celui-ci, lesquelles ne se sont pas prononcés spécifiquement à ce sujet.

Il n'y a pas lieu de tenir compte des atteintes psychiques du recourant, dès lors qu'il a été retenu qu'elles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec les accidents du recourant, selon les critères jurisprudentiels applicables en la matière.

9. Le recourant n'ayant pas émis de critiques contre l'établissement des taux d'invalidité effectué par l'intimée et ceux-ci n'appelant pas la critique, il n'y a pas lieu de les examiner plus en détail.

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

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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