

8 RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/556/2024

ATAS/970/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 décembre 2024

Chambre 10

En la cause

A _____
représenté par Me Sarah BRAUNSCHEMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard
PETITAT, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1984, a été engagé en tant que peintre pour le compte de la société B_____ (ci-après : l'employeuse), sise à Genève, et travaillait également comme monteur de vitre. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Le 24 juillet 2020, l'assuré a subi une intervention au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), consistant en un débridement, rinçage et suture en raison d'une plaie profonde à l'avant-bras droit avec atteinte du fascia des extenseurs et exposition du tiers distal du radius (cf. avis de sortie du 26 juillet 2020 et compte rendu opératoire du 29 juillet 2020 de la docteure C_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG).
- c.** Par déclaration de sinistre du 27 juillet 2020, l'employeuse a annoncé que l'assuré s'était coupé avec une disqueuse au dépôt le 24 juillet 2020.
- d.** Par rapport du 14 août 2020, les docteurs D_____ et E_____, respectivement médecin chef de clinique et médecin interne au service de chirurgie orthopédique et traumatologique des HUG, qui ont examiné l'assuré le 13 août 2020, ont conclu à une algoneurodystrophie (ci-après également : syndrome douloureux complexe régional [CRPS ou SDRC]) avec dystonie probable.
- e.** Le 4 septembre 2020, l'assuré s'est soumis à une radiographie de l'épaule droite et à une radiographie du coude droit. Dans son rapport du même jour, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à l'absence de fracture notable, à des axes et interlignes articulaires physiologiques, à une minéralisation osseuse conservée, à l'absence de lésion osseuse suspecte et à des parties molles sans anomalie visible.
- f.** Suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule réalisée le 4 septembre 2020, le Dr F_____ a signalé, dans son rapport du 7 septembre 2020, une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire congestive avec bursite sous-acromio-deltaïdienne et capsulite aiguë congestive.
- g.** Par rapport du 11 septembre 2020 relatif à une IRM du coude droit réalisée le 8 septembre 2020, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a noté que l'aspect était compatible avec une tendinopathie d'insertion du tendon commun des extenseurs pouvant être post-traumatique et qu'il n'y avait pas d'épanchement articulaire significatif, ni de lésion osseuse post-traumatique ou musculaire.
- h.** Par rapport du 2 octobre 2020, la docteure H_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitante de l'assuré, a posé les diagnostics de

contusions de l'épaule, du bras, de la main et du poignet droits, de capsulite rétractile aiguë et de plaie ouverte de l'avant-bras. Les douleurs au membre supérieur droit (épaule, coude et poignet) et l'impotence fonctionnelle (la sous-utilisation du membre supérieur droit) persistaient malgré les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la physiothérapie. Le patient présentait une kinésiophobie pouvant influencer défavorablement le processus de guérison.

i. Le 5 octobre 2020, la SUVA a reçu le rapport initial LAA rempli par un médecin des HUG, mentionnant que l'assuré avait reçu un panneau de verre sur l'avant-bras droit par projection tombée d'une grue. Il présentait une plaie de la face dorsale de l'avant-bras droit en « V » du côté ulnaire d'environ 12 cm de longueur, sans atteinte du fascia musculaire, mais avec un hématome sous-cutané important sur un saignement à bas bruit au moment de l'examen.

j. Selon une note téléphonique du 28 octobre 2020, l'assuré a indiqué à un gestionnaire de la SUVA que l'accident avait été mal déclaré par l'employeuse et qu'il ne s'était pas coupé [l'avant-bras] au dépôt et que l'accident était « de la faute du grutier ».

k. Le 11 novembre 2020, l'assuré a transmis à la SUVA un courrier du même jour adressé à son employeuse afin de relever qu'il avait été victime d'un accident de travail sur un chantier à Châtelaine le 24 juillet 2020, au cours duquel un chariot de vitres était tombé sur son bras droit.

l. Par rapport du 14 décembre 2020, la Dre H_____ a fait état d'une symptomatologie douloureuse persistante du membre supérieur droit et de l'épaule droite. Aucun changement n'était constaté malgré le traitement en cours et l'assuré semblait sous-utiliser le membre supérieur droit par kinésiophobie.

m. Le 19 janvier 2021, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une épaule gelée post-traumatique. Une lésion du nerf brachial droit n'étant pas exclue, l'assuré était envoyé chez une spécialiste dans le but d'effectuer un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) et exclure une lésion nerveuse. Un protocole d'auto-étirement avec infiltration gléno-humérale et une balnéothérapie étaient proposés pour le traitement de l'épaule gelée.

n. Par rapport du 29 janvier 2021, le Dr I_____ a diagnostiqué une épaule gelée droite post-traumatique (accident de juillet 2020) et une lésion du membre supérieur droit post-traumatique (accident de juillet 2020) à confirmer. Il a fait état d'une épaule droite douloureuse et raide avec une hyposensibilité, une hypotrophie musculaire, une hyporéflexie et une faiblesse du membre supérieur droit accompagnée de paresthésie.

o. Dans une appréciation du 16 février 2021, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a considéré que l'assuré présentait une épaule gelée avec une symptomatologie neurologique en

cours d'investigation et que l'incapacité de travail était justifiée, à tout le moins jusqu'à réception du rapport de consultation neurologique.

p. Le 22 février 2021, la docteure K_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que l'ENMG du membre supérieur droit se trouvait dans les normes et que l'hypothèse d'une lésion du plexus brachial à l'origine de la limitation de la mobilité du membre supérieur droit pouvait être écartée.

q. Dans une appréciation du 1^{er} mars 2021, le Dr J_____ a indiqué qu'il retenait une incapacité de travail, s'agissant d'un peintre avec une capsulite rétractile sans lésion neurologique. Le pronostic était favorable, mais long. Interrogé sur une éventuelle augmentation de la capacité de travail, il ne s'est pas prononcé.

r. Le 14 avril 2021, la Dre H_____ a relaté que la symptomatologie de l'épaule droite était restée inchangée, malgré l'infiltration de corticoïdes du 22 janvier 2021. Le Dr I_____ avait adressé l'assuré au docteur L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qui conseillait la poursuite de la physiothérapie intensive.

s. Dans un rapport du 21 mars 2021, le Dr L_____ a notamment indiqué ne pas avoir, à ce jour, clairement identifié les critères d'un CRPS en se basant sur les critères de Budapest. Il était toutefois possible que l'assuré ait présenté initialement ces critères et qu'il se trouvait actuellement dans une phase froide, voire plutôt séquellaire. Le patient présentait une amyotrophie du bras droit, d'importantes raideurs articulaires associées, des douleurs à la palpation profonde de tout le bras droit et une hypoesthésie au toucher superficiel et au piqué de tout le bras droit. Il a constaté une exclusion du bras droit avec des représentations erronées que se faisait l'assuré de son bras.

t. L'assuré a séjourné du 29 juin au 27 juillet 2021 au sein de la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Selon l'avis de sortie du 28 juillet 2021, la docteure M_____, médecin assistante à la CRR, a posé, à titre de diagnostic principal, une algoneurodystrophie dans le contexte d'un traumatisme de l'avant-bras du 24 juillet 2020, avec une infiltration le 22 janvier 2021 sans effet. À titre de diagnostic secondaire, elle a retenu un PTSD [NDR : syndrome de stress post-traumatique] à la suite du traumatisme du 24 juillet 2020. Comme antécédents chirurgicaux, elle a noté un débridement et lavage de plaie profonde au niveau de l'avant-bras et une suture le 24 juillet 2020, ainsi qu'une fracture de l'extrémité distale de l'ulna avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2004. L'assuré se trouvait en incapacité de travail complète dans la profession habituelle de monteur de vitres pour la période du 29 juin au 28 août 2021.

u. Le 25 août 2021, la docteure N_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et chef de clinique à la CRR, et la Dre M_____ ont rendu un rapport final relatif au séjour de l'assuré. Ont notamment été mentionnés, à titre de diagnostics principaux, un traumatisme de l'avant-bras droit avec une plaie profonde du 24 juillet 2020, un CRPS de type I du membre supérieur droit et un

trouble de l'adaptation avec surtout des symptômes de type PTSD (F43.28). Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec surtout des symptômes de type PTSD, des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le patient, ce dernier sous-estimant de façon importante ses propres capacités fonctionnelles, présentant une cotation élevée de la douleur et étant centré sur celle-ci. D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail, comme la mauvaise maîtrise du français, et l'absence de formation, de contrat de travail et de permis de séjour. Les limitations fonctionnelles provisoires concernaient le port de charge de plus de 2.5 kg, le travail avec le membre supérieur droit nécessitant de la force ou des mouvements répétés, étant relevé que ces restrictions correspondaient à l'effort consenti par l'assuré au vu de son autolimitation en lien avec les douleurs. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, et un suivi psychologique pourraient permettre d'améliorer les capacités fonctionnelles.

Étaient annexés plusieurs documents, dont un rapport du 12 juillet 2021 à la suite d'une scintigraphie osseuse du 12 juillet 2021, concluant à un examen parlant en faveur d'une algodystrophie « scintigraphiquement » active, ainsi qu'un rapport de radiographie du coude et de l'épaule droits du 1^{er} juillet 2021.

v. Le 28 août 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).

w. Invité à se déterminer sur le rapport de la CRR, le Dr J_____ a, par appréciation du 4 octobre 2021, confirmé le diagnostic du CRPS en indiquant que la scintigraphie le démontrait. À la question de savoir si le CRPS était en relation causale selon le degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement du 24 juillet 2020, il a répondu « probablement ».

x. Le 17 janvier 2022, la Dre H_____ a fait état d'une péjoration au niveau de la main droite. Durant les séances d'ergothérapie, quand l'assuré ouvrait la main droite, il ne pouvait plus la fermer. Il présentait en outre une aggravation de son état psychologique et elle s'interrogeait sur un éventuel syndrome de stress post-traumatique.

y. Dans un rapport du 28 mars 2022, Madame O_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, a conclu à un tableau clinique classiquement retrouvé chez les victimes d'état de stress post-traumatique. Ce tableau associait des symptômes somatiques, des troubles psychologiques et des dysfonctionnements sociaux. Faute d'un traitement médical approprié, cet état pouvait évoluer vers une chronicité. Devant la sévérité des troubles présentés, le maintien du traitement médical s'avérait nécessaire, car son interruption présenterait un risque important pour la santé de l'assuré.

z. Le 6 avril 2022, à la suite d'un examen médical de l'assuré, le Dr J_____ a retenu, à titre de diagnostics, un traumatisme de l'avant-bras avec une plaie profonde du coude au niveau du membre supérieur droit le 24 juillet 2020, une révision de la plaie en salle d'opération le 24 juillet 2020, un SDRC de type I au membre supérieur droit, une atrophie musculaire proximale du membre supérieur droit centimétrique et un trouble de l'adaptation avec un symptôme de type PTSD. Sur le plan objectif, il existait une importante atrophie de tout le membre supérieur droit, douloureux à la palpation superficielle de manière diffuse, ainsi qu'une importante raideur au niveau de l'épaule, du coude, du poignet et de la main, la pro-supination étant cependant épargnée. L'état n'était pas stabilisé et la poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie était nécessaire. Il suggérait de présenter le dossier au médecin-conseil psychiatre et préconisait une consultation auprès du service de la douleur des HUG.

aa. Dans une appréciation du 8 juin 2022, le docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la SUVA, a conclu qu'il n'y avait aucune information quant à une éventuelle antériorité dans ce cas. Il existait effectivement un contexte avec des facteurs étrangers à l'accident, à savoir le statut précaire de l'assuré et son isolement social. S'il s'agissait d'un état de stress post-traumatique, comme décrit et détaillé dans le rapport de la psychologue, il ne pouvait qu'être mis en relation avec l'accident vécu ou subi par l'assuré. Il faudrait retenir la causalité naturelle comme étant probable. Toutefois, il existait « un gros bémol dans cette situation » et il convenait d'observer l'évolution, puisqu'il y avait des indicateurs d'un risque de chronicisation avec un assuré qui risquait très fortement de rester symptomatique assez durablement. Il persistait également des symptômes séquellaires au niveau de l'avant-bras droit sous la forme de douleurs, de sorte que le tableau somatique n'était pas encore stabilisé.

bb. Dans un rapport complémentaire du 10 août 2022, O_____ a indiqué que le processus de désensibilisation suivant la méthode EMDR avait dû être stoppé, la situation incertaine et désécurisante actuelle ne permettant pas des conditions optimales pour un tel travail. L'indication d'une prise en charge EMDR était maintenue au vu du diagnostic de PTSD, toutefois, l'importance était mise sur le contexte présent de l'assuré. Un traitement médicamenteux avait été entamé en mars 2022, mais les possibilités thérapeutiques étaient limitées par la précarité de l'assuré.

cc. Dans une nouvelle appréciation du 14 septembre 2022, le Dr P_____ a conclu que, compte tenu de la nature des accidents et de la succession des atteintes au niveau de l'avant-bras droit, le diagnostic d'état de stress post-traumatique semblait plausible. Il convenait de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident et la symptomatologie psychique présentée. Il ne retenait pas de notion d'antériorité. À

titre de facteur de contrainte psychique étranger à l'accident, il a relevé un conflit avec l'employeuse qui aurait fait une fausse déclaration au sujet de l'accident.

dd. Le 7 septembre 2022, le docteur Q_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et co-responsable du Centre douleur aux HUG, a diagnostiqué un SDRC de type I du membre supérieur droit et un syndrome douloureux régional complexe. À titre d'antécédents et de comorbidités pertinentes, il a mentionné un *status* post-traumatisme de l'avant-bras droit avec plaie profonde et un PTSD à la suite du traumatisme du 24 juillet 2020.

ee. Dans un rapport du 24 octobre 2022, le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu, à titre de diagnostics, une contusion de l'épaule et du bras droits, une capsulite rétractile aiguë, une plaie ouverte de l'avant-bras et une contusion de la main et du poignet droits. Il a fait état d'un *statu quo*, avec un membre supérieur droit douloureux et hypotrophique. Le pronostic était stationnaire.

ff. En date du 26 octobre 2022, le Dr Q_____, consulté le 17 octobre 2022, a confirmé les diagnostics de CRPS de type I du membre supérieur droit et de syndrome douloureux régional complexe (MG30.04).

gg. Dans un rapport du 9 janvier 2023, le Dr J_____ a retenu, après nouvel examen de l'assuré le 5 janvier 2023, les diagnostics de traumatisme de l'avant-bras avec plaie profonde du coude au niveau du membre supérieur droit le 24 juillet 2020, de révision de la plaie en salle d'opération le 24 juillet 2020, d'atrophie musculaire proximale du membre supérieur droit centimétrique, de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit, et de trouble de l'adaptation avec symptôme de type PTSD. L'état de l'assuré était en voie de stabilisation et les critères de Budapest n'étaient plus remplis. Le diagnostic de séquelle de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit était retenu. Un sevrage strict de l'appareillage thoraco-brachial avec la poursuite de la physiothérapie étaient proposés. Après trois mois, l'état devrait être stabilisé, à moins d'une récupération spectaculaire du membre supérieur droit auquel cas il serait nécessaire d'effectuer un nouvel examen.

hh. Le 27 mars 2023, la Dre H_____ a notamment conclu que l'état du patient était stationnaire et que le membre supérieur droit était toujours douloureux et hypotrophique.

ii. Dans une appréciation du 31 mars 2023, le Dr J_____ a confirmé les troubles précédemment retenus et considéré que l'état était stabilisé. La poursuite de la physiothérapie n'avait pas apporté d'évolution, le membre supérieur droit étant resté non utilisé. Il n'y avait pas de notion quant au sevrage de l'appareil thoraco-brachial dans le rapport détaillé de la Dre H_____, mais ce document décrivait une stagnation de la situation. L'exigibilité dans une activité lourde n'était plus donnée. Le membre supérieur droit était actuellement non fonctionnel, sans diagnostic somatique expliquant cette absence de fonction. Les limitations

fonctionnelles définitives concernaient le port de charges supérieures à 2.5 kg coude au corps, le travail avec le membre supérieur droit, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétitifs du membre supérieur droit et les activités coude décollé. Une activité monomanuelle stricte du membre supérieur gauche était indiquée, le membre supérieur droit n'étant utile que pour stabiliser un objet sans force importante. Ces restrictions étaient en rapport avec une non-utilisation du membre supérieur droit sans substrat somatique. Sur le plan objectif et théorique, les limitations fonctionnelles devraient être minimales et tenir compte d'une atrophie proximale du membre supérieur droit.

L'atteinte à l'intégrité était estimée à 10%, sur la base de la table n°1 d'indemnisation d'atteinte à l'intégrité selon la loi, atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, coude mobile entre flexion et extension de 90-30-0°, sans autre atteinte objectivable.

jj. Par appréciation complémentaire du 9 juin 2023, le Dr J_____ a précisé que, sur les bases des restrictions énoncées lors de l'examen du 31 mars 2023, la capacité de travail était complète sans limitation de temps ni de rendement.

- B.**
- a.** Par courrier du 13 juin 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'au regard de l'examen médical subi récemment, il n'avait plus besoin de traitement et qu'elle allait mettre fin aux paiements des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} juillet 2023. Un examen était en cours pour savoir s'il avait droit à d'autres prestations d'assurance, dont une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Une pleine capacité de travail était possible à 100% dès ce jour et sans perte de rendement, dans une activité sans port de charges supérieures à 2.5 kg coude au corps, sans travail avec le membre supérieur droit, sans activités nécessitant de la force ou des mouvements répétitifs du membre supérieur droit et sans activités coude décollé.
 - b.** Par décision du 31 juillet 2023, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit un montant de CHF 14'820.-, et conclu qu'il n'existait pas de droit à une rente d'invalidité, la perte de gain étant insuffisante. Sur la base des constatations médicales, l'assuré était à même de déployer une pleine capacité de travail dans une activité légère ménageant le bras droit, malgré les séquelles de l'accident. Outre les séquelles organiques, des troubles psychiques réduisaient aussi sa capacité de gain, mais il ressortait des éléments d'appréciation qu'ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Le gain de valide était fixé à CHF 64'708.- et celui d'invalidité à CHF 63'899.-. Ce dernier était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2020, niveau de compétence 1, comprenait une adaptation à la durée normale de travail de 41.7 heures, une indexation à l'évolution des salaires nominaux et un abattement de 5% pour les limitations fonctionnelles et la situation personnelle de l'assuré. La perte de gain s'élevait à 1.25%, arrondie à 1%. Une diminution notable de la capacité de gain n'existant pas, elle ne pouvait lui allouer une rente d'invalidité.

c. Le 1^{er} septembre 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocate, a formé opposition à la décision précitée. Il a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité et estimé que l'atteinte à l'intégrité devait être fixée à 50%.

d. Par complément d'opposition du 30 octobre 2023, il a conclu à l'annulation de la décision et a contesté l'appréciation médicale de ses limitations, relevant avoir développé, en raison des lésions de son bras, des douleurs aux cervicales et à l'épaule qui l'empêchaient d'effectuer une activité même légère. L'atteinte psychique était entièrement incapacitante et en lien de causalité avec l'accident. L'atteinte à l'intégrité retenue par la SUVA était trop faible et ne prenait pas en compte toutes ses limitations.

e. Par décision sur opposition du 17 janvier 2024, la SUVA a confirmé sa décision du 31 juillet 2023 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

Elle n'avait pas tenu compte, à juste titre, des troubles psychiques dans l'examen du droit aux prestations. L'accident dont avait été victime l'assuré pouvait être rattaché, tout au plus, à la catégorie des accidents de gravité moyenne au sens strict. S'agissant des critères permettant d'admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, seuls deux critères sur sept dégagés par la jurisprudence pouvaient éventuellement être considérés comme réalisés.

S'agissant de la rente d'invalidité, elle a rappelé que le Dr J_____ avait expliqué, dans son appréciation du 30 mars 2023, que le caractère non fonctionnel du membre supérieur droit ne s'expliquait par aucun diagnostic somatique et que, objectivement, les limitations fonctionnelles étaient minimales. Il ressortait du rapport de la CRR que dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec symptôme de type PTSD, des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations de l'assuré, soit une sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles et une cotation élevée de la douleur. Les rapports du Dr Q_____ allaient dans ce sens, à savoir que la nature de son affection n'était plus un problème de plaie localisée. Quant aux troubles cervicaux et de l'épaule, il ressortait des appréciations du Dr J_____ que les cervicales et épaules de l'assuré avaient été examinées et considérées, étant précisé que l'IRM de l'épaule droite réalisée le 4 septembre 2020 avait mis en évidence une arthropathie de nature dégénérative. Le Dr J_____ s'était prononcé en toute connaissance de cause et ses appréciations devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. La non-utilisation complète du membre supérieur droit ne s'expliquait pas par des troubles en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, aucun élément ne permettait de s'écarter des conclusions du Dr J_____. Il l'avait évaluée à 10% en se référant à la table 1 d'indemnisation d'atteinte à l'intégrité selon la LAA, compte tenu d'une raideur du coude, d'un flexum de 40° et d'une flexion maximale à 90°.

- C. a. Par acte du 16 février 2024, l'assuré, représenté par son avocate, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la

décision précitée. Il a conclu, préalablement, à pouvoir compléter son recours à réception de l'intégralité de son dossier. Principalement, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise, à la constatation du lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident, à la contestation du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, à la constatation du droit à une rente d'invalidité de 50%, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision, avec prise en compte de l'ensemble de ses troubles.

Le recourant a reproché à l'intimée de ne pas avoir retenu l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident, lequel avait été impressionnant, son employeuse ayant même déclaré qu'il s'était coupé avec une meuleuse au dépôt afin d'éviter d'assumer sa responsabilité. Compte tenu des mauvaises informations initiales, les médecins des HUG n'avaient pris en compte que la plaie ouverte, sans effectuer de recherches ni de soins pour le choc à l'épaule, lequel avait causé les lésions principales. Il existait donc une erreur de diagnostic initiale, qui avait entraîné les problèmes actuels au niveau du bras.

L'intimée n'avait pas correctement apprécié ses limitations fonctionnelles qui concernaient son bras dominant. Il portait son bras en écharpe et ne pouvait pas du tout l'utiliser. Dans un tel cas, un abattement dans le salaire statistique de 10% à tout le moins devait être retenu. Au vu de la limitation complète de son bras droit et de ses troubles psychiques encore présents, il disposait uniquement d'une capacité de travail de 50%.

Compte tenu de la gravité de l'atteinte à l'épaule, il devait lui être alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevée.

b. Dans son complément du 21 mai 2024, le recourant a sollicité la suspension de la présente procédure, jusqu'à réception de l'expertise bidisciplinaire mandatée par l'OAI, qui estimait que sa situation médicale n'était pas suffisamment claire, notamment au plan rhumatologique. Le résultat de cette expertise permettrait d'éclairer la chambre de céans dans le cadre de la présente cause, dans la mesure où il contestait la capacité de travail retenue et les limitations fonctionnelles évaluées.

Le recourant a également indiqué qu'il avait dû repartir au Kosovo à la suite d'une décision administrative l'y contraignant. Il ne pouvait pas bénéficier d'un suivi médical pointu à l'heure actuelle et n'était par conséquent pas en mesure de produire de nouveaux éléments médicaux détaillés. Il considérait dès lors que l'expertise mise sur pied par l'OAI lui permettrait d'étayer son recours et de faire pleinement valoir son droit d'être entendu.

c. Par courrier du 23 mai 2024, le recourant a transmis à la chambre de céans sa convocation du 12 juin 2024 pour l'expertise médicale mise sur pied par l'OAI.

d. Dans sa réponse du 29 mai 2024, l'intimée s'en est rapportée à justice quant à la requête de suspension du recourant et a conclu, sur le fond, au rejet du recours, renvoyant intégralement à la décision sur opposition du 17 janvier 2024.

e. La chambre de céans a ordonné la production du dossier de l'OAI par ordonnance du 21 juin 2024. Celui-ci contenait notamment :

- la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 28 août 2021 ;
- un rapport final de mesure d'ordre professionnel (ci-après : MOP) de la division professionnelle de l'OAI du 26 janvier 2023 ;
- deux rapports médicaux des 17 septembre 2021 et 6 octobre 2023 de la Dre H_____ ;
- un rapport final du 4 novembre 2022 des Établissement publics pour l'intégration (ci-après : EPI) ;
- un rapport du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR).

f. Par courrier du 27 août 2024, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

g. Le 10 septembre 2024, une copie de cette écriture a été adressée au recourant.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 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.

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56ss LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 17 janvier 2024, par laquelle l'intimée a statué sur les droits du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. Dans son écriture du 21 mai 2024, le recourant a sollicité, à titre préalable, la suspension de la présente procédure jusqu'à ce que l'expertise bidisciplinaire mise en œuvre par l'OAI soit rendue. Il a fait valoir que sa situation médicale n'était pas suffisamment claire, notamment sur le plan rhumatologique, et qu'il contestait la

capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée. Le résultat de l'expertise permettrait d'éclairer son état de santé.

3.1 Selon l'art. 14 al. 1 LPA, lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut, le cas échéant, être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions.

Cette disposition est une norme potestative et son texte ne prévoit pas la suspension systématique de la procédure chaque fois qu'une autorité civile, pénale ou administrative est parallèlement saisie. La suspension de la procédure ne peut pas être ordonnée chaque fois que la connaissance du jugement ou de la décision d'une autre autorité serait utile à l'autorité saisie, mais seulement lorsque cette connaissance est nécessaire parce que le sort de la procédure en dépend. Une procédure ne saurait dès lors être suspendue sans que l'autorité saisie n'ait examiné les moyens de droit qui justifieraient une solution du litige sans attendre la fin d'une autre procédure. Cette approche est imposée par l'interdiction du déni de justice et l'obligation de respecter le principe de célérité tel que prévu par l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Interprété à la lumière de ce dernier principe, l'art. 14 al. 1 LPA interdit ainsi d'attendre la décision d'une autre autorité, même si celle-ci est susceptible de fournir une solution au litige, si ledit litige peut être tranché sans délai sur la base d'autres motifs (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, Berne 2017, n° 203 – 204 *ad* art. 14 LPA).

3.2 Dans le cas présent, si le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique pourra certainement apporter des informations utiles à la présente procédure, ce document ne se prononcera en revanche pas sur le lien de causalité entre les différentes atteintes à la santé présentées par le recourant et l'accident assuré, de sorte qu'il ne sera vraisemblablement pas suffisant pour trancher le litige.

Par conséquent, la requête de suspension de la procédure est refusée.

- 4.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, 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 de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de

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

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

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

Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'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, 1^{ère} phrase).

4.1 Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend ainsi à toutes les conséquences des atteintes à la santé qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec un évènement accidentel (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.2).

4.1.1 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 (condition sine qua non) ; il n'est pas en revanche pas nécessaire que l'évènement accidentel en cause soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 146 V 51 consid. 5.1 ; 142 V 435 consid. 1).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce

dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2).

4.1.2 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement accidentel et l'atteinte à la santé subie par l'assuré ; un tel lien existe 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; 129 V 177 consid. 3.2).

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 évènement 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'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet évènement (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 ; 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).

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 ; 115 V 133 consid. 6 ; 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 (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_622/2015 du 25 août 2016 consid.3 ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 *in* SVR 2013 UV n° 3 p. 8 ; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 *in* SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3).

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. Cela signifie également que l'assureur-accidents doit être au clair s'agissant des troubles somatiques. Ces principes valent en particulier pour l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident, notamment lorsque le critère de la durée et du degré de l'incapacité de travail pour les troubles physiques devait être examiné, ce qui suppose que l'assureur-accidents se fonde sur une documentation médicale probante et complète pour les atteintes accidentelles somatiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références). 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 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, 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. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

Par conséquent, si le juge des assurances sociales - saisi d'un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte -, parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien de causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5).

4.2 Le CRPS est un terme générique pour désigner les tableaux cliniques qui touchent les extrémités. Il se développe après un événement dommageable et entraîne chez la personne concernée des douleurs persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Le CRPS I (anciennement appelé syndrome de Sudeck ou dystrophie sympathique réflexe) est une maladie du membre qui survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire d'innervation d'un nerf. Elle est divisée en trois stades : I, stade inflammatoire ; II, dystrophie ; III, atrophie (irréversible). Le CRPS II (anciennement appelé causalgie) se caractérise par des douleurs de type brûlures et des troubles du système nerveux sympathique résultant d'une lésion nerveuse périphérique définie. Les signes ou symptômes cliniques d'un CRPS sont des douleurs de type brûlures difficilement localisables (par exemple allodynie ou hyperalgésie), associées à des troubles sensitifs, moteurs et autonomes (entre autres œdèmes, troubles de la température et de la sécrétion sudorale, éventuellement troubles trophiques de la peau, modifications des ongles, augmentation locale de la croissance des poils). L'évolution peut se faire vers une résorption osseuse (déméralisation), une ankylose ainsi qu'une perte fonctionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2). Ce sont les critères dits de Budapest qui fondent le diagnostic de CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 3 ; ATAS/418/2024 du 30 mai 2024 consid. 7.1).

La pose du diagnostic de CRPS requiert ainsi, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits : 1. une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur ; 2. le patient doit avoir au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : sensorielle (hyperesthésie et/ou allodynie), vasomotrice (asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau), sudomotrice/œdème (œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation), motrice/trophique (diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice [faiblesse, tremblements, dystonie] et/ou changements trophiques [poils, ongles, peau]) ; 3. le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : sensorielle (hyperalgésie [piqûre] et/ou allodynie [au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation]), vasomotrice (différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau), sudomotrice/œdème (œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation), motrice/trophique (diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice [faiblesse, tremblement, dystonie] et/ou changements trophiques [poils, ongles, peau]) ; 4. il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques. En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un CRPS ; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76%. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2024 du 30 septembre 2024 consid. 6.2 et les références médicales).

S'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré, dans l'arrêt 8C_384/2009 du 5 janvier 2010, que trois conditions cumulatives devaient être remplies : 1. la preuve d'une lésion physique après un accident (par exemple un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; 2. l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par exemple un état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; 3. une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines). La question de la causalité entre un accident et un CRPS doit être résolue en étudiant en particulier l'évolution en fonction du temps et en prenant en compte les critères de Budapest ainsi que d'autres facteurs ayant marqué significativement le décours. Ce n'est qu'une fois que l'expert a posé un diagnostic de CRPS qu'il faut, s'agissant de la causalité accidentelle, démontrer

qu'une lésion corporelle de l'extrémité concernée s'est bien produite. Si tel est le cas, se pose alors la question de savoir si le CRPS est apparu durant la période de latence correspondante de six à huit semaines (arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2024 du 30 septembre 2024 consid. 6.2 et les références médicales). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

5.

5.1 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur

spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

5.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b 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).

5.4 Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément

à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

6. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 17 janvier 2024, l'intimée a confirmé que la perte de gain du recourant était insuffisante pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité et que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être fixé à 10%. Elle a notamment considéré que les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et que la non-utilisation complète du membre supérieur droit ne s'expliquait pas par des troubles en relation de causalité naturelle avec le sinistre, précisant que les limitations fonctionnelles étaient minimes, considérant les seules séquelles accidentelles.

Ces conclusions sont essentiellement fondées sur les appréciations du Dr J_____.

6.1 Dans sa première détermination du 16 février 2021, ce médecin a fait état d'une épaule gelée avec une symptomatologie neurologique en cours d'investigation.

Le 1^{er} mars 2021, il a retenu une capsulite rétractile sans lésion neurologique et indiqué que la capacité de travail était nulle.

Dans son appréciation du 4 octobre 2021, il a posé le diagnostic du CRPS, estimant que celui-ci était démontré par la scintigraphie. Il a considéré que ce trouble était, au degré de la vraisemblance prépondérante, probablement en relation causale avec l'accident du 24 juillet 2020.

Le 6 avril 2022, à la suite d'un examen médical du recourant, il a notamment conclu à un SDRC de type I au membre supérieur droit, à une atrophie musculaire proximale du membre supérieur droit centimétrique et à un trouble de l'adaptation avec un symptôme de type PTSD. Sur le plan objectif, il a constaté une importante atrophie de tout le membre supérieur droit, douloureux à la palpation superficielle de manière diffuse, ainsi qu'une importante raideur au niveau de l'épaule, du coude, du poignet et de la main.

Dans son rapport du 9 janvier 2023, à la suite d'un nouvel examen clinique de l'intéressé, le Dr J_____ a relevé que ce dernier présentait des douleurs importantes dont le score au « questionnaire de DN4 » [NDR : questionnaire douleur neuropathique en quatre questions] était de 8/10, ce qui laissait entendre une douleur « d'allure neuropathique sans substrat organique ». Il a relaté que l'intéressé décrivait, au niveau dermatologique, une peau parcheminée avec une discoloration du membre supérieur droit, qu'il portait une attelle thoraco-brachiale, que sa main était enflée et que les mesures montraient une importante atrophie du membre supérieur droit avec un œdème distalement. Au niveau de l'épaule droite, il a relevé une fonte de la musculature proximale scapulaire, un abaissement de l'épaule et une épaule raide. Il a notamment indiqué : « les critères de Budapest ne sont plus remplis en particulier, le diagnostic de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit est retenu ».

Par appréciation du 31 mars 2023, qui reprend en substance celle du 5 janvier 2023, le Dr J_____ a retenu les diagnostics de traumatisme de l'avant-bras avec plaie profonde du coude au niveau du membre supérieur droit le 24 juillet 2020, de révision de la plaie en salle d'opération le 24 juillet 2020, d'atrophie musculaire proximale du membre supérieur droit centimétrique, de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit et de trouble de l'adaptation avec symptôme de type PTSD. L'exigibilité dans une activité lourde n'était plus donnée et le membre supérieur droit était non-fonctionnel sans qu'un diagnostic somatique n'explique cette absence de fonction. Les limitations fonctionnelles définitives concernaient le port de charges limitées à 2.5 kg coude au corps, le travail avec le membre supérieur droit, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétitifs du membre supérieur droit et les activités coude décollé. Le médecin-conseil a précisé que ces restrictions étaient en rapport avec une non-utilisation du membre supérieur droit « sans substrat somatique » et que, « sur le plan objectif et théorique », les limitations fonctionnelles devraient être minimales et tenir compte d'une atrophie proximale du membre supérieur droit.

Enfin, dans son appréciation complémentaire du 9 juin 2023, il a indiqué que, sur les bases des restrictions énoncées dans son précédent rapport, la capacité de travail était complète sans limitation de temps ni de rendement.

6.2 La chambre de céans relève tout d'abord un manque de motivation et de précision s'agissant des atteintes à la santé présentées par le recourant.

6.2.1 En effet, le Dr J_____ a retenu le diagnostic d'épaule gelée dans son appréciation du 16 février 2021 et celui de capsulite rétractile dans son avis du 1^{er} mars 2021. Il n'en a plus fait mention dans ses rapports ultérieurs, ce qui laisse supposer qu'il les a éliminés au profit d'un SRDC dans un premier temps, puis d'une non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit sans substrat somatique dans un second temps.

En l'absence de toute argumentation médicale, ces changements successifs inexpliqués engendrent une confusion importante. Une discussion relative à la compatibilité de ces différents diagnostics, à leurs évolutions et à leurs éventuelles interactions aurait à tout le moins été nécessaire.

6.2.2 De plus, dans son rapport du 9 janvier 2023, le Dr J_____ a écarté l'existence d'un CRPS de type I au membre supérieur droit, diagnostic qu'il avait pourtant clairement admis dans ses appréciations des 4 octobre 2021 et 6 avril 2022, pour retenir une « non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit ».

Cette évaluation n'est pas motivée à satisfaction, puisque le médecin-conseil s'est contenté d'affirmer que les critères de Budapest n'étaient plus remplis, sans même les passer en revue, alors que son rapport fait état d'éléments correspondant aux critères pertinents. À titre d'exemples, il a constaté une enflure de la main droite, un œdème du membre supérieur droit, une importante raideur aux niveaux de

l'épaule, du coude, du poignet et de la main. L'intéressé ne décrivait aucune évolution depuis le dernier examen et continuait de se plaindre d'une douleur intolérable, de sensations de décharges électriques à l'intérieur du membre supérieur droit, puis d'un effet de compression, décrivant en outre une peau parcheminée avec une discoloration.

Compte tenu de ces éléments, le Dr J_____ ne pouvait pas écarter le diagnostic de CRPS sans procéder à une analyse minutieuse des critères de Budapest, ce d'autant plus qu'il avait précédemment admis l'existence de ce trouble, ainsi que sa « relation causale » avec l'accident, et que de nombreux rapports médicaux ont confirmé le CRPS (cf. rapport du 14 août 2020 des Drs D_____ et E_____ ; avis de sortie de la CRR du 28 juillet 2021 de la Dre M_____ ; rapport du 25 août 2021 des Dres N_____ et M_____), dont certains ont été rendus par un spécialiste du Centre douleur des HUG quelques mois seulement avant le dernier examen du médecin-conseil (cf. rapports des 7 septembre et 26 octobre 2022 du Dr Q_____).

6.2.3 On relèvera également que le médecin-conseil a décrit une raideur de l'épaule droite, mais également un abaissement de cette articulation. Ce constat ne ressort cependant pas du diagnostic d'atrophie musculaire, ni de celui de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur.

S'agissant de l'absence de « substrat somatique », il apparaît difficilement compréhensible, sans autre développement, puisque l'IRM de l'épaule droite du 4 septembre 2020 avait mis en exergue une bursite sous-acromio-deltoïdienne et une capsulite aigüe congestive. Or, un tel examen n'a plus été répété par la suite, seules une scintigraphie et des radiographies ayant été pratiquées dans le cadre du séjour du recourant à la CRR. Il est d'ailleurs surprenant que le Dr J_____ n'ait pas sollicité un bilan d'imagerie complet, étant encore rappelé que l'IRM du coude droit du 8 septembre 2020 avait révélé une tendinopathie pouvant être post-traumatique.

6.3 De surcroît, les conclusions du Dr J_____ concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant sont des plus confuses.

6.3.1 En effet, dans son rapport du 31 mars 2023, il a énoncé un certain nombre de restrictions, notamment le « travail avec le membre supérieur droit ». Il a d'ailleurs précisé qu'une « activité monomanuelle stricte » du membre supérieur gauche était indiquée et que le membre supérieur droit n'était « utile que pour stabiliser un objet », sans emploi de la force. Il a toutefois également mentionné que ces limitations étaient « en rapport avec une non-utilisation du membre supérieur droit sans substrat somatique », ajoutant que « sur le plan objectif et théorique », elles devraient être « minimales » et « tenir compte d'une atrophie proximale du membre supérieur droit ».

Ces dernières assertions ne sont pas compréhensibles. Qui plus est, les éventuelles restrictions « minimales » précitées n'ont même pas été listées. On perçoit

également mal les raisons pour lesquelles il conviendrait de prendre en considération l'atrophie du membre supérieur droit, qui résulte selon toute vraisemblance de sa non-utilisation, mais non cette dernière.

6.3.2 C'est le lieu de souligner que le Dr J_____ ne s'est pas prononcé expressément sur le lien de causalité entre les différentes atteintes à la santé et l'accident assuré, ni sur le taux de la capacité de travail du recourant, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Par ailleurs, lorsque l'intimée lui a demandé des précisions sur le rendement attendu, il a sommairement répondu que la capacité de travail était complète sans limitation de temps ni de rendement (cf. appréciation du 9 novembre 2023), ce qui semble peu compatible avec les limitations fonctionnelles précédemment retenues.

6.4 Dans ces conditions, la chambre de céans considère que les appréciations du Dr J_____ des 9 janvier et 31 mars 2023 ne sauraient se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

6.5 Elle remarquera encore que les manquements qui résultent des rapports du Dr J_____ se reflètent également dans la décision querellée de l'intimée.

Cette dernière a notamment indiqué que « la non-utilisation complète du membre supérieur droit ne s'explique pas par des troubles en relation de causalité naturelle avec l'accident et que rien n'autorise à s'écarter des conclusions du médecin d'assurance selon lesquelles, considérant les seules séquelles accidentelles, les limitations fonctionnelles sont minimales ».

Or, comme précédemment relevé, le Dr J_____ n'a pas précisé quelles atteintes étaient en lien de causalité naturelle avec le sinistre assuré, ni quelles limitations fonctionnelles « minimales » devraient être retenues sur le plan purement « théorique ». Partant, cette prise de position de l'intimée ne repose pas sur une évaluation médicale.

De plus, elle a indiqué qu'elle tenait compte d'un abattement de 5% dans le calcul du gain avec invalidité, « afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et des circonstances personnelles/professionnelles » de l'intéressé. Il est pour le moins surprenant que l'intimée ait pu définir le taux de l'abattement pour tenir compte de limitations qui n'ont pas été définies. Et on perçoit mal les raisons pour lesquelles elle a considéré que seule une activité adaptée entrerait en considération si les séquelles présentées par le recourant ne sont pas en relation de causalité avec le sinistre.

6.6 À toutes fins utiles, il sera observé que l'intimée s'est également référée, dans sa décision litigieuse, au rapport de la CRR et à ceux du Dr Q_____ pour retenir que la non-utilisation complète du membre supérieur droit ne s'expliquait pas par des troubles en relation de causalité naturelle avec l'accident. Selon elle, il ressort du rapport de la CRR que des facteurs contextuels, dans le cadre d'un trouble de

l'adaptation avec surtout un symptôme de type PTSD, jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le recourant, à savoir une sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles et une cotation élevée de la douleur chez un patient centré sur sa douleur. Elle a également indiqué que les rapports du Dr Q_____ allaient dans ce sens, à savoir que la nature de son affection n'était plus un problème de plaie localisée.

Ces documents ne permettent toutefois pas de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les limitations fonctionnelles au niveau somatique ne sont pas dues à l'accident. En effet, que des facteurs contextuels puissent jouer un rôle dans les plaintes et les limitations du recourant ne suffit pas pour exclure tout lien de causalité entre les troubles présentés et le sinistre assuré. L'intimée n'a par ailleurs pas pris en compte tous les diagnostics cités par lesdits rapports, à savoir notamment le CRPS. De plus, le rapport de la CRR du 25 août 2021 mentionne que ces plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour à la CRR, ce qui semble contredire les propos de l'intimée.

6.7 En conclusion, aucun élément médical au dossier ne permet de statuer, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, sur les troubles dont souffre le recourant, sur leur relation de causalité naturelle avec l'accident, sur les limitations fonctionnelles qui en découlent et sur l'évaluation de sa capacité de travail.

Dès lors que les atteintes somatiques n'ont pas été suffisamment investiguées, l'examen de la causalité adéquate entre l'accident du 24 juillet 2020 et les troubles psychiques est prématuré, conformément à la jurisprudence précitée en la matière.

Il en va de même concernant l'examen du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisque les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles dues à l'accident ne sont en l'état pas établies.

Il incombera à l'intimée de se déterminer sur ces questions une fois que les troubles somatiques auront été investigués et clarifiés.

6.8 Dans la mesure où l'instruction de l'intimée s'avère manifestement insuffisante, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle diligente une expertise dans le respect des exigences de l'art. 44 LPGA.

7. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'une avocate, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 17 janvier 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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