



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1632/2022

ATAS/1013/2023

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 décembre 2023**

**Chambre 2**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Martin AHLSTROM, avocat

contre

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

intimée

représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocate

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A. a.** Le 10 août 2018, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1989, père de deux enfants nés en 2014 et 2017 et vivant avec leur mère dans son pays d'origine, a fait l'objet d'une "déclaration de sinistre LAA" de la part de B\_\_\_\_\_ (ci-après: l'employeur), entreprise sise dans le canton de Genève, auprès de laquelle il travaillait depuis le 2 août 2018 pour une durée déterminée (jusqu'au 28 septembre 2018), en qualité de « manœuvre carrelage », avec un taux d'occupation contractuel de 100% (40h00 par semaine, correspondant à l'horaire normal chez l'employeur).

La date du sinistre indiquée était le 8 août 2018, et les faits étaient décrits comme suit : « trébucher sur l'escalier ». La lésion consistait en une fracture au bras gauche.

**b.** Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, l'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA, la caisse ou l'intimée), a pris en charge les suites de l'accident du 8 août 2018, par les frais de traitement et des indemnités journalières, et a instruit le cas, recevant notamment des avis médicaux.

**c.** Depuis le 3 septembre 2018, des certificats d'incapacité de travail à 100% pour accident ont été régulièrement établis et des séances de physiothérapie ont été prescrites à l'intéressé, dans un premier temps et jusqu'au 7 novembre 2018 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), plus précisément les docteurs C\_\_\_\_\_, chef de clinique, et D\_\_\_\_\_, médecin interne, lesquels ont, dans un compte rendu opératoire du 14 septembre 2018, diagnostiqué une « fracture cubitus diaphysaire à 3 semaines avec cal vicieux et déplacement secondaire » et décrit l'intervention chirurgicale réalisée le 3 septembre précédent (« cure de malunion par ostéotomie de correction et ostéosynthèse par plaque Synthes 2.4-3.5 mm ») mentionnant notamment que « la scopie [montrait] une bonne réduction de la fracture ».

À partir du 7 novembre 2018, des certificats d'incapacité totale de travail pour cause d'accident ont été établis par la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin généraliste traitante. Selon un rapport de celle-ci, l'intéressé souffrait encore de douleurs à l'avant-bras, au bras et à l'épaule gauche, rapportant une péjoration des symptômes depuis environ deux semaines, ce à quoi s'ajoutait une dorsalgie gauche ; « il [continuait] la physiothérapie et la prise des AINS : soulagement modéré ».

Les 29 novembre 2018 et 21 janvier 2019, des radiologues ont réalisé des imageries de l'avant-bras gauche, respectivement du corps entier.

Lors d'un entretien du 4 avril 2019 avec un collaborateur de la SUVA, l'assuré a décrit ainsi son « état actuel » : « Je n'arrive pas à tourner mon avant-bras. J'ai mal aux doigts et la douleur remonte jusque derrière mon épaule gauche ».

Entretemps, un suivi orthopédique a commencé le 28 mars 2019 auprès du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a établi le 29 mai 2019 un certificat d'incapacité totale de travail dès le 1<sup>er</sup> juin 2019, avec reprise à 100% prévue à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019.

Par la suite, l'intéressé a été suivi au plan orthopédique par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a, comme d'autres médecins (notamment le Dr H\_\_\_\_\_, médecin praticien) de son cabinet médical, attesté des incapacités de travail de 100% pour cause d'accident. Le 17 janvier 2020, le Dr G\_\_\_\_\_ a prévu une reprise du travail à 50% pour la mi-février 2020.

En parallèle, les 16 et 18 septembre 2019, à la suite d'une radiographie, respectivement une échographie des parties molles des mains et de l'avant-bras gauche, les docteurs I\_\_\_\_\_, respectivement J\_\_\_\_\_, tous deux radiologues FMH, n'ont pas noté d'anomalie, notamment osseuse ou articulaire.

Le 10 février 2020, la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du même cabinet que le Dr G\_\_\_\_\_, a rapporté une « ablation matériel (pour douleurs persistantes) le [7 janvier] 2020 » ainsi qu'« une limitation des amplitudes articulaires et un déficit de force de tout le membre supérieur gauche dans un contexte de déconditionnement ».

Le même jour, le docteur L\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a, à la suite d'une électroneuromyographie (ENMG), conclu à un examen neurophysiologique dans la norme et, en particulier, à l'absence de signe en faveur d'une neuropathie ulnaire du membre supérieur gauche.

Le 27 février 2020, le Dr G\_\_\_\_\_ a fait état du diagnostic de « status après ORIF en septembre 2018 dans le contexte d'une fracture de l'ulnaire gauche lors d'un accident du [8 août] 2018 » et a décrit l'opération chirurgicale à laquelle il avait procédé le 7 janvier 2020.

Le 10 mars 2020 a eu lieu un entretien entre l'assuré et un collaborateur de la SUVA.

Selon un rapport du 30 avril 2020 du docteur M\_\_\_\_\_, neurologue FMH, l'ENMG du membre supérieur gauche était parfaitement normal sans aucun signe d'atteinte neurologique périphérique pouvant expliquer la symptomatologie.

**d.** Du 7 juillet au 4 août 2020, l'assuré a séjourné au service de réadaptation de la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: CRR), qui a établi divers

documents, dont des rapports de « réadaptation de l'appareil locomoteur », d'ergothérapie et d'ENMG du 28 juillet 2020.

À teneur du rapport – de synthèse – du 21 août 2020, le diagnostic principal était une « fracture médio-diaphysaire transverse de l'ulna gauche non déplacée » le 8 août 2018, les diagnostics secondaires un « déplacement secondaire fracture ulna », une « section d'une branche d'un rameau dorsal du nerf ulnaire », une « neuropathie sensitive axonale focale d'une partie de la branche dorsale du nerf ulnaire gauche (ENMG du [28 juillet] 2020) » ainsi qu'un probable syndrome douloureux régional complexe actuellement au décours ». Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges avec la main gauche, activités nécessitant une force importante et des mouvements répétés du membre supérieur gauche. Les plaintes et limitations fonctionnelles de l'intéressé s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. les diagnostics) ; des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : cotation élevée de la douleur, patient restant centré sur les douleurs, kinésiophobie modérée, catastrophisme modéré, sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles, chez un patient anxieux. L'évolution subjective et objective était légèrement favorable. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme moyenne. Des incohérences avaient été relevées : selon les jours, les mesures d'amplitude étaient très variables, surtout au niveau de la mobilité de l'épaule, ce qui rendait difficile l'évaluation des progrès ; les mouvements observés en-dehors des moments d'évaluation semblaient plus fluides et moins douloureux. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite de l'ergothérapie pourrait permettre d'améliorer l'intégration et l'utilisation du membre supérieur gauche dans les activités ; une stabilisation était attendue dans un délai de trois mois. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de carreleur, pour laquelle une incapacité totale de travail était attestée du 5 août au 5 septembre 2020, était plutôt défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident et facteurs non médicaux) ; le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée (respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées) était quant à lui théoriquement favorable, mais des facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation.

e. Le 3 décembre 2020 a eu lieu un entretien de l'assuré avec une collaboratrice de la SUVA.

Le 11 décembre 2020, l'ergothérapeute N\_\_\_\_\_ a établi un « rapport d'évaluation sensitive ».

À la suite d'un examen du 12 janvier 2021, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la caisse, a établi le 18 janvier 2021 un rapport. Il y diagnostiquait une « fracture diaphysaire ulna [gauche (8 août 2018)] », une

ostéotomie sur cal vicieux avec ORIF (3 septembre 2018) et AMO le 7 janvier 2020, ablation du matériel d'ostéosynthèse, ainsi qu'une « neuropathie sensitive axonale focale d'une partie de la branche dorsale du nerf ulnaire [gauche] ». En résumé, il y avait des douleurs objectivables ponctiformes sur le dos de la racine de la main gauche, au niveau de la styloïde ulnaire, ainsi qu'une diminution de la force du membre supérieur gauche, alors que « le reste de l'examen clinique [n'objectivait] pas et [n'était] pas en cohérence avec les plaintes exprimées par l'assuré ».

Le 15 avril 2021, le radiologue I\_\_\_\_\_ a établi un rapport à la suite d'une radiographie de l'avant-bras et de la main gauche.

Selon un rapport du 21 mai 2021, l'ergothérapeute N\_\_\_\_\_ a indiqué qu'après plusieurs séries de traitement en ergothérapie, elle n'avait malheureusement pas pu observer d'amélioration de la symptomatologie de l'assuré, ni d'un point de vue moteur ni d'un point de vue des douleurs.

Dans un « rapport d'examen du [2 juin] 2021 » établi le 23 juin 2021, le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de « faiblesse d'origine indéterminée de la main gauche avec neuropathie de la branche dorsale du nerf ulnaire, sous forme d'une allodynie mécanique », de même que de status post-AMO plaque ulna gauche le [7 janvier] 2020 suite à traumatisme du [8 août] 2018 avec fracture médio diaphysaire transverse de l'ulna gauche puis ORIF et cure de mal-union par la suite par ostéotomie de correction en date du [3 septembre] 2018 ». Un paragraphe traitait du status, avec entre autres une mention que la force de serrage était diminuée avec la main gauche en comparaison avec la droite. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, notamment, « il [restait] une allodynie de type mécanique qui [n'avait] pas pu être désensibilisée par le biais de l'ergothérapie ni actuellement pu être traitée efficacement par voie médicamenteuse. Dans l'état actuel, il [existait] une certaine discrédance entre la situation clinique et la volonté du patient. Dans les faits, le patient ne [pouvait], dans ce contexte, être considéré comme apte au travail ».

**f.** À la demande du médecin d'arrondissement O\_\_\_\_\_, l'assuré a été vu à la consultation ambulatoire de la douleur des HUG le 5 février, 11 mars et 20 avril 2021.

À teneur du rapport du 22 juillet 2021 de ladite consultation ambulatoire de la douleur, sous la signature du docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, le diagnostic consistait en des « douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche sur neuropathie sensitive axonale d'une partie de la branche dorsale du nerf ulnaire ». Au status du 5 février 2021, notamment, « on [notait] la présence d'une augmentation de la transpiration au niveau de la main gauche, ainsi qu'une hypoesthésie pour le toucher et le froid accompagné d'une hyperesthésie pour le piquer. Présence des dysesthésies et d'une allodynie mécanique ». La prise en charge se présentait très difficile en raison de la barrière

linguistique malgré l'aide d'un traducteur et le catastrophisme du patient ; n'ayant pas d'alternative thérapeutique, le Dr P\_\_\_\_\_ ne prévoyait pas de revoir l'intéressé, mais suggérait la poursuite de la prise en charge psychiatrique, qui semblait lui apporter un soulagement.

Selon le rapport du même 22 juillet 2021 du docteur Q\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute au sein de la consultation ambulatoire de la douleur, faisant suite à une consultation du 8 juillet 2021, notamment, l'assuré rapportait des troubles de la mémoire et de la concentration, une tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une perte de la motivation et de l'énergie. Il était très isolé socialement et se disait limité dans la plupart des activités de sa vie quotidienne. Il rapportait toujours des douleurs qui ne s'amélioraient pas malgré tous les traitements entrepris. Son niveau d'introspection était faible et son discours pauvre, mais cohérent et moyennement informatif, sans symptômes psychotiques. Lors de la prise en charge par ledit psychiatre, l'évolution du patient était stationnaire. « Le pronostic quant à une reprise d'une activité professionnelle [paraissait] sombre à l'heure actuelle, chez un patient qui [n'était] pas intégré actuellement selon ses dires et qui [était] privé des points de repères stables et solides ».

**g.** Le 29 juillet 2021, le Dr G\_\_\_\_\_ a établi un certificat d'incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2021 pour cause d'accident.

**h.** En parallèle, à la suite d'un « examen final » du 28 juillet 2021, le Dr O\_\_\_\_\_ a établi le 30 juillet 2021 un rapport. Il y reprenait les diagnostics de son rapport du 18 janvier 2021. Au plan social, il semblerait qu'actuellement les attestations et permis de séjour ne soient pas à jour. Au plan objectif, il n'y avait pas de changement manifeste à l'examen de ce jour ; il était retrouvé une raideur discrète de l'épaule gauche, une mobilité du poignet gauche raide à tous les modes ; à la mesure dynamométrique, il y avait une diminution diffuse de la force au membre supérieur gauche à l'examen de janvier 2021. Au plan sensitif, il y avait des douleurs exquises au niveau de la région ulnaire, en regard de la styloïde ulnaire et de la cicatrice, le retrait de la main même au toucher n'était plus observé. « Le reste de l'examen clinique [n'objectivait] pas et [n'était] pas en cohérence avec les plaintes exprimées par l'assuré. En particulier, absence de transformation au niveau cutané et des phanères ». D'après le médecin d'arrondissement, on pouvait considérer que l'état était stabilisé. L'exigibilité comme carreur n'était plus donnée. Les limitations fonctionnelles étaient : port de charges supérieures à 5 kg de manière occasionnelle et régulière, de même que les mouvements fins nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche ; le membre supérieur gauche pouvait être utilisé comme soutien au côté droit. En toute fin de ce rapport était écrit : « Dernière consultation auprès du Dr G\_\_\_\_\_ le [29 juillet] 2021 ».

Dans une estimation de l'atteinte à l'intégrité établie le même 30 juillet 2021, le médecin d'arrondissement a constaté la présence d'une neuropathie sensitive

axonale focale d'une partie de la branche dorsale du nerf ulnaire gauche entraînant une allodynie diffuse du membre supérieur gauche pour lequel toutes les modalités thérapeutiques n'avaient pas permis d'évolution, ainsi que des limitations fonctionnelles définitives. Il a évalué l'atteinte à l'intégrité à 5%. En effet, « ce cas [résultait] d'une atteinte partielle d'une branche du nerf cubital uniquement sensitive et par analogie, conformément à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table n° 1 révision 2000, atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, paralysie du nerf cubital distal avec atteinte de la musculature intrinsèque de la main, 10%, dans ce cas il s'agit d'une perte sensitive, donc une perte partielle ».

**i.** Par lettre du 17 août 2021, sur la base de cet examen médical, la caisse a annoncé à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2021.

**j.** Le 19 novembre 2021, la caisse a établi une comparaison entre d'une part le gain de valide, de CHF 62'829.- (CHF 4'833.- x 13) sur la base de la convention collective de travail du second œuvre romand 2019 (CCT-SOR) – et pas sur la base de décomptes de salaire car « personne occupée irrégulièrement, saisonnier, salaire d'invalidé, plusieurs employeurs etc. » (« résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente » du 19 novembre 2021) –, et d'autre par le gain d'invalidé, de CHF 61'845.- sur la base du salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour un homme au niveau de compétence 1 dans toute branche économique, avec 41,7 heures de travail hebdomadaire, ainsi qu'indexation et abattement de 10%, d'où un taux d'invalidité de 1,57%, arrondi à 2%.

Par décision du 19 novembre 2021 également, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une éventuelle rente d'invalidité, le degré minimal d'invalidité de 10% selon la loi n'étant pas atteint, et, compte tenu de l'appréciation médicale du Dr O\_\_\_\_\_, a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 5%.

**k.** Le 22 décembre 2021, par écrit de son conseil nouvellement constitué, l'intéressé a formé opposition contre cette décision en tant qu'elle lui refusait l'octroi d'une rente d'invalidité.

**l.** Il sied de préciser ici que par projet de décision du 22 novembre 2021 puis décision du 17 janvier 2022 – dont la caisse a reçu des copies –, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle – de carreleur – mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dès le 28 juillet 2021, et arrivant à une perte de gain nulle à la suite d'une comparaison des gains sans et avec invalidité, a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) de l'assuré déposée le 3 juin 2020 et a nié son droit éventuel à une rente d'invalidité, des mesures professionnelles n'étant par ailleurs pas nécessaires dans sa situation.

---

**m.** Par « appréciation médicale » du 13 avril 2022, le Dr O \_\_\_\_\_ a confirmé l'existence d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il avait précédemment énoncées, ce sans limitation de temps ni de rendement.

**n.** Par décision sur opposition rendue le 20 avril 2022, la SUVA a rejeté l'opposition formée contre sa décision – initiale – du 19 novembre 2021, précisant en outre qu'un éventuel recours n'aurait aucun effet suspensif. Les motifs de sa décision initiale étaient pour l'essentiel repris, avec la petite différence que le gain d'invalidité était, à la suite d'un nouveau calcul, de CHF 62'093.25 étant donné que l'indexation en 2021 était estimée actuellement à +0,1% et non -0,3% comme estimé au moment de cette décision, d'où un degré d'invalidité de 1,17%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**B. a.** Par acte du 19 mai 2022, l'assuré, toujours représenté par son avocat, a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que ladite chambre, préalablement, ordonne une expertise médicale et lui impartisse un délai pour produire un rapport médical, au fond, principalement, annule ladite décision sur opposition, constate que le recourant était en incapacité de travail depuis son accident du 8 août 2018, avec une perte de gain supérieure à 10%, et dise qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-accidents, subsidiairement, renvoie la cause à l'intimée « pour nouvelle décision dans le sens des présentes conclusions ».

**b.** Par réponse du 22 août 2022, l'intimée, représentée par une avocate, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition attaquée.

**c.** Par réplique du 28 septembre 2022, le recourant a indiqué ne pas avoir d'observations supplémentaires à formuler et persister dans les termes de son recours, tout en annonçant attendre un rendez-vous afin de faire examiner sa main au microscope par un médecin spécialiste, dont il ne manquerait pas de transmettre le rapport à la chambre des assurances sociales à réception.

**d.** Après plusieurs délais octroyés par la chambre de céans pour le dépôt d'un tel rapport, l'assuré a, le 21 février 2023 et sans commentaires, produit deux rapports de radiologues du département diagnostique des HUG relatifs à une « IRM-arthrographie du poignet » gauche le 9 février 2023, dont il ressort une absence de problèmes particuliers, l'IRM conduisant à conclure à une « fissuration centrale du ligament luno-triquébral », à une « intégrité du TFCC » et à une « absence de chondropathie ».

Le 7 mars 2023, le recourant a déposé un rapport établi le 5 décembre 2022 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques, des HUG et proposant une nouvelle arthro-IRM (NDR : celle réalisée le 9 février 2023).

**e.** Le 21 mars 2023, l'intimée a considéré que ces rapports n'apportaient aucun élément nouveau.

**f.** Le 17 mai 2023, le recourant a présenté le compte-rendu opératoire établi le 13 avril 2023 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, le diagnostic étant « aspect dégénératif du TFCC main gauche » et l'intervention chirurgicale ayant consisté le 3 avril 2023 en une arthroscopie du poignet gauche et un shaving du TFCC.

Après que la chambre des assurances sociales lui ait demandé le 5 juin 2023 si ce rapport du 13 avril 2023 était en lien avec le rapport médical qu'il devait produire à la suite de son rendez-vous du 2 mars 2023 avec un spécialiste de la main, l'assuré a, le 12 juin 2023, transmis « le rapport du spécialiste de la main », à savoir un rapport de « consultation médicale de suivi » établi le 7 mars 2023 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques, des HUG, signé par la doctoresse R\_\_\_\_\_, médecin adjointe, ce à quoi s'ajoutait une prescription de physiothérapie du 7 juin 2023 par la même unité.

À teneur du rapport du 7 mars 2023 précité, notamment, cliniquement, concernant le poignet gauche, la flexion-extension était à 70-0-60°, la prosupination à 70-0-60°, qui était douloureuse en fin de supination. La radio-ulnaire était stable, le « fovea douloureux mais contractures musculaires importantes de l'avant-bras » ; de autres éléments de l'examen clinique ne ressortaient pas de problèmes particuliers, entre autres « pas de douleur neurogène », pas de syndrome douloureux régional complexe » ; d'éventuels problèmes particuliers ne découlaient pas non plus des « examens complémentaires », à savoir l'IRM du 9 février 2023 : notamment, « pas d'œdème osseux ni fracture. Pas de chondropathie. Fissuration centrale du ligament luno-triquétral. Intégrité du ligament scapho-lunaire dorsal et palmaire. Pas de signe de rupture des différentes portions du TFCC. [...] Trophicité musculaire préservée ». S'agissant des « propositions thérapeutiques et prise en charge », l'IRM montrait « une ancre pour une réinsertion de TFCC », et la Dresse R\_\_\_\_\_ n'arrivait pas à obtenir un compte rendu opératoire, en particulier de la clinique – où avait œuvré le Dr G\_\_\_\_\_ – ; dans ce contexte, sans savoir ce qui avait été fait, il faudrait organiser une arthroscopie pour bilan ligamentaire et surtout bilan du TFCC, ce qui permettrait d'avancer dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques.

**g.** Selon une écriture de la caisse du 4 juillet 2023, les faits en lien avec l'arthroscopie du poignet gauche et le shaving du TFCC étaient des faits nouveaux postérieurs à la décision sur opposition contestée, l'intéressé étant invité à déposer sous cet angle une annonce de rechute qui ferait l'objet d'une instruction séparée.

**h.** Le 9 juillet 2023, le recourant a contesté avoir fait une rechute. Selon lui, les interventions chirurgicales pratiquées avaient permis de mettre en évidence un aspect dégénératif du TFCC de sa main gauche, et, concrètement, les douleurs et

les limitations fonctionnelles restaient les mêmes et avaient pour cause l'accident du 8 août 2018.

**i.** À la suite d'une ordonnance de la chambre des assurances sociales du 10 août 2023, l'OAI a, le 15 août suivant, remis à celle-ci le dossier AI de l'intéressé.

Il ressort de ce dossier AI que, le 18 août 2021, donc avant les projets de décision du 22 novembre 2021 et décision du 17 janvier 2022 mentionnés plus haut, l'OAI, par son équipe réadaptation, avait établi un rapport « mandat de réadaptation » (confirmé le 11 novembre 2021) ainsi qu'une « détermination du degré d'invalidité » arrivant, pour 2021, à un « revenu annuel brut sans invalidité réactualisé » de CHF 57'956.- et à un « revenu annuel brut avec invalidité » de CHF 68'906.-, soit un degré d'invalidité nul.

**j.** Le 7 septembre 2023, l'intimée s'est déterminée sur ce dossier AI, tandis que le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai au 8 septembre 2023 imparti aux parties pour ce faire.

**k.** Le 26 septembre 2023 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution personnelle des parties, lors de laquelle le recourant, par son conseil, a persisté dans sa demande d'expertise médicale, et à l'issue de laquelle, avec l'accord des parties, la cause a été gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

### **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 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.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

**4.**

**4.1** Aux termes de l'art. 6 LAA, si ladite loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**4.1.1** 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire 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).

**4.1.2** Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI) si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

L'art. 19 LAA dispose que 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 (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2).

**4.2** En l'occurrence, comme clarifié par la voix du recourant et de son conseil lors de l'audience du 26 septembre 2023, la stabilisation de son état de santé après le 31 octobre 2021 n'est pas contestée, ni non plus le taux de l'IPAI fixé à 5% (quand bien même l'intéressé semble estimer à l'allégué 24 de son recours qu'« un bras quasiment paralysé constitue une atteinte sévère à l'intégrité, à tout

le moins de plus de 5% », mais étant précisé qu'il n'a formulé de conclusions sur ce point ni dans son opposition ni dans son recours).

Seule est donc litigieuse la question de l'octroi ou non d'une rente d'invalidité selon la LAA et, le cas échéant, à quel taux.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement – ici au 20 avril 2022 (date du prononcé de la décision sur opposition querellée) –, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

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

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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, tel qu'en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la version antérieure indiquant "dans son domaine d'activité" plutôt que "qui entre en considération"). 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, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

**4.4** 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).

**4.4.1** 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. 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).

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

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

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **4.5**

**4.5.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être

considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**4.5.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

**4.5.3** Au surplus, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

## 5.

**5.1** En l'espèce, les allégations et arguments du recourant sont en substance les suivants.

**5.1.1** Dans son recours, le recourant fait valoir qu'à la suite de son accident dans le cadre duquel « il est tombé des échafaudages et s'est gravement blessé l'avant-bras », il souffre de douleurs qui persistent à ce jour et, de façon concrète, il est

dans l'incapacité de bouger et faire usage de son bras gauche. Selon lui, il ne peut plus travailler dans le secteur du bâtiment, domaine dans lequel il a une expérience professionnelle. « Il est improbable, voire impossible, [qu'il] retrouve un emploi lui assurant le même salaire que son emploi dans le secteur du bâtiment au vu de son handicap même s'il fournit des efforts raisonnables. En effet, [il] ne peut plus faire usage de son bras gauche. Il ne parle pas couramment le français et n'a ni qualifications ni expériences professionnelles dans d'autres domaines. Il peine à comprendre le raisonnement de la SUVA dans la mesure où un bras paralysé constitue une atteinte grave à l'intégrité corporelle et réduit de façon conséquente la capacité de travail ». D'après l'intéressé, sa perte de rendement est d'au minimum 10%.

**5.1.2** Lors de l'audience du 26 septembre 2023, le recourant, assisté d'une interprète dans sa langue maternelle ainsi que de son conseil, déclare : « Sur question du Président, mon problème concerne la main et l'avant-bras gauches. J'ai des douleurs constantes. Des fois cela m'empêche même de dormir. Vous pouvez voir comment je tremble. J'ai des douleurs constantes même quand je me douche et que je m'habille. Je ne peux rien faire avec cette main. Je ne peux pas bien bouger ma main et mon avant-bras gauches. C'est comme si j'avais un courant électrique qui les parcourt. Parfois, c'est l'avant-bras et la main gauches sont bleus comme si j'avais un hématome ». Le président relate ensuite : « [L'assuré] fait une rotation des deux côtés de ses deux bras. Le bras gauche paraît avoir plus de difficultés à effectuer la rotation. Après cet exercice la main gauche semble trembler ». Puis l'intéressé indique : « Sur question du Président, je ne peux pas porter quelque chose avec mon bras gauche. Je peux saisir quelque chose mais alors ma force lâche. Je peux saisir des petits objets. Je peux prendre une assiette avec main gauche mais souvent elle tombe par terre. Je suis droitier ».

Toujours lors de ladite audience, l'avocate de la caisse et l'avocat de l'intéressé considèrent tous deux qu'il n'y a pas d'éléments dans le dossier montrant des limitations concernant le bras droit.

Le conseil de l'assuré indique ne pas tirer de conclusion particulière des rapports produits au printemps 2023 si ce n'est qu'ils démontrent d'après lui l'impossibilité pour l'intéressé de porter quoi que ce soit avec son bras gauche. Toujours selon ledit avocat à la suite d'une remarque du président selon laquelle le niveau de compétence 1 retenu par l'intimée pour le revenu avec invalidité statistique correspond à des tâches simples et répétitives quel que soit le domaine d'activité, le recourant n'arrive même pas à effectuer des tâches simples et répétitives. Même pour ce type de tâche il devrait à un moment donné être obligé d'utiliser les deux bras. Ledit conseil comprendrait une possibilité d'une activité de bureau avec une seule main, mais un tel emploi ne paraît pas à l'ordre du jour vu les qualifications de l'assuré, qui ne parle pas français et n'a pas de formation. L'avocat précise ensuite contester tout (constatations et appréciations) ce qui émane du Dr O\_\_\_\_\_, donc également les limitations fonctionnelles que ce dernier retient,

ajoutant que le recourant est incapable de porter des charges même inférieures à 5 kg.

L'assuré déclare ensuite : « Sur question du Président qui me demande si j'arrive à faire des mouvements fins avec ma main gauche (utiliser les doigts pour actionner des petits objets), je réponds que j'arrive très peu à le faire et qu'assez vite j'ai comme un courant électrique qui me traverse depuis les doigts jusqu'au coude. Parfois avec irradiation jusqu'à l'épaule, voire le cou. Je ne peux pas utiliser mon bras gauche comme soutien à mon bras droit. Je n'utilise que le bras droit pour me raser, par exemple ».

**5.2** Cela étant, les rapports du Dr O\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, notamment celui du 30 juillet 2021 faisant suite à l'" examen final ", répondent, sur le plan formel et d'une manière générale, en principe aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante : ils émanent d'un médecin spécialiste du domaine en question (chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. En particulier, dans son rapport du 30 juillet 2021 faisant suite à l'" examen final ", le médecin d'arrondissement a personnellement examiné l'intéressé préalablement à l'établissement de son rapport ; il a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé ses propres constatations ; il a en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions pertinentes.

**5.3** Force est de constater que le recourant n'apporte aucun élément médical probant, ni même un indice concret, à l'encontre de l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA, selon lequel celui-là a une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de carreur mais entière dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5 kg de manière occasionnelle et régulière, de même que les mouvements fins nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, le membre supérieur gauche pouvant en revanche être utilisé comme soutien au côté droit.

**5.3.1** Notamment, les rapports de la CRR ne vont pas dans un autre sens que cette appréciation, ce d'autant moins qu'ils datent de presque une année avant le rapport du médecin d'arrondissement du 30 juillet 2021, et à une époque où l'état de santé de l'intéressé n'était pas encore considéré comme stabilisé.

C'est de manière crédible que le conseil de l'intimée, par rapport aux limitations fonctionnelles provisoires retenues par la CRR (port de charges avec la main gauche, activités nécessitant une force importante et des mouvements répétés du membre supérieur gauche), indique qu'il n'est pas contradictoire qu'ultérieurement le Dr O\_\_\_\_\_ ait retenu des limitations fonctionnelles un peu différentes, notamment sur la base d'un examen clinique et de l'examen des pièces au dossier,

ce qui inclut l'imagerie médicale. Cette différence apparaît en effet minime, les médecins de la CRR semblant déconseiller d'une manière générale tout port de charges avec le bras gauche, alors que le médecin d'arrondissement de la SUVA le limite à 5 kg au maximum, différence pouvant s'expliquer en particulier par le fait que les conclusions sur ce point du Dr O\_\_\_\_\_ sont postérieures d'environ une année à celles de la CRR. Cette dernière et le médecin d'arrondissement s'accordent, pour le reste, quant à l'évitement des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche.

**5.3.2** Ni les rapports de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG ni d'éventuels rapports du médecin orthopédiste traitant, le Dr G\_\_\_\_\_, ne contiennent des indications pertinentes relatives à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles, étant au surplus relevé qu'ils portent sur la période où l'état de santé de l'assuré n'était pas encore considéré comme stabilisé.

C'est de manière non motivée que le Dr G\_\_\_\_\_ considère le 23 juin 2021 l'assuré comme non apte au travail, appréciation qui n'est au demeurant pas confirmée par la suite par ce médecin.

**5.3.3** Les rapports établis au premier semestre 2023 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG ne sont pas non plus en faveur de la position et des conclusions du recourant, si tant est qu'ils puissent être pris en considération dans la mesure où ils ne rapporteraient pas d'évolution (notamment aggravation) par rapport à la situation médicale existant à la date du prononcé le 20 avril 2022 de la décision sur opposition présentement litigieuse (question qui peut demeurer indécise).

On ne discerne notamment pas de problèmes particuliers qui ressortiraient du rapport de « consultation médicale de suivi » établi le 7 mars 2023 par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques, des HUG. En outre, une éventuelle divergence entre le Dr O\_\_\_\_\_ et ledit service (rapport du 13 avril 2023) en matière de mesure (Jamar) serait ici sans incidence sur les questions pertinentes.

**5.4** Les arguments du recourant selon lesquels il ne parle pas couramment le français et n'a ni qualifications ni expériences professionnelles dans d'autres domaines que le secteur du bâtiment ne sont pas d'ordre médical et sont dès lors sans pertinence concernant la capacité de travail (y compris sous l'angle du rendement) et les limitations fonctionnelles.

**5.5** En définitive, comme exposé à juste titre par l'intimée, il est admis que le recourant souffre encore de douleurs au bras gauche et « sur le versant ulnaire du poignet gauche » (rapport du 13 avril 2023 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG), et qu'il ne peut plus exercer son ancienne activité professionnelle de carreur ou toute autre profession ne respectant pas les imitations fonctionnelles exprimées par le Dr O\_\_\_\_\_.

En revanche, du point de vue médical, l'assuré a une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées par ce médecin d'arrondissement.

En l'absence d'un quelconque indice concret susceptible de mettre en doute les appréciation et conclusions du médecin d'arrondissement de la caisse, une expertise médicale, qu'elle soit judiciaire ou à mettre en œuvre par l'intimée, n'a, par appréciation anticipée des preuves, pas lieu d'être.

**5.6** Reste la question de la composante économique de l'invalidité résultant des limitations fonctionnelles retenues ci-dessus.

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

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

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits – abattement –, 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 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 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 ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 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 ; 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).

Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références).

Par exemple, un abattement de 10% a été confirmé par le Tribunal fédéral dans un cas de non-usage de la main et du bras gauches, la personne assurée pouvant trouver dans le marché du travail équilibré des emplois ne nécessitant pas l'usage de la main et du bras gauches, tels que des activités simples de surveillance, examen et contrôle ainsi que l'utilisation et la surveillance de machine semi-automatique ou d'unités de production (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2).

**5.6.2** Dans le cas présent, le recourant ne conteste pas la comparaison des revenus effectuée par l'intimée.

Au demeurant, pour ce qui est du revenu avec invalidité, l'intimée, dans son "calcul du taux d'invalidité avec les chiffres de [l'ESS]" et son "résumé des documents déterminant pour la fixation de la rente", a – à juste titre – pris en considération l'année 2021 pour le départ de la rente, ainsi que le niveau de compétence 1 – le moins élevé –, pour un homme. Etant donné qu'au 19 novembre 2021 l'ESS 2020 n'avait pas encore été établie par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) – elle ne l'a été que le 23 août 2022 –, la caisse est partie de l'ESS 2018, "secteur privé, Suisse", tableau TA1\_skill\_level – publiée le 21 avril 2020 par l'OFS et accessible par internet (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.12488213.html>), plus précisément du salaire mensuel (pour 40 heures par semaines) pour les hommes sous "total" pour le niveau de compétence 1 (tâches physiques et manuelles simples), c'est-à-dire CHF 5'417.-, qu'elle a annualisé à CHF 65'004.- après l'avoir multiplié par 12. Ce revenu a ensuite été ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41,7 heures) et de l'indexation des salaires nominaux, puis a fait l'objet d'un abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles.

Ce calcul a été correctement effectué par la SUVA, en conformité avec la jurisprudence citée plus haut, y compris relativement à l'abattement de 10%, que le recourant ne conteste du reste pas.

Notamment, il existe un nombre suffisant d'emplois compatibles avec les limitations fonctionnelles liées à l'évitement du port de charges supérieures à 5 kg

avec le bras gauche, voire même avec les deux bras, ainsi qu'à l'évitement des mouvements fins nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C\_366/2013 précité consid. 4.2). À cet égard, selon le rapport « mandat de réadaptation » établi le 18 août 2021 et confirmé le 11 novembre 2021 par l'équipe réadaptation de l'OAI, l'assuré pourrait prétendre à de nombreux emplois tels que patrouilleur scolaire, surveillant de cantines scolaires, « contrôleur/visiteur en salle blanche dans l'industrie légère », « huissier par exemple dans un musée », chauffeur-livreur.

6. Vu ce qui précède, la décision sur opposition querellée est en tous points conforme au droit, et le recours, infondé, doit être rejeté.
7. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Diana ZIERI

Blaise PAGAN

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