RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/394/2022 **ATAS/774/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 octobre 2023

Chambre 3

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Thomas BÜCHLI, avocat

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée
représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocate

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

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1978, droitier, travaillait en tant que ferrailleur lorsque, le 30 août 2018, alors qu'il se trouvait sur un chantier, il est tombé sur l'avant-bras, ce qui a eu pour conséquence une fracture de l'extrémité distale du radius type C3 à droite. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), auprès de laquelle le prénommé était assuré contre le risque d'accidents, a pris en charge le cas, en versant des indemnités journalières dès le 7 septembre 2018 (d'un montant de CHF 64.25 par jour calendaire) et en s'acquittant des frais médicaux.

b. Le 7 septembre 2018, l'assuré a bénéficié d'une ostéosynthèse et allogreffe osseuse aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

c. Dans un rapport du 8 mars 2019, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a posé les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC ou CRPS) et de capsulite rétractile.

d. Dès le 8 mai 2019, l'assuré a commencé un suivi psychiatrique.

e. Du 30 juillet au 21 août 2019, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Dans un rapport du 5 septembre 2019, les médecins ont retenu les diagnostics suivants : fracture de l'extrémité distale du radius droit multifragmentaire et intra-articulaire avec bascule postérieure le 30 août 2018, ostéosynthèse par double abord et allogreffe osseuse le 8 septembre 2018, SDRC de type I (ci-après : algodystrophie) du poignet droit et trouble de l'adaptation avec dépression prolongée. Les limitations fonctionnelles provisoires retenues étaient : éviter le port de charges répétitif et/ou prolongé jusqu'à 10 kg, les mouvements nécessitant de la force et/ou des amplitudes importantes et/ou les mouvements répétitifs du poignet. La situation médicale n'était pas encore stabilisée. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse était indiquée dans les brefs délais, dès que l'algodystrophie ne serait pas « dans une phase chaude ».

f. Le 16 janvier 2020, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans un rapport du 24 janvier 2020, le médecin a constaté que le membre supérieur droit avait bien récupéré au niveau de l'épaule, du coude et de la main, mais des plaintes importantes liées à une raideur du poignet droit persistaient. La raideur concernait l'avant-bras, surtout en supination, et le poignet droit en flexion/extension. L'assuré présentait une diminution importante de la force aussi bien coudes au corps que bras en abduction. Son état n'était pas stabilisé. La stabilisation était attendue à six mois de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, en l'absence de complication intercurrente.

g. Le 3 mars 2020, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée aux HUG, où l'assuré a séjourné jusqu'au 6 mars 2020. Dans la lettre de sortie du 18 mars 2020, dans laquelle était posé le diagnostic principal de status postostéosynthèse de l'extrémité distale du radius droit, il était relevé que l'opération s'était déroulée sans complication. L'aspect moucheté de la corticale antérieure du radius mis en évidence en peropératoire avait nécessité des prélèvements envoyés en bactériologie et en histopathologie pour analyse. Le diagnostic différentiel était une ostéopénie de sous-utilisation versus ostéochondrome versus ostéomyélite chronique, ce qui, dans le contexte et au vu des symptômes, était peu probable. L'évolution post-opératoire a été par la suite satisfaisante avec une diminution progressive des douleurs.

h. Dans une note du 3 avril 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation aux HUG, a mentionné que la biopsie ne montrait pas d'ostéomyélite.

i. Le 6 octobre 2020, le Dr C_____ a réexaminé l'assuré. Dans un rapport du 8 octobre 2020, il a observé une récupération de la prosupination, la persistance d'une raideur importante au niveau du poignet droit et d'une diminution de l'ordre de 50% de la force aux diverses mesures dynamométriques. On ne pouvait toujours pas parler d'état stabilisé. L'activité de ferrailleur n'était plus exigible et les limitations fonctionnelles étaient susceptibles d'évoluer, vu le réel progrès objectivable entre les deux examens, à moins d'une année d'intervalle.

j. Dans un rapport du 7 décembre 2020 relatif à une consultation du même jour, le Dr B_____ a relevé un retour des douleurs au niveau du poignet, radiocarpiennes et au niveau des cicatrices, une fermeture des doigts sans douleur, et l'absence de signe de ténosynovite des fléchisseurs. Une reprise de travail en force avec la main droite était contre-indiquée.

k. Dans un rapport d'examen final du 16 avril 2021, le Dr C_____ a noté qu'il persistait une raideur importante au niveau du poignet droit ainsi qu'une diminution de la force aux mesures dynamométriques de l'ordre de 50%, avec peu d'évolution par rapport au dernier examen. Il a considéré que l'état de l'assuré était stabilisé. Les limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur droit étaient la conséquence de la raideur du poignet, accompagnée d'une diminution substantielle de la force mesurée : éviter le port répétitif ou prolongé de charges supérieures à 10 kg, les mouvements nécessitant de la force de préhension, les amplitudes importantes de mouvements au niveau de l'avant-bras et du poignet et les mouvements répétitifs et fins avec le poignet. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sans limitation de temps, ni de rendement.

l. Dans un rapport séparé du 16 avril 2021, le Dr C_____ a évalué le taux de l'atteinte à l'intégrité à 15%.

B. **a.** Par courrier du 16 avril 2021, la SUVA, considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de

l'accident, a informé l'assuré de la fin de la prise en charge des soins médicaux, hormis une à deux éventuelles consultations de contrôle par année, une série de neuf séances de physiothérapie et le traitement antalgique (Prégabine, Trittico et Dafalgan) pour les dix-huit mois suivants, à moduler tous les six mois en fonction de l'évolution. L'indemnité journalière lui était allouée jusqu'au 31 mai 2021 inclus sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Il serait procédé à l'examen du droit éventuel de l'assuré à d'autres prestations d'assurance dès le 1er juin 2021.

b. Par décision du 8 juillet 2021, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, faute de diminution notable de sa capacité de gain, mais lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15%, correspondant à un montant de CHF 22'230.-.

c. Par pli du 8 septembre 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision, en contestant avoir retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée, le revenu de valide retenu par l'assurance, l'estimation de l'atteinte à son intégrité, ainsi que le montant des indemnités journalières. Il a également conclu à ce que son opposition ait un effet suspensif et à la reprise du versement des indemnités journalières.

Il a produit, notamment :

- un jugement du Tribunal des prud'hommes du 5 janvier 2021, opposant l'assuré à la société E_____ (ci-après : E_____) ;
- un rapport d'ultrason main ou poignet droit du 27 avril 2021, concluant à un aspect évocateur de ténosynovite du fléchisseur radial du carpe droit, sans kyste arthro-synovial palmaire décelable ; et
- un rapport du 11 août 2021 du docteur F_____, médecin praticien FMH, indiquant que l'assuré souffrait d'une tendino-synovite du fléchisseur du carpe droit, d'hypertension artérielle, de troubles anxio-dépressifs réactionnels à l'accident, ainsi que d'une douleur neurogène, à type de décharge électrique, dans le poignet droit et l'avant-bras droit, quotidienne, d'intensité 6-7/10, le dérangeant beaucoup dans ses activités quotidiennes et professionnelles.

d. Par décision incidente du 20 octobre 2021, la SUVA a refusé de restituer l'effet suspensif à l'opposition.

e. Le 1er décembre 2021, la SUVA a reçu :

- deux rapports de consultation de suivi des HUG des 21 juillet et 22 septembre 2021, qui, rappelant les conclusions de l'ultrason du 27 avril 2021, proposaient la poursuite de physiothérapie ;
- un rapport des HUG du 4 octobre 2021, mentionnant que les douleurs neurogènes étaient au premier plan et que, faute de proposition chirurgicale, dans un contexte de douleurs chroniques, un suivi régulier à la consultation de

la chirurgie de la main n'était pas nécessaire, mais recommandant la poursuite de la physiothérapie pour maintenir les amplitudes articulaires.

f. Dans un rapport complémentaire du 13 décembre 2021, le Dr C_____, après avoir pris connaissance des pièces médicales versées au dossier depuis son dernier examen, y compris des rapports d'imageries, a confirmé sa précédente appréciation en termes de stabilisation de l'état de santé (en l'absence de proposition thérapeutique sur le plan somatique autre que le traitement de douleurs chroniques par antalgie), de l'exigibilité d'une activité lucrative et de l'IPAI, dont il a estimé qu'elle tenait largement compte de l'évolution de la situation à moyen terme.

g. Par décision du 22 décembre 2021, la SUVA a déclaré irrecevable la conclusion de l'assuré tendant à la correction des indemnités journalières en fonction du salaire retenu dans le jugement du Tribunal des prud'hommes – cette question ne faisant pas l'objet de la décision litigieuse – et rejeté l'opposition pour le surplus.

C. **a.** Par acte du 31 janvier 2022, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer ses atteintes physiques et leurs conséquences sur sa capacité de travail et son rendement, principalement, à l'octroi des prestations légales avec effet rétroactif au 31 mai 2021 en tenant compte d'une incapacité de travail de 50% au minimum, y compris une IPAI de 50%, sous déduction des prestations déjà versées, et au versement de CHF 120'416.40 à titre d'indemnités journalières, sous déduction des montants déjà versés à ce titre jusqu'au 31 mai 2021, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant fait valoir que la demande de reconsidération du montant des indemnités journalières qu'il a formulée dans son opposition ne devait pas être déclarée irrecevable, puisqu'un nouveau calcul des indemnités journalières peut être sollicité en tout temps, lorsque des éléments de salaire se révèlent plus tard. En s'appuyant sur le jugement du Tribunal des prud'hommes du 5 janvier 2021, il soutient que l'intimée doit calculer les indemnités journalières sur la base d'un salaire de CHF 55'161.10 et non de CHF 29'929.45. Il en tire la conclusion que, du 7 septembre 2018 au 31 mai 2021, il aurait droit à des indemnités d'un montant de CHF 120'416.40 (996 jours × CHF 120.90 [= 55'161.10 × 80% / 365 jours]).

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte du salaire afférent aux vacances (10,6%), pourtant retenu dans le jugement précité. Il allègue que, puisqu'il a travaillé pour la société E_____ et non pour G_____ (ci-après : G_____), la faillite de cette dernière n'a aucune influence sur son gain de valide, qui s'élève à CHF 76'546.75, et non à CHF

68'866.10, selon le calcul suivant : CHF 29.95 × 2'112 heures + 8,33% (13ème salaire) + 10,6% (salaire afférent aux vacances) + 0,5% (2021).

S'agissant de ses limitations fonctionnelles, il argue que, puisqu'il ne peut plus effectuer « aucun mouvement fin » avec le poignet droit, cela signifie qu'il ne peut plus le bouger pour écrire ou manipuler des objets, que « l'absence de force de préhension » dans les doigts signifie qu'il ne peut plus saisir aucun objet sans éprouver de douleurs, et qu'être privé des « amplitudes importantes avec l'avant-bras » signifie qu'il ne peut quasiment plus bouger son coude. Il en tire la conclusion qu'il ne peut plus utiliser sa main et l'avant-bras droits et qu'il est devenu mono-manuel, statut que l'intimée nie sans motiver son point de vue. Or, ce statut justifie, d'après lui, un abattement de 30% au minimum, même s'agissant d'une activité adaptée (surveillance, télésurveillance). À cela s'ajoutent ses faibles capacités intellectuelles et ses difficultés à comprendre et gérer des tâches administratives, à répondre aux exigences de la société et à maintenir des liens, pour lesquelles une réduction du revenu d'invalide doit également être appliquée.

Le recourant estime que ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiques (schizophrénie réactionnelle à l'accident, d'après son psychiatre traitant, entraînant une totale incapacité de travail) excluent tout reclassement dans une activité sédentaire et qu'en tout état de cause, une expertise bidisciplinaire (orthopédie et psychiatrie) doit être mise sur pied pour éclaircir la situation, vu l'absence d'un avis médical indépendant au dossier.

Il ajoute que la situation médicale n'est pas stabilisée et que des investigations supplémentaires sont nécessaires. Il produit à cet égard le compte rendu opératoire des HUG du 23 mars 2020, qui mentionne qu'une ostéomyélite chronique ou réactionnelle au matériel d'ostéosynthèse est suspectée. Il se demande si ses douleurs permanentes sont dues à l'ostéomyélite et indique ne pas s'opposer à un second séjour à la CRR.

Il conclut que son gain d'invalide ne peut se chiffrer à CHF 65'000.-.

Enfin, le recourant fixe à 50% le taux de l'IPAI, compte tenu de ses limitations fonctionnelles somatiques énumérées et d'une prosupination insuffisante évoquée dans la lettre des HUG du 4 octobre 2021, équivalant à la perte de la fonctionnalité totale de la main, selon lui.

Le recourant produit enfin un rapport du 27 janvier 2022 de la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant que le trouble psychiatrique dont il souffre, totalement incapacitant, est consécutif à l'événement du 30 août 2018 (il ne préexistait pas).

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 avril 2022, a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

L'intimée relève que la question du montant des indemnités journalières ne faisait pas l'objet de la décision initiale, qui portait uniquement sur le droit à une rente

d'invalidité et à une IPAI, de sorte que la conclusion tendant à corriger le montant des indemnités journalières et au versement du surplus est irrecevable.

Elle indique que l'état de santé du recourant était stabilisé, selon les rapports du Dr C_____ des 16 avril et 13 décembre 2021, qu'aucun élément médical n'est susceptible d'en faire douter et que le diagnostic d'ostéomyélite chronique est peu probable, selon la lettre de sortie des HUG du 18 mars 2020 et même exclu, d'après une note des HUG du 3 avril 2020.

Elle mentionne que l'employeur du recourant était la société G_____ selon la déclaration d'accident du 31 août 2018 et l'extrait de compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS), que c'est d'ailleurs ce qu'a également retenu le Tribunal des prud'hommes, tout en constatant que le recourant a été prêté par son employeur à E_____ à titre de personnel fixe pour travailler sur les chantiers de celle-ci de juillet 2017 au 3 juillet 2018 (antérieurement à la date de l'accident), raison pour laquelle cette société a été condamnée, en tant que débitrice solidaire, au paiement du solde des salaires. Sans atteinte à la santé, le recourant n'aurait pu conserver son poste auprès de G_____ en 2021, dès lors que cette société a été dissoute par suite de faillite en janvier 2019 et qu'elle aurait donc dû mettre un terme aux rapports de travail. L'intimée en tire la conclusion que le revenu sans invalidité ne peut pas être évalué sur les données salariales de cette société et qu'il convient de se fonder sur les salaires fixés par la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN 2019-2022 ; classe B, travailleur de la construction avec connaissances professionnelles sans certificat professionnel). C'est sur cette base qu'elle a fixé le gain de valide à CHF 70'176.77. Elle précise que le total de 2'112 heures annuelles correspond au temps de travail annuel brut, avant déduction des jours de vacances. Autrement dit, les jours de vacances sont pris en compte dans le revenu sans invalidité, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les ajouter.

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant, l'intimée estime que l'appréciation du Dr C_____ du 16 avril 2021, bien motivée et que ne contredit aucun élément médical au dossier, est convaincante. Le recourant ne peut être assimilé à une personne mono-manuelle dans la mesure où, selon le Dr C_____, il peut encore mobiliser et utiliser son membre supérieur droit. Il est d'ailleurs autonome dans les activités de la vie quotidienne. Le fait que la préhension soit réduite et l'amplitude de l'avant-bras et du poignet droits limitées ne signifie pas qu'il ne peut plus utiliser son membre supérieur droit. En outre, la limitation relative aux mouvements fins avec le poignet se rapporte à la dextérité du recourant, ce dernier pouvant encore utiliser son poignet pour tous les autres mouvements. Partant, aucune diminution de rendement ne peut être retenue ; le marché du travail équilibré offre un éventail suffisamment large d'activités accessibles au recourant.

Quant aux faibles capacités intellectuelles invoquées par le recourant, ses difficultés à comprendre et à gérer les tâches administratives, à répondre aux

exigences de la société et à maintenir des liens, il s'agit de facteurs étrangers à l'accident qui ne sont pas du ressort de l'assurance et ne peuvent être pris en considération dans l'estimation de l'invalidité.

Il en va de même des troubles psychiques (schizophrénie simple). L'argument selon lequel, d'après le psychiatre traitant, l'affection psychiatrique est survenue postérieurement à l'accident relève d'un raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* », lequel ne permet pas d'établir en tant que tel l'existence d'un lien de causalité naturelle. De toute manière, la causalité adéquate fait défaut, l'accident (chute d'un escabeau) étant de peu de gravité.

L'intimée en conclut que le revenu d'invalide fixé à CHF 68'992.50, fondé sur les données statistiques de l'Enquête Suisse sur la Structure des salaires (ci-après : ESS), doit être confirmé.

Pour ce qui est du taux de l'IPAI, l'intimée souligne que le recourant, qui ne présente pas une perte fonctionnelle totale du membre supérieur droit, n'a mis en évidence aucun élément médical objectif mettant en doute le bien-fondé des conclusions du Dr C_____.

Enfin, l'intimée s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise, en considérant que la situation médicale a été instruite à satisfaction de droit.

c. Dans son écriture du 20 mai 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Le 1er février 2023, il a versé au dossier :

- un courrier du 17 novembre 2022 du CENTRE UNIVERSITAIRE ROMAND DE MÉDECINE LÉGALE lui fixant rendez-vous le 31 janvier 2023 pour une expertise d'aptitude à la conduite ; et
- une attestation de bénévolat du 24 janvier 2023 de I_____.

e. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 2 février 2023.

Le recourant a déclaré vouloir retrouver un travail et avoir débuté pour ce faire les démarches pour pouvoir exercer la profession de chauffeur, en accord avec le service de réadaptation de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Il a réussi l'examen théorique, mais ayant échoué trois fois à la pratique, une évaluation a été effectuée le 31 janvier 2023, à la suite de laquelle on lui a indiqué oralement qu'une quatrième possibilité lui serait offerte. Les cours se sont bien passés, mais il ignore s'il aura l'endurance et les capacités d'exercer ce travail et à quel taux. Par ailleurs, il travaille comme aide-vendeur bénévole chez I_____ à raison de deux demi-journées par semaine. Il tient absolument à se réinsérer sur le marché du travail.

Le recourant a émis le souhait de pouvoir bénéficier d'indemnités journalières à 50%, puis d'une rente à 50% au minimum, ou d'une mesure de réinsertion. S'agissant du taux de l'IPAI dont il réclame qu'il soit augmenté à 50%, il a expliqué qu'il s'agissait-là d'une évaluation qu'il conviendrait d'affiner.

L'intimée a pour sa part soutenu que si, certes, d'après la CRR, le cas n'était pas encore stabilisé, le Dr C_____ s'est exprimé à trois reprises postérieurement à la CRR, après des examens au terme desquels il a conclu à une stabilisation de l'état du recourant ; il s'est livré à une évaluation de la capacité de travail et s'est déterminé sur les limitations fonctionnelles, qui paraissent cohérentes. Dans ces circonstances, une nouvelle évaluation auprès de la CRR n'est pas utile. Cas échéant, il conviendrait de mettre sur pied une mesure auprès du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) dans le cadre du dossier AI.

Le recourant a indiqué que son dossier était encore en cours auprès de l'AI, et qu'aucun document n'avait été versé à la procédure depuis un an, en dehors de ceux émanant de la SUVA.

L'intimée a réitéré qu'aucune pièce médicale nouvelle n'avait été produite qui permettrait de jeter le doute sur l'évaluation du Dr C_____.

Le recourant a rappelé avoir produit à l'appui de son recours un certificat de son psychiatre.

Ce à quoi l'intimée a répondu en faisant remarquer que les critères permettant de reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate entre une simple chute sur le bras et le trouble psychique allégué n'étaient à l'évidence pas remplis.

Le recourant a une nouvelle fois demandé la reconsidération du montant des indemnités journalières et demandé que l'objet du litige soit étendu à cette question, par économie de procédure, ce à quoi l'intimée s'est opposée, arguant que les conditions d'une telle extension ne sont pas remplies.

À l'issue de l'audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

f. Par écriture du 9 mars 2023, le recourant, se référant à un courriel (joint) du même jour reçu de l'intimée et l'informant qu'elle « n'entend[ait] pas reconsidérer le montant des [indemnités journalières] », s'est plaint que cette formulation portait à confusion, car laissant penser au rejet de sa demande de reconsidération, alors que l'intimée avait jusqu'alors toujours refusé d'entrer en matière.

Il argue que si l'intimée voulait rejeter sa demande, elle aurait dû le faire par décision formelle et non par simple courriel. Il s'étonne que l'assurance veuille ignorer le salaire établi par un jugement définitif des prud'hommes.

Si, en revanche, l'intimée entend par là lui signifier qu'elle continue à refuser d'entrer en matière, il y a lieu d'en déduire que la décision initiale concernait bel et bien la question des indemnités journalières, car elle y mettait fin.

Le recourant argue qu'un assuré peut contester la fin du versement des indemnités journalières, mais aussi solliciter que leur montant soit adapté en fonction d'éléments nouveaux, tant pour le passé que pour l'avenir, en cas d'acceptation de l'opposition ou du recours. À défaut d'exigences de forme et de procédure

particulières dans ce domaine – que l'intimée doit du reste instruire d'office –, l'assurance verse dans l'arbitraire et se rend coupable de formalisme excessif en exigeant que les éléments de calcul lui soient adressés par lettre séparée plutôt que dans le cadre d'une opposition. L'assuré ajoute qu'il a proposé à l'assurance de régler cette question en dehors du recours, par lettre (jointe) du 1er février 2022, mais qu'elle ne lui a jamais répondu. Il ne voit pas ce qu'il aurait pu faire de plus que de porter les nouveaux éléments à la connaissance de l'intimée.

g. Par écriture du 28 avril 2023, l'intimée expose que, dans la mesure où le recours au Tribunal cantonal des assurances a un effet dévolutif, elle a perdu la maîtrise sur l'objet du litige, de sorte qu'elle ne peut rendre de décision formelle concernant le montant des indemnités journalières. Il appartient à la Cour de statuer sur ce point.

Elle répète que la décision initiale portait uniquement sur le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI, si bien que la conclusion tendant à corriger le montant des indemnités journalières et au versement du surplus, dans la mesure où elle va au-delà de l'objet de la contestation, est irrecevable.

h. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 31 janvier 2022) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA *a contrario*).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 30 août 2018), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017

consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le 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, sous réserve de ce qui fait l'objet des considérants 7.1.2 et 7.1.3 ci-dessous.

6.

6.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

6.2 Selon la jurisprudence, la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical, d'une part, celle de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI, d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la cessation des prestations provisoires avec l'examen du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la cessation des indemnités journalières et du traitement médical, d'une part, de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI, d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_243/2021 du 11 octobre 2021 consid. 1.4.3. et les références).

6.3 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge

n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

7.

7.1 En l'occurrence, la décision du 22 décembre 2021 dont est recours, confirme, sur opposition, celle du 8 juillet 2021 par laquelle l'intimée a statué sur les droits du recourant à une rente d'invalidité et à une IPAI.

7.1.1 Préalablement, par courrier du 16 avril 2021, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des soins médicaux (à l'exception de consultations de contrôle annuelles, de neuf séances de physiothérapie et du traitement antalgique pendant dix-huit mois) et au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2021.

En statuant par décision du 8 juillet 2021 sur le droit à la rente, l'intimée a également, par voie de conséquence, refusé formellement le versement de l'indemnité journalière au-delà du 31 mai 2021. Les conclusions du recourant tendant au versement d'indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 50% (dès le 1er juin 2021) sont donc recevables.

7.1.2 En revanche, en ce qui concerne la conclusion du recourant tendant au versement de CHF 120'416.40 à titre d'indemnités journalières pour la période rétroactive du 7 septembre 2018 au 31 mai 2021, au motif que l'indemnité journalière s'élèverait à CHF 120.90 par jour calendaire au lieu de CHF 64.25 allouée par l'intimée, il y a lieu de relever que, par lettre du 12 octobre 2018 (dossier intimée pièce 20), celle-ci a informé le recourant qu'il avait droit à une indemnité journalière de CHF 64.25 par jour calendaire. L'intéressé a contesté, pour la première fois, le montant de l'indemnité journalière dans l'opposition qu'il a formée le 8 septembre 2021, en faisant référence au jugement du Tribunal des prud'hommes du 5 janvier 2021. En tant que le recourant remet en cause le

montant de l'indemnité journalière, il s'agit d'une question distincte de celle de la cessation de cette prestation, de sorte qu'elle n'avait pas obligatoirement à être tranchée dans la décision sur opposition du 22 décembre 2021. L'intimée ne s'étant pas prononcée sur cette question dans la décision querellée, la conclusion du recourant tendant au versement d'un complément d'indemnités journalières doit être déclarée irrecevable.

Contrairement à ce que pense le recourant, la Cour de céans ne peut étendre l'objet du litige au montant de l'indemnité journalière par économie de procédure, puisque l'intimée ne s'est pas encore exprimée à ce sujet.

À ce stade, il n'appartient pas à la Cour de céans de déterminer si, au moment du dépôt (le 8 septembre 2021) de la requête tendant à un nouveau calcul de l'indemnité journalière, la communication du 12 octobre 2018 fixant le montant de cette prestation (effectuée sous la forme simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA) a produit les mêmes effets qu'une décision entrée en force de chose décidée ou pas, et si, dans la première éventualité, l'assuré a pu se prévaloir d'un titre de révocation (révision procédurale [art. 53 al. 1 LPGA] ou reconsidération [art. 53 al. 2 LPGA]). La Cour de céans n'a en effet pas été saisie d'un recours dans ce contexte. C'est le lieu de rappeler que la jurisprudence constante distingue la révision d'une décision entrée en force formelle, à laquelle l'administration est tenue de procéder lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 129 V 200 consid. 1.1 ; ATF 127 V 466 consid. 2c et les références), de la reconsidération d'une décision formellement passée en force de chose décidée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à laquelle l'administration peut procéder pour autant que la décision soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Ainsi, par le biais d'une reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 et la référence).

7.1.3 La conclusion du recourant tendant à la prise en charge d'une mesure de réinsertion (formulée lors de l'audience du 2 février 2023) est également irrecevable, puisque l'intimée, en sa qualité d'assureur-accidents, n'entre pas en matière sur de telles prestations, lesquelles sont du ressort de l'AI (cf. titre 3 de la LAA ; art. 8 ss de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI - RS 831.20]).

7.2 Pour le surplus, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à retenir que l'état de santé somatique du recourant était stabilisé au 31 mai 2021, sur le lien de causalité entre l'affection psychique du recourant et l'accident du 30 août 2018, sur le degré d'invalidité du recourant, ainsi que sur le taux de l'IPAI.

8.

8.1 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).

8.2 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).

8.2.1 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

8.2.2 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

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 (cf. ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

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

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de

vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

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

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

9.

9.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine

capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

9.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017).

9.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

9.3.1 L'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

9.3.2 Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

9.4 Aux termes de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'AI quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), lequel prévoit que lorsqu'on ne peut plus attendre de la

continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI, ou avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle ou encore avec la fixation de la rente définitive (al. 1). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'AI, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 246 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'AI que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (ATF 129 V 283). La décision portant sur l'allocation d'une rente transitoire doit mentionner qu'elle sera remplacée dès l'achèvement de la réadaptation ou s'il est renoncé à sa mise en œuvre. Il s'agit, en effet, d'éviter de faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente ordinaire ou « définitive », pour reprendre la terminologie de l'art. 30 OLAA (ATF 139 V 514 consid. 2.3 et les références).

10.

10.1 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).

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

connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

10.3 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).

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

10.3.2 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 ; 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).

11. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe

selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

12.

12.1 En l'espèce, l'intimée s'est appuyée sur le rapport du 16 avril 2021 – complété le 13 décembre 2021 – du Dr C_____, médecin d'arrondissement, pour mettre un terme au traitement médical et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2021.

Le Dr C_____ a étudié les pièces médicales au dossier, y compris les examens d'imagerie de la main et du poignet droits, pris en compte les plaintes du recourant et a examiné ce dernier. Il a constaté que le recourant souffrait de douleurs chroniques et que le cas était stabilisé, puis a retenu que l'assuré, inapte à exercer son activité habituelle de ferrailleur, pouvait néanmoins exercer à plein temps, sans baisse de rendement, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant de la raideur du poignet et d'une diminution substantielle de la force mesurée. Ainsi, il a recommandé d'éviter le port répétitif ou prolongé de charges supérieures à 10 kg, les mouvements nécessitant de la force de préhension, les amplitudes importantes de mouvements au niveau de l'avant-bras et du poignet droits, ainsi que les mouvements répétitifs et fins du poignet droit.

Aucun élément objectif médical au dossier ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr C_____, qui n'est mise en doute par aucun rapport des médecins traitants.

En particulier, l'éventuel diagnostic d'ostéomyélite (compte rendu opératoire des HUG du 23 mars 2020 produit à l'appui du recours) a été infirmé dans une note des HUG du 3 avril 2020 (dossier intimée pièce 220). En outre, le recourant livre sa propre appréciation quant à ses restrictions physiques et au taux de sa capacité de travail résiduelle. Or, l'administration ou le juge, en cas de recours, s'appuie sur des documents médicaux probants et non sur l'appréciation subjective de l'assuré.

En définitive, bien que les douleurs du recourant persistent et qu'il poursuive un traitement antalgique et physiothérapeutique, force est de constater qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de son état de santé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 ; 8C_306/2016 du 22 septembre 2016 consid. 5.3), d'autant qu'il n'y a plus aucune proposition chirurgicale (dossier intimée pièce 357 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 précité consid. 4.3).

Dans ces circonstances, l'intimée était fondée à retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé lors de l'examen par le médecin d'arrondissement et que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Elle pouvait donc mettre un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières.

12.2 Sur le plan psychique, comme au moment où l'intimée a mis fin aux prestations au 31 mai 2021, il n'y avait plus, comme exposé supra, de traitement médical susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé somatique du recourant, il y a lieu d'examiner à ce moment la causalité adéquate de troubles psychiques du recourant compte tenu de certains critères en relation avec l'accident.

L'intimée considère que l'événement accidentel (chute d'un escabeau) était bénin, raison pour laquelle elle a nié d'emblée l'existence du lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident.

Il ressort du dossier que le recourant a chuté d'une hauteur d'environ 1,5 m (dossier intimée pièces 62 et 138). Même si cet événement devait être rangé tout au plus parmi les accidents de gravité moyenne *stricto sensu* (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.3), cela ne changerait pas l'issue du litige, comme on le verra ci-après.

12.2.1 La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 précité consid. 4.3.1).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié que la condition du caractère impressionnant de l'accident fût remplie dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un élévateur d'une hauteur de 5,6 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.4 et les références).

La position dans laquelle un assuré chute ou se reçoit au sol pourrait, selon les circonstances, entraîner l'admission du critère invoqué. Toutefois, le fait d'être tombé sur le côté (d'environ 4 m) ne saurait, objectivement, conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique. Lorsqu'un assuré glisse et chute, une réception latérale n'est pas forcément plus traumatisante qu'une chute verticale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017, 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.2).

En l'espèce, le recourant a chuté avec réception sur les deux mains, poignets en hyper-extension (pièce 62). Il n'a relaté aucun souvenir particulièrement traumatisant en lien avec l'accident. Après la chute, il s'est relevé, pensant pouvoir

reprendre son travail, mais peu après, voyant son poignet enfler et devenir de plus en plus douloureux, il a consulté (pièce 138). Dans ces circonstances, le critère relatif au caractère impressionnant de l'accident ne peut à l'évidence être admis.

12.2.2 Pour être retenu, le critère de 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, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 précité consid. 4.3.2).

En l'espèce, les lésions physiques que le recourant, droitier, a subies (fracture de l'extrémité distale du radius droit multi-fragmentaire et intra-articulaire, compliquée d'un CRPS avec capsulite rétractile au niveau de l'épaule droite ; dossier intimée pièce 301) ne sauraient figurer parmi les atteintes à la santé graves au sens de la jurisprudence. Elles ne sont pas non plus comparables aux lésions potentiellement fatales dont il est question dans l'arrêt 8C_398/2012 précité (rupture de la rate, fissure de l'estomac, hémopneumothorax bilatéral et fracture costale en série ; arrêt 8C_235/2020 précité consid. 4.3.2). Le seul fait que le recourant soit entravé par des limitations fonctionnelles – qui ne l'empêchent au demeurant pas d'être en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein sans diminution de rendement – ne permet pas de retenir ce critère (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 précité consid. 5.3.2).

12.2.3 Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral U.393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U.92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 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 du Tribunal fédéral 8C_361/2007 précité consid. 5.3 ; U.380/04 du 15 mars 2004 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 dix-huit mois (arrêt du Tribunal fédéral U.37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment

que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

En l'espèce, ensuite de son accident, le recourant a subi deux opérations les 7 septembre 2018 et le 3 mars 2020, qui n'ont pas nécessité une longue hospitalisation (pièces 16 et 215). Il a en outre effectué un court séjour à la CRR (pièce 129). Pour le reste, le traitement médical a été purement conservateur (prise d'antalgiques, physiothérapie, ergothérapie). Ce critère n'est donc pas non plus rempli (pour des cas similaires : arrêts du Tribunal fédéral 8C_816/2021 précité consid. 5.3.3 ; 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7.1 ; 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.2.2).

12.2.4 Le dossier ne fait pas mention d'une erreur médicale.

12.2.5 Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques 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. Dans un arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 dans lequel il s'était écoulé deux ans et sept mois avant que l'assuré ait pu récupérer une capacité de travail complète (dans une activité adaptée), entrecoupée par des périodes de capacité de travail partielle (à 50%), le Tribunal fédéral a considéré qu'il est douteux que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques soit réalisé (consid. 6.2.7). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans sans interruption (arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6).

En l'espèce, à la suite de son accident le 30 août 2018, le recourant a été en arrêt de travail total. Lors de l'examen du 15 avril 2021, le Dr C_____ a considéré que le recourant peut exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps, sans baisse de rendement (pièce 301). Il s'est donc écoulé moins de trois ans avant que le recourant ait pu récupérer une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Partant, ce critère ne peut pas être retenu.

12.2.6 Seuls deux critères entrent en considération, à savoir les douleurs physiques persistantes, ainsi que les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes. En effet, la fracture de l'extrémité distale du radius, ostéosynthésée, a été compliquée d'un CRPS, et le recourant souffre toujours de douleurs chroniques (pièce 301).

Cependant, aucun de ces critères ne revêt une intensité particulière, dans la mesure où le recourant a déclaré, tant aux médecins de la CRR qu'au Dr C_____, qu'en dépit de ses douleurs chroniques, il restait autonome dans les activités de la vie quotidienne (pièces 130 et 301).

12.2.7 Par conséquent, la condition du cumul de trois critères au moins – pour qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et un accident de gravité moyenne soit admis – fait défaut.

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents en raison des troubles psychiques, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1), comme en l'espèce. Par conséquent, le rapport de la psychiatre traitante du 27 janvier 2022, dans lequel elle mentionne que le trouble psychiatrique du recourant est lié à l'accident n'est pas pertinent.

12.3 Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il est inutile de mettre en œuvre une expertise orthopédique et psychiatrique, comme le voudrait le recourant.

13. Reste à examiner le degré d'invalidité.

13.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

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

13.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2

et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et la référence).

Dans la mesure où ils tiennent mieux compte des différentes catégories d'activités que les statistiques salariales, les salaires fixés par la convention collective de travail de la construction sont mieux à même de respecter le principe selon lequel le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 4.4).

13.4 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 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

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), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178).

Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur

centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 précité consid. 3.2.2 et les références).

La valeur statistique – médiane – s'applique, 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 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalide sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : 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).

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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

14.

14.1 En l'espèce, dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant au 31 mai 2021, l'intimée était fondée à fixer le droit à la rente dès le 1er juin 2021.

Le recourant a bénéficié de mesures d'intervention précoce de l'AI sous la forme d'un cours de formation selon l'art. 7*d* LAI (dossier intimée pièces 154 et 202). Il n'est pas nécessaire d'examiner si, au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue, d'éventuelles mesures de réadaptation au sens des art. 8ss LAI étaient envisagées, puisque l'intimée peut examiner, en vertu de l'art. 30 al. 1 OLAA, si le recourant a droit à une rente transitoire, en prenant en considération

la situation de l'assuré non encore réadapté à ce moment, c'est-à-dire en calculant cette prestation sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là (cf. arrêts du Tribunal fédéral U.434/04 du 27 mars 2006 consid. 3.3 ; U.331/04 du 31 octobre 2005 consid. 4.1 ; cf. également ATAS/1098/2010 du 18 octobre 2010 consid. 10b ; ATAS/535/2006 du 31 mai 2006 consid. 11 ; arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'État de Fribourg 605 2021 98 du 6 septembre 2022 consid. 5.1 et 5.3).

Ceci étant précisé, comme il y a lieu d'examiner les conditions du droit à la rente d'invalidité dès le 1er juin 2021, la comparaison des revenus doit se faire au regard de cette année.

14.2 S'agissant du revenu sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2021 dans son ancienne activité s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, contrairement à ce qu'il prétend, son ancien employeur était la société G_____ (dossier intimée pièces 1, 15, 49, 55, 78, 160) et non pas E_____, ainsi que cela ressort également du jugement du Tribunal des prud'hommes du 5 janvier 2021 (JTPH/2/2021 ; dossier intimée pièce 347). Ce tribunal a en effet retenu que le recourant avait été mis à disposition par la première entreprise à la seconde par contrat de prêt de main d'œuvre et que, dans ce cadre, il avait travaillé sur les chantiers d'E_____ de juillet 2017 au 3 juillet 2018 (consid. 3c), soit avant l'accident du 30 août 2018.

Dans la mesure où G_____ a été dissoute par suite de faillite le 24 janvier 2019, et qu'elle a été radiée d'office le 3 juillet 2019, selon les informations figurant sur le registre du commerce de Genève, le recourant n'aurait pas continué à travailler auprès d'elle et n'aurait en conséquence pu prétendre au salaire qu'il y aurait réalisé, comme le relève l'intimée.

Selon l'art. 2 al. 1 CN 2019-2022 (dossier intimée pièce 315), cette convention collective de travail du secteur principal de la construction en Suisse s'applique aux entreprises suisses et étrangères travaillant sur territoire suisse, respectivement aux parties d'entreprises, aux sous-traitants et aux tâcherons indépendants qui emploient des travailleurs lorsqu'ils exercent leur principale activité, c'est-à-dire l'activité prépondérante dans le secteur principal de la construction.

Selon l'art. 3 al. 1 1ère phr. CN 2019-2022, cette convention s'applique aux travailleurs occupés dans les entreprises au sens de l'art. 2 (indépendamment du mode de rémunération et de leur lieu d'engagement), aux travailleurs occupés sur les chantiers et dans des ateliers d'entreprises de construction.

Le recourant, qui exerce le métier de ferrailleur, aurait vraisemblablement, sans atteinte à la santé, travaillé pour une entreprise active dans le secteur principal de la construction en 2021.

Ainsi, le revenu de valide qu'il aurait obtenu peut être fixé selon cette convention collective de travail, ce qui, au demeurant, n'est pas contesté par les parties.

Selon l'art. 24 al. 2 CN 2019-2022, le total des heures annuelles de travail déterminant s'élève à 2'112 heures (365 jours : 7 = 52,14 semaines × 40,5 heures) pour tout le territoire conventionnel.

Le chiffre de 40,5 heures hebdomadaires pris en compte dans le calcul des 2'112 heures, qui constitue une donnée purement théorique servant uniquement à déterminer la durée annuelle du travail, n'empêche pas l'employeur de fixer précisément la durée hebdomadaire de travail conformément à l'art. 25 CN 2019-2022, laquelle est en principe comprise entre 37,5 et 45 heures (art. 25 ch. 2 CN 2019-2022 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_92/2020 du 13 août 2020 consid. 2.4.3).

Il n'est pas certain que le recourant aurait effectivement travaillé 2’112 heures en 2021. Ceci dit, les parties admettent ce temps de travail (cf. recours p. 2 ; réponse p. 10). De toute manière, même si on tient compte de 2’112 heures à l'année, cela ne change pas l'issue du litige.

Les parties ne remettent pas en cause le salaire horaire de CHF 29.95 (art. 41 CN 2019-2022 ; cf. recours p. 2 ; réponse p. 10), lequel, rehaussé de 8,33% (13ème salaire ; art. 49 CN 2019-2022), et de 10,6% (droit aux vacances de cinq semaines selon l'art. 34 al. 1 CN 2019-2022), aboutit à CHF 35.61 (29.95 + 2.49 + 3.17). Il convient de multiplier le résultat obtenu par 40,5 heures hebdomadaires, puis par 47 (nombre de semaines par année [52] déduction faite des cinq semaines de vacances), ce qui donne un montant de CHF 67'783.64. Il y a encore lieu d'inclure dans le calcul la rémunération supplémentaire de 2,9% du salaire brut mensuel prévue à l'annexe 18 de la CN 2019-2022 pour la pause obligatoire de quinze minutes en matinée, soit CHF 1'653.28 ([29.95 × 40,5] × 47 × 2,9%). Il en résulte un revenu sans invalidité de CHF 69'436.92 (67'783.64 + 1'653.28 ; dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_92/2020 précité consid. 2.4.3).

Contrairement à ce que fait valoir le recourant, lorsque le salaire horaire comprend, comme en l'espèce, l'indemnité de vacances, les jours correspondants de vacances doivent être déduits du temps de travail annuel (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_249/2020 du 3 décembre 2020 consid. 5.1).

14.3 En ce qui concerne le revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n’a pas repris d’activité professionnelle, il convient de l'évaluer sur la base des statistiques salariales figurant dans l’ESS.

En ce qui concerne l’année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l’ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020 ; l’ESS 2020, le 23 août 2022. Dès lors qu’au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 22 décembre 2021, l’intimée ne disposait pas des données 2020, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base des données 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu’à la date de l’ouverture (éventuel) du droit à la rente, soit le 1er juin 2021 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2).

Ainsi, il y a lieu de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2018, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'417.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13ème salaire comprise), ou à CHF 65'004.- par année pour un plein temps (5'417 × 12).

Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 67'766.67 pour un plein temps (65'004 × 41.7 / 40).

Il y a lieu d'indexer ce montant à 2021, année déterminante pour la comparaison des revenus.

Selon le tableau T1.93 publié par l'OFS, les salaires nominaux des hommes ont évolué comme suit : + 0.9% en 2019, + 0.8% en 2020, et - 0.7% en 2021 (disponible sur : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/indice-salaires/par-sexe.assetdetail.24745533.html).

Partant, le revenu d'invalide s'élève à CHF 68'441.11 pour un plein temps (67'766.67 + 609.90 en 2019 = 68'376.57 + 547.01 en 2020 = 68'923.58 - 482.465 en 2021 = 68'441.11).

L'intimée n'a appliqué aucun abattement sur le revenu d'invalide.

Il convient d'examiner si un facteur de réduction doit s'appliquer, comme le souhaiterait le recourant, âgé seulement de 43 ans au moment déterminant du droit à la rente.

L'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence).

L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2).

La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du niveau de compétences 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.4).

Le critère de la nationalité du recourant (Macédoine) ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire statistique, d'autant qu'il ne l'a pas empêché de trouver un emploi en Suisse et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]).

Enfin, une déduction sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap du recourant, puisqu'un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2).

Or, même si le recourant devait être considéré comme mono-manuel, comme il le prétend, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6 et les références). Les activités de vérification et de contrôle de produits finis (dans une position assise) dans différents secteurs économiques, sont par exemple compatibles avec les limitations du recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4, qui considère qu'il y a 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).

Par ailleurs, une réduction du revenu d'invalide en raison des limitations fonctionnelles psychiques du recourant (dossier intimée pièce 319) ne se pose pas, puisqu'elles ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, comme on l'a vu plus haut.

14.4 Partant, le revenu d'invalide (CHF 68'441.11), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 69'436.92, donne un degré d'invalidité de 1,43%, qui est inférieur au taux minimum de 10% (art. 18 al. 1 LAA). Le recourant ne peut donc pas prétendre à une rente d'invalidité (provisoire).

15. Reste encore à déterminer si le recourant peut prétendre à une IPAI supérieure au taux de 15% retenu par l'intimée.

15.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phr.) ; 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.). 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).

15.2 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 phr.) ; 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 phr.). 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 phr.).

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 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 U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

15.3 Depuis le 1er janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et à CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA).

15.4 L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – 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 ou SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les

aggravations dont la survenance est vraisemblable et – cumulativement – l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA doit être fixé sur la base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 précité consid. 3.3 et les références).

16.

16.1 En l'espèce, dans son rapport du 16 avril 2021 (dossier intimée pièce 300), le Dr C_____ a, après avoir étudié le dossier du recourant, y compris radiologique, et procédé à son examen clinique, indiqué, en connaissance des limitations de celui-ci, que le recourant allait développer une arthrose radio-carpienne grave, et estimé à 15% le taux de cette atteinte prévisible, qui correspondait à une évolution à moyen terme vers une arthrodèse radio-carpienne.

Il a fixé ce taux en se basant sur la table 5 de la SUVA relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses (disponible sur : https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-05---atteinte-a-l-integrite-resultant-d--arthroses--2870/5.F).

Dans son rapport complémentaire du 13 décembre 2021, le Dr C_____ a confirmé son appréciation, après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales, dont le rapport des HUG du 4 octobre 2021 (dossier intimée pièces 357 et 360 p. 7) qui relevait qu'au dernier contrôle du 22 septembre 2021, les flexions-extensions du poignet (droit) étaient 20/0/50 et la prosupination 90/0/30.

En considérant que le taux de son atteinte à l'intégrité devrait être de 50%, en raison de ses limitations fonctionnelles et de la prosupination insuffisante évoquée dans le rapport des HUG précité, le recourant se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr C_____. Or, aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de son atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation dudit médecin.

16.2 Aussi le taux de l'atteinte à l'intégrité arrêté à 15% sera-t-il confirmé.

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

18. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

L'intimée, représentée, qui obtient gain de cause, conclut à l'octroi de dépens.

Toutefois, étant une organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3), et compte tenu du fait que le recours n'est ni téméraire ni ne témoigne de légèreté et que la cause ne saurait être considérée comme complexe, l'intimée n'a pas droit à des dépens (dans ce sens : ATAS/1076/2018 du 21 novembre 2018 consid. 12).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare irrecevables les conclusions du recourant tendant au versement d'un complément d'indemnités journalières pour la période du 7 septembre 2018 au 31 mai 2021, ainsi qu'à la prise en charge d'une mesure de réinsertion.
2. Déclare le recours recevable pour le surplus.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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
Christine RAVIER	Karine STECK

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