
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais, né le _____ 1957, est marié avec Madame A_____. Il a travaillé à Genève en qualité de peintre en bâtiment à partir de 1987.
2. Le 16 mars 1994, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
3. Suite à l'instruction du dossier, notamment la mise en œuvre de stages d'observation professionnelle et d'expertises auprès de spécialistes en chirurgie et en psychiatrie, l'OAI a rendu une décision le 9 février 1998 par laquelle il a nié le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité.

Par jugement du 23 novembre 1998, la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS, alors compétente, a rejeté le recours de l'assuré contre ladite décision, considérant que l'intéressé ne présentait pas d'incapacité de travail.

À son tour saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral des assurances l'a rejeté par arrêt du 15 juillet 1999 (I 90/99).

4. En date du 11 novembre 2002, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI.
5. Par décision du 1^{er} septembre 2003, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande.
6. Depuis le mois de février 2012, l'assuré est salarié de la société B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) qu'il a créée avec son épouse et dont le but est l'exploitation d'une entreprise de peinture, de tapisserie, de parquet, de stores et de carrelages, ainsi que de nettoyage et de conciergerie. À ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA)
7. Le 11 janvier 2013, l'assuré a été victime d'un accident. Il a glissé d'une échelle et est tombé d'une hauteur de 1.5 mètre sur le poignet gauche.
8. Par rapport du 12 avril 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué avoir été consulté par l'assuré le 15 janvier 2013 en raison de douleurs invalidantes de la main gauche. Il avait constaté une tuméfaction du poignet et des douleurs à la mobilisation. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM), réalisée le 20 février 2013, avait mis en évidence une synovite importante à la face dorsale, un épanchement articulaire radio-cubital distal et un œdème de l'os semi-lunaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 16 janvier 2013, mais une reprise à temps complet était prévue dès le 1^{er} mai 2013.
9. Dans un certificat du 7 juin 2013, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail de 25% dès le jour même.
10. Suite à une arthro-IRM du poignet gauche, effectuée le 10 juin 2013, la docteure D_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, dans son compte-

rendu établi le jour même, à une dissociation scapho-lunaire avec une ouverture de l'interligne articulaire, à des séquelles de lésion ligamentaire du scapho-lunaire avec une probable perforation bouchée s'associant à des remaniements dégénératifs débutants radioscapoïdiens, à une rupture du ligament luno-triquétral ainsi que du complexe triangulaire du carpe au niveau de sa portion centrale et de son insertion radiale, et à une synovite diffuse à prédominance radio-ulnaire distale.

11. Le 28 juin 2013, la SUVA a reçu un rapport non daté du Dr C_____ signalant une rechute, les douleurs de l'assuré étant trop importantes au travail. Le médecin traitant a diagnostiqué une rupture du ligament scapho-lunaire gauche et constaté une tendance à l'œdème du poignet gauche. L'incapacité de travail était de 75% depuis le 1^{er} juin 2013.
12. Dans son rapport du 4 juillet 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a fait état d'une instabilité scapho-lunaire douloureuse entraînant également une perte de force et une impotence fonctionnelle. L'assuré, qu'il avait examiné le 27 juin 2013, présentait une tuméfaction dorso-radiale et une douleur à la palpation de la tabatière et du ligament scapho-lunaire. Les radiographies montraient une dissociation scapho-lunaire, et l'arthro-IRM avait confirmé une importante déchirure du ligament scapho-lunaire. Vu la gêne fonctionnelle et le risque de développement d'une arthrose, il était légitime de proposer un traitement chirurgical à l'assuré.
13. Par rapport du 8 juillet 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie de la main, consulté par l'assuré pour un deuxième avis, a estimé que l'évolution était peu favorable et retenu une indication opératoire.
14. Le 31 juillet 2013, le Dr C_____ a mentionné les diagnostics de dissociation scapho-lunaire par rupture ligamentaire post-traumatique et de syndrome douloureux (algo-dystrophie). Une opération était indiquée, mais des séquelles permanentes étaient à prévoir. Le traitement consistait en du repos, le port d'une attelle et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. La capacité de travail était de 25% depuis le 7 juin 2013.
15. Le 17 septembre 2013, l'assuré a subi une ostéotomie de raccourcissement de l'ulna gauche et une plastie du ligament scapho-lunaire par capsulodèse dorsale limitée, pratiquées par le Dr E_____.
16. Dans son rapport du 20 janvier 2014, ce spécialiste a diagnostiqué une instabilité du scapho-lunaire du poignet gauche et un syndrome de compression ulno-carpien gauche. L'assuré bénéficiait d'un traitement de rééducation, dont la durée prévue était d'environ six mois. L'incapacité de travail persistait et une reprise pourrait intervenir dans environ deux mois.
17. Dans son rapport du 23 avril 2014, le Dr E_____ a confirmé les diagnostics posés précédemment et relaté que l'assuré présentait des douleurs, un œdème de la main et que la mobilité des doigts était très limitée. Le pronostic était réservé et une reprise du travail n'était en l'état pas possible.

18. Le 3 juin 2014, ce spécialiste a constaté que l'évolution était défavorable, avec une raideur importante des doigts et du poignet. Il était frappé de voir une assez importante variation des amplitudes articulaires d'une consultation à l'autre, sans que l'on puisse réellement l'expliquer. Un bilan à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était préconisé.
19. Le 15 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
20. L'assuré a séjourné à la CRR du 1^{er} au 21 octobre 2014. Dans leur rapport du 30 octobre 2014, les docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H_____, médecin-assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs chroniques du poignet gauche, et les diagnostics supplémentaires de chute avec un traumatisme du poignet gauche le 11 janvier 2013, de dissociation scapho-lunaire avec une rupture du ligament scapho-lunaire et du triangular fibrocartilage complex (ci-après : TFCC) mises en évidence dans les suites avec une évolution vers une instabilité scapho-lunaire chronique et un syndrome de compression ulno-carpien, d'ostéotomie de raccourcissement de l'ulna et de plastie du ligament scapho-lunaire par capsulodèse dorsale limitée gauche le 17 septembre 2013, de douleurs chroniques du poignet avec une raideur modérée, et d'un possible syndrome du tunnel carpien gauche clinique. À titre d'antécédents, était notamment mentionné un status post-opération du tunnel carpien des deux côtés en 1993. À l'entrée, l'assuré se plaignait essentiellement de douleurs mécaniques au poignet gauche avec des douleurs de type neuropathique à l'avant-bras lors de la pronosupination, associées à des lâchages douloureux, et en région palmaire lors de la flexion forcée. L'extension déclenchait une douleur aiguë de la région dorsale du poignet. Il alléguait également une certaine météo-sensibilité, une gêne par le ballant du bras en marchant et des difficultés à utiliser sa main gauche dans les activités de tous les jours en raison des douleurs. Au niveau des amplitudes du poignet gauche en actif, la flexion-extension était de 20-0-45, la pronosupination de 60-0-60 et l'inclinaison ulno-radiale de 25-0-15. S'agissant de la main « droite », l'ouverture active était incomplète, de même que la fermeture, avec une distance pulpe-paume de 2 cm aux doigts d2-d5. Les radiographies de l'avant-bras et du poignet gauches, effectuées le 3 octobre 2014, avaient montré un matériel d'ostéosynthèse en place, et quelques légers remaniements dégénératifs radio-carpiens modérés. L'ultra-son du poignet gauche du 10 octobre 2014 n'avait pas mis en évidence de signe de conflit des tendons des fléchisseurs et extenseurs, ni de collection ou de signe de synovite. Le nerf médian était d'aspect normal. À l'issue du séjour, aucun diagnostic n'avait été retenu au plan orthopédique, ni au plan psychiatrique, malgré une surcharge psychique en lien avec les douleurs et la situation socio-professionnelle délicate. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels, à savoir une faible connaissance de la langue française, l'âge, l'absence de formation certifiante, le fait

d'être très centré sur la douleur et une auto-appréciation très basse de ses capacités fonctionnelles, jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles et influençaient défavorablement le retour au travail. La participation aux thérapies avait été considérée comme moyenne. L'assuré était à tel point centré sur ses douleurs qu'aucun programme de rééducation n'avait pu être mis sur pied. De plus, l'assuré ne voyait pas l'intérêt du séjour à la clinique. Des incohérences avaient été relevées. Selon le consultant en chirurgie, les douleurs étaient difficiles à expliquer de façon claire. Les limitations fonctionnelles provisoires comprenaient le port de charges lourdes, les activités nécessitant de la force et de l'endurance au niveau du bras et du poignet gauches, les activités nécessitant des mouvements répétitifs du poignet gauche. Au plan des aptitudes fonctionnelles, la situation n'était pas stabilisée, mais une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison de facteurs tant médicaux que non médicaux. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites était a priori favorable. L'assuré avait été évalué au sein des ateliers professionnels pendant des périodes allant jusqu'à trois heures. Il avait démontré des limitations de force, de charges et de mobilité avec le membre supérieur gauche, mais le membre supérieur droit dominant n'avait pas démontré de problème. Les médecins proposaient une prise de contact avec l'OAI afin de solliciter un accompagnement dans le changement et le deuil de l'ancienne profession, et examiner la possibilité de cours de français. L'incapacité de travail dans la profession de peintre était totale du 1^{er} octobre au 24 novembre 2014.

Étaient notamment annexés les rapports relatifs au séjour aux ateliers professionnels du 6 au 21 octobre 2014, aux examens radiologiques, au consilium psychiatrique du 6 octobre 2014, à la prise en charge d'ergothérapie du 7 au 21 octobre 2014 et à la réadaptation de l'appareil locomoteur. Il ressort de ce dernier document que les amplitudes du poignet gauche en actif étaient mesurées, à la sortie, à 20-0-25 pour flexion-extension, 20-0-30 pour la pronosupination et à 10-0-10 pour l'inclinaison ulno-radiale.

21. Le 19 novembre 2014, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, qu'il souffrait de douleurs permanentes et d'une diminution fonctionnelle de 50% du poignet gauche. La capacité de travail était de 20% en qualité de peintre indépendant et de 80% dès le 1^{er} décembre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
22. Dans son appréciation du 21 novembre 2014, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré qu'une reprise de l'activité de peintre pouvait être attendue, à temps plein et sans baisse de rendement, moyennant une adaptation du poste de travail respectant les restrictions retenues par la CRR.
23. Le 24 novembre 2014, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré présentait une instabilité scapho-lunaire du poignet gauche et un syndrome d'hyperpression ulno-

carpien, que les douleurs et l'impotence fonctionnelle persistaient, avec une raideur et une perte de force. La capacité de travail était nulle depuis le 17 septembre 2013, mais une activité n'impliquant pas le membre supérieur gauche était possible dès le début de l'année 2015. La compliance n'était pas optimale, par manque de motivation plus que par malice. Il y avait une concordance entre les plaintes et l'examen clinique s'agissant de la raideur, mais les douleurs étaient difficilement explicables à cette intensité. Le Dr E_____ n'avait pas de proposition thérapeutique.

24. Dans une nouvelle appréciation du 18 décembre 2014, le Dr I_____ a relevé que l'activité habituelle n'était plus exigible puisque l'assuré avait expliqué à un collaborateur de la SUVA, lors d'un entretien le 8 décembre 2014, que celle-ci ne pouvait s'effectuer qu'avec les deux mains. En revanche, une activité exercée en position assise ou debout, sans port de charges du poignet gauche ni mouvements répétitifs de cette articulation, avec de façon idéale l'avant-bras gauche reposant sur un support et la main gauche n'ayant qu'une fonction accessoire de stabilisation d'un objet, sans limitation au niveau du membre supérieur droit, était exigible à plein temps, sans diminution de rendement.
25. Le jour même, ce médecin a évalué le taux de l'atteinte à l'intégrité à 10% compte tenu de l'instabilité résiduelle scapho-lunaire sévère (référence à la table d'indemnisation 6). Il a en outre relevé que ce taux correspondait également à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs pour la mobilité du poignet ou par équivalence dans les cas d'arthrodèse intracarpienne (table 1).
26. Le docteur J_____, médecin au service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), dans un avis établi en janvier 2015, a considéré que l'assuré pouvait être réadapté trois mois après la dernière opération, soit dès le 17 décembre 2013. Il a exclu à titre de limitations fonctionnelles le port de charges lourdes, les activités nécessitant de la force et de l'endurance au niveau du bras et du poignet gauches, et les activités impliquant des mouvements répétitifs du poignet gauche. Il s'est pour le surplus référé aux rapports de la CRR et du Dr I_____.
27. Par courrier du 16 février 2015, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières complètes jusqu'au 30 juin 2015 et examinerait le droit à une rente d'invalidité dès cette date. En outre, elle mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis une consultation annuelle chez le médecin pour la prescription du traitement de Voltarène, de Zaldiar et de la crème de type Effigel.
28. Le 17 février 2015, l'employeur a écrit à la SUVA que le salaire de l'assuré se serait élevé, sans accident, à CHF 71'500.- en 2014 et à CHF 72'500.- en 2015.
29. En date du 27 octobre 2015, le Dr E_____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du cubitus gauche. Il ressort du protocole opératoire que l'assuré faisait état de douleurs et de raideurs, dont on ne s'expliquait pas la cause objective.

Cela étant, l'ostéotomie était consolidée et il était possible que la plaque sur l'ulna joue un rôle dans la genèse des douleurs résiduelles, de sorte que l'intervention avait été proposée.

30. Par rapport du 28 octobre 2015, le Dr C_____ a posé les diagnostics d'instabilité scapho-lunaire du poignet gauche, de syndrome de compression ulno-carpien du poignet gauche et de cervicalgies chroniques sur des troubles dégénératifs depuis cinq ans. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie et la prise d'antalgiques. L'assuré présentait des douleurs et des mouvements limités de la main gauche et de la colonne cervicale. Un travail exécutable à une main sans le concours du « cervix » était peu envisageable, et l'assuré, âgé de 57 ans, parlait peu le français et n'avait pas de formation. Il n'existait pas de travail adapté à sa « situation » et quand bien même il en existerait, « rien ne dit qu'il obtiendrait un tel travail vu son handicap ».
31. Par décision du 2 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que l'incapacité de travail était de 75% dans l'activité habituelle depuis le 7 juin 2013, puis totale dès le 17 septembre 2013. Dans une activité adaptée, la capacité était toutefois pleine depuis le 17 décembre 2013. Le taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle était fixé à 77% selon la méthode extraordinaire. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'OAI a fixé le revenu d'invalidité à CHF 5'210.- en se référant au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme (enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS] 2012, TA1_skill_level_privé, total, niveau 1). Adapté à la durée normale de travail et indexé à 2014, le revenu annuel était de CHF 66'130.-, réduit à CHF 59'517.- compte tenu d'un abattement de 10%. Le salaire sans invalidité s'élevant à CHF 68'643.-, la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 13%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.
32. Dans un rapport du 28 novembre 2015, le Dr E_____ a notamment indiqué que lors de la consultation du 12 octobre 2015, le recourant continuait à se plaindre de douleurs invalidantes au poignet et aux doigts, et que la mobilité du poignet était limitée à 20-0-45 en flexion-extension et à 70-0-70 en pro-supination. La force de préhension était à 8 kg à gauche contre 30 kg à droite. Les suites de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avaient été simples et certaines douleurs préopératoires avaient disparu. La situation était stabilisée et on ne pouvait attendre d'amélioration du poignet gauche. Pour un droitier, peintre en bâtiment, l'état de cette articulation empêchait certainement de pratiquer son métier. Par contre, en théorie, un reclassement dans une activité adaptée, soit une activité sans efforts de la main gauche, sans mouvements de force ni répétitifs, et sans port de charges, serait possible. Toutefois, étant donné l'âge du recourant, sa formation uniquement dans le bâtiment, son handicap qui avait un net retentissement émotionnel et le marché du travail difficile, on le voyait mal se réinsérer à satisfaction dans le circuit professionnel.

33. Dans une appréciation du 17 juin 2016, le Dr I_____ a précisé, s'agissant de l'activité adaptée, qu'un travail de bureau ou à l'atelier, ne demandant pas de port de charges ni d'effort de l'épaule puisque l'avant-bras était posé, était compatible avec les limitations fonctionnelles de l'assuré.
34. Par arrêt du 25 janvier 2017 (ATAS/46/2017), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré à l'encontre de la décision de l'OAI. Elle a notamment considéré que la capacité de travail de l'intéressé était totale dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, et que les facteurs susceptibles d'influencer négativement sur la reprise d'une activité lucrative étaient de nature contextuelle et non médicale. Elle a rappelé que les médecins de la CRR avaient relevé que le pronostic de réinsertion dans une telle activité était a priori favorable, que le Dr I_____ avait également admis l'exercice d'une telle activité dans son appréciation du 18 décembre 2014, en retenant des limitations fonctionnelles correspondant largement à celles posées par les Drs H_____ et G_____. De même, le Dr E_____ avait conclu qu'une activité adaptée était possible du point de vue médical dès le début de l'année 2015, ce qu'il avait confirmé dans son rapport du 28 novembre 2015. L'avis isolé du Dr C_____ ne suffisait pas à mettre en doute les conclusions de ces médecins, lesquels avaient retenu pour l'essentiel des limitations fonctionnelles identiques. La chambre de céans s'est ainsi ralliée aux conclusions du SMR, selon lesquelles l'assuré pouvait exercer une activité adaptée aux restrictions émises par les médecins de la CRR et le Dr I_____, et conclu qu'une telle activité était exigible dès le 1^{er} janvier 2015 conformément à l'évaluation du Dr E_____, spécialiste ayant examiné l'assuré. S'agissant du degré d'invalidité, elle a jugé qu'une reconversion dans une activité adaptée était exigible, au vu des circonstances et notamment de l'importante diminution du dommage que permettrait un changement de profession. Elle a notamment rappelé que l'assuré était âgé de 58 ans en janvier 2015, date à laquelle il avait été considéré apte à reprendre un emploi respectant ses limitations fonctionnelles, soit un âge sensiblement inférieur à celui à partir duquel le Tribunal fédéral considérait qu'une réinsertion professionnelle n'était pas réaliste, que l'absence de formation et le faible niveau linguistique ne constituaient pas des obstacles insurmontables à l'exercice d'une activité peu qualifiée, accessible sans formation préalable. Elle a confirmé que le revenu avec invalidité correspondait au salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'ESS 2012, soit CHF 5'210.- par mois (TA1_skill_level_privé, total, niveau 1), ce qui correspondait à un montant annuel de CHF 66'127.- après indexation et adaptation à la durée normale de travail en 2014. Dans les limites de son pouvoir d'appréciation, l'OAI avait opéré une réduction statistique de 10% sur ce revenu, ce qui le portait à CHF 59'514.-. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait ainsi à un taux d'invalidité de 13.3%, insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations. Même en tenant compte de l'abattement maximal de 25%, le degré d'invalidité (28%) aurait été insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

35. Dans un document interne daté du 3 mai 2017, la SUVA a sélectionné cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) en Suisse romande qui ne supposaient qu'une formation interne, comprise entre une semaine et douze mois, soit les activités de collaborateur de production (contrôle de qualité ; DPT n°8984), d'aide de cafétéria (employé de cafétéria ; DPT n°798), d'employé d'horlogerie (employé au traitement thermique ; DPT n°3729), d'employé de brasserie (cariste ; DPT n°3488) et d' « Angestellter » (service clients ; DPT n°817). Elle a mentionné les salaires 2015 minimum, maximum et moyen de ces postes, soit une moyenne de CHF 49'972.40, CHF 58'852.40 et CHF 54'412.40.
36. Par décision du 5 mai 2017, la SUVA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 25% dès le 1^{er} juillet 2015 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à un taux de 10%. Elle a considéré qu'au vu des seules séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans divers domaines de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution son poignet gauche. Une telle activité, comme celle de surveillant, de contrôleur de petites pièces, d'ouvrier d'usine ou encore de réceptionniste, était médicalement exigible la journée entière et pourrait lui rapporter un revenu résiduel de CHF 4'512.- (part du 13^{ème} salaire comprise). Comparé au salaire de CHF 6'042.- réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 25%. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le montant avait été établi selon les critères de l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202).
37. Par opposition du 12 mai 2017, complétée le 22 juin 2017, l'assuré a contesté la décision de la SUVA et requis l'octroi d'une rente d'au minimum 50% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 15%. Il a soutenu que les évaluations des médecins de la CRR et du Dr I_____ ne tenaient pas compte des constatations objectives et de ses plaintes. Selon lui, ses graves limitations et douleurs étaient incompatibles avec une pleine capacité de travail, même dans une activité adaptée. S'agissant du salaire de valide, les DPT sélectionnés par la SUVA exigeaient une formation élémentaire et deux d'entre eux requéraient l'utilisation des deux mains. Or, ses limitations fonctionnelles ne permettaient pas le port de lourdes charges, les activités nécessitant de la force et de l'endurance du bras et du poignet gauches, ni les activités requérant des mouvements répétitifs du poignet gauche. Le Dr C_____ avait confirmé qu'il présentait également des limitations en raison de la douleur lors d'activité sollicitant l'usage des deux bras. Ainsi, les postes de cariste, d'aide de cafétéria et de contrôleur de qualité ne respectaient pas l'ensemble des restrictions. En outre, il n'avait effectué qu'une scolarité minimale au Portugal, n'avait pas d'autre formation que celle de peintre et ne maîtrisait pas correctement le français, de sorte qu'il ne voyait pas comment il pourrait travailler dans un service client ou comme employé au traitement thermique. S'agissant du taux de l'atteinte à l'intégrité, le Dr I_____ avait retenu une instabilité résiduelle

scapho-lunaire sévère, sans tenir compte de toutes les limitations fonctionnelles et de la symptomatologie douloureuse.

L'assuré a joint un rapport du 23 mai 2017 du Dr C_____, lequel a diagnostiqué une dissociation scapho-lunaire avec une rupture du ligament scapho-lunaire et du TFCC avec une évolution vers une instabilité scapho-lunaire chronique, un syndrome de compression ulno-carpien, un status après une stéotomie de raccourcissement de l'ulna et une plastie du ligament scapho-lunaire, ainsi qu'une douleur chronique du poignet gauche. L'assuré présentait une tuméfaction et des douleurs constantes du poignet gauche, douleurs qui devenaient insupportables après une ou deux heures de travail ou d'une activité quotidienne impliquant l'utilisation de sa main gauche. Après la période post-opératoire, il y avait eu une amélioration de la fonction de 0% à 20% du poignet gauche, mais le recourant était toujours limité par les douleurs, par une rigidité du poignet et une légère tuméfaction de ce dernier lorsqu'il devait utiliser les deux bras. En outre, il souffrait de cervicalgies en raison de hernies discales et d'arthrose de la colonne cervicale, et signalait des douleurs de l'épaule gauche plutôt liées à une contracture musculaire et au déconditionnement du membre supérieur gauche. Le taux de l'activité exigible était de 20% au maximum et l'atteinte à l'intégrité de 80%. Une capacité de réinsertion à 100% n'était pas acceptable car l'assuré, âgé de 59 ans, ne maîtrisait pas correctement le français et n'avait pas d'autre formation que dans son domaine. Il était indépendant et sa capacité de travail n'était pas appréciable dans un autre domaine que le bâtiment. D'un point de vue objectif, son patient n'avait aucune chance de trouver un autre travail vu son état de santé, son âge et ses compétences. Sur le plan psychique, l'état de santé s'aggravait car l'assuré se faisait du souci pour son avenir et était fatigué par les douleurs.

L'assuré a également communiqué un rapport du 24 mai 2017 du Dr E_____ mentionnant les diagnostics d'instabilité scapho-lunaire du poignet gauche sur une lésion du ligament scapho-lunaire et un syndrome d'hyperpression ulno-carpien gauche. Malgré l'intervention subie, il persistait une certaine impotence fonctionnelle et l'enroulement des doigts était limité avec une distance pulpe-paume d'un centimètre, la flexion-extension du poignet gauche était de 40-0-50 contre 65-0-60 à droite et la pronosupination était de 60-0-80 à gauche contre 80-0-90 du côté droit. La force de préhension était de 10 kg à gauche et de 26 kg à droite. La déviation ulnaire était modérément douloureuse au niveau du poignet ulnaire et le test de Watson entraînait une douleur à sa pratique. La radiographie pratiquée le jour même montrait un alignement scapho-lunaire satisfaisant, malgré une position en dorso-flexion du lunaire et une flexion palmaire du scaphoïde, sans signe d'arthrose, et un pincement récidivant entre le cubitus distal et le lunatum. L'assuré était suivi par un autre médecin pour son problème de l'épaule. S'agissant du taux de l'atteinte à l'intégrité, le taux de 10% correspondait à la perte résultant d'une arthrodèse intracarpienne diminuant l'amplitude articulaire de 50% en flexion-extension. Cette limitation n'était pas tout à fait de 50% chez l'assuré, mais

la limitation de l'enroulement des doigts et de l'amplitude de la pronosupination pouvait entraîner une perte fonctionnelle pouvant représenter au total, plutôt 15% que 10%. Une capacité de travail de 100% était « bien évidemment exigible » dans une activité adaptée, telle qu'une activité légère de bureau. Cependant, une telle activité était peu compatible avec le marché du travail, ce d'autant plus que l'assuré était âgé de 60 ans, ne pouvait guère être reclassé professionnellement. Il était peu probable qu'on puisse lui donner une formation professionnelle permettant un reclassement crédible et il paraissait beaucoup plus rationnel d'attribuer une incapacité de travail de 100%.

38. Le 10 août 2017, le Dr I_____ a considéré que l'un des DPT retenus par la SUVA n'était pas compatible avec les restrictions présentées par l'assuré.
39. Dans une appréciation du 11 août 2017, le Dr I_____ a relevé que le rapport du Dr E_____ du 24 mai 2017 concordait très justement à un taux de 10% pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
40. En date du 22 août 2017, la SUVA a procédé à une nouvelle sélection de cinq DPT en remplaçant le travail d'employé de brasserie (cariste ; DPT n°3488) par la fonction de collaborateur de production (opérateur finissage forêts ; DPT n°789126), poste également situé en Suisse romande et ne nécessitant qu'une formation interne d'une durée maximale de quatre semaine. Les moyennes des salaires 2015 minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 49'712.40, CHF 58'592.40 et CHF 54'152.40.
41. Par décision sur opposition du 22 août 2017, reçue le 24 août 2017, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé la décision querellée. Après avoir souligné qu'elle devait faire abstraction de la conjoncture spécialement difficile pour les travailleurs dans la soixantaine, ainsi que des facteurs contextuels, tel que l'âge, elle a maintenu que les DPT retenus pour la comparaison des revenus étaient exigibles de la part de l'assuré. La comparaison entre le revenu sans invalidité (CHF 6'042.-) et celui avec invalidité (CHF 4'512.70) laissait apparaître une perte de 25.31%, de sorte que le taux de la rente devait être confirmé. La SUVA a en outre rappelé que l'OAI avait retenu, sur la base des ESS, un gain annuel de valide de CHF 59'517.-, soit un montant mensuel de CHF 4'959.75, et conclu à une invalidité de 13%. Concernant le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr I_____ s'était fondé sur la table élaborée par les médecins de la SUVA. Compte tenu de l'instabilité scapho-lunaire sévère, le médecin d'arrondissement avait fixé le taux à 10%, taux correspondant à l'atteinte à l'intégrité versée selon la table 1 pour une limitation de mobilité ou par équivalence dans les cas d'une arthrodèse intracarpienne. La SUVA ne pouvait se rallier à l'estimation du Dr E_____ car son médecin d'arrondissement avait rappelé que les limitations de mobilité des doigts et du poignet concordait très justement à un taux de 10%.
42. Par acte du 25 septembre 2017, l'assuré, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement,

à ce que soient ordonnées une comparution personnelle des parties, l'audition des Drs C_____ et E_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 22 août 2017, à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait droit, depuis le 1^{er} juillet 2015, à une rente d'invalidité calculée sur la base d'une diminution de la capacité de gain de 89% et d'une diminution de rendement d'au minimum 20%, et à ce qu'il soit dit et constaté qu'il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Le recourant a notamment fait valoir que la mise en œuvre d'une expertise orthopédique était indispensable dans la mesure où son état de santé s'était dégradé postérieurement à son hospitalisation à la CRR si bien que les constatations et conclusions des médecins y exerçant n'apparaissaient plus actuelles. De plus, les avis du Dr I_____ apparaissaient contradictoires puisque ce médecin avait indiqué dans son appréciation du 21 novembre 2014 que l'activité habituelle de peintre était exigible à plein temps sans baisse de rendement, moyennant une simple adaptation du poste de travail, avant de mentionner le contraire quelques jours plus tard, soit le 18 décembre 2014. Compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles, de l'impotence liée à la raideur persistante et des graves douleurs, une activité à temps complet, même adaptée, n'était pas exigible. En l'état, il concluait, à l'instar de son médecin traitant, à un taux maximum de 20% dans une activité adaptée et il s'imposait de retenir une diminution de rendement de 20%, ce qui correspondait d'ailleurs à ce que prévoyait le DPT de collaborateur de production dont l'intimée se prévalait. Le recourant a également soutenu que les DPT sélectionnés ne pouvaient pas être considérés comme exigibles. Ainsi, les fonctions de collaborateur de production, d'aide de cafétéria et d'employé d'horlogerie nécessitaient l'usage des deux mains et parfois le port et le déplacement de charges ou d'objets lourds, ce qui ne respectait pas les restrictions retenues par le Dr I_____ et les médecins de la CRR. Le poste de collaborateur de production n'était pas non plus exigible car il impliquait de soulever des charges supérieures à 5 kg au niveau du buste. En outre, les professions d'employé d'horlogerie et d'« Angestellter » exigeaient une formation et la maîtrise du français, de sorte qu'elles n'étaient pas exigibles. L'intimée avait omis de tenir compte de la perte de rendement prévue par le DPT de collaborateur de production à hauteur de 10% à 20%. Il convenait de se fonder sur le salaire moyen prévu par le DPT n°8984, soit CHF 52'000.-, imputé d'une diminution de rendement de 20%, soit CHF 41'600.-. Ainsi, au vu du taux de la capacité résiduelle de travail de 20%, la perte de gain s'élevait à 88.52%, soit un degré d'invalidité de 89%. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, vu la gravité des séquelles persistantes, les graves douleurs et les limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de s'écarter du taux de 15%, soit le maximum prévu pour le type d'atteinte à l'intégrité dont il avait été victime.

Le recourant a notamment produit un rapport du Dr C_____ daté du 14 septembre 2017, dont la teneur est pratiquement identique à celle du rapport du 23 mai 2017, étant ajouté que toute expertise de l'état de santé du recourant n'avait pas de valeur probante tant qu'elle était faite au repos et sous traitement

médicamenteux. Une réelle évaluation n'était valable qu'en milieu professionnel, comme dans un centre de rééducation.

43. Dans sa réponse du 24 novembre 2017, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au déboutement du recourant de toutes ses conclusions. Elle a rappelé que les avis des médecins étaient unanimes quant aux diagnostics posés et pour l'essentiel identiques concernant les limitations fonctionnelles. Le recourant ne faisait état d'aucune restriction objective qui n'aurait pas été dûment prise en compte par le médecin d'arrondissement ni n'indiquait quelles limitations objectives justifieraient de s'écarter de l'appréciation du Dr I_____. Il n'établissait pas non plus une dégradation de son état de santé postérieure à son séjour à la CRR. Aucun rapport médical du dossier ne permettait de s'écarter des conclusions du Dr I_____ quant à la capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans limitation de rendement. Seul le Dr C_____ contestait l'aptitude du recourant à exercer une activité à plein temps, sans que cet avis ne repose sur des éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en compte par les autres médecins. Cet avis n'était ainsi pas de nature à mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement, de sorte qu'il y avait lieu d'admettre que le recourant pouvait exercer, à 100% et sans baisse de rendement, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles émises par les médecins de la CRR et le médecin d'arrondissement. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimée a invoqué que, si les DPT qu'elle avait sélectionnés devaient être écartés, il y aurait lieu de se référer aux ESS et non pas à un seul DPT comme le proposait le recourant. Ainsi, il y aurait lieu de retenir un revenu mensuel de CHF 5'312.- (ESS 2014, TA1, niveau de compétences 1, hommes), adapté à la durée normale du travail (41.7 heures) et indexé à 2015 (année de l'ouverture du droit à la rente ; + 0.4%), soit un revenu mensuel de CHF 5'559.90 ou annuel de CHF 66'719.-. En tenant compte d'une réduction de 10%, le taux d'abattement confirmé par la chambre de céans dans le cadre de la procédure relative à l'assurance-invalidité, le revenu hypothétique d'invalidé s'élèverait à CHF 60'047.10. Le revenu d'invalidé ainsi déterminé tenait compte d'activités simples pouvant être exercées sans connaissances ou formations particulières, ainsi que du fait que le recourant ne possédait pas d'expérience dans le domaine considéré. L'absence de formation et le faible niveau linguistique ne constituaient pas des obstacles insurmontables à l'exercice d'une telle activité peu qualifiée, accessible sans formation préalable. Et il ne s'agissait pas de circonstances personnelles et professionnelles dont il y avait lieu de tenir compte lors de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé au moyen de salaire statistique. Après comparaison avec le revenu sans invalidité, non contesté, de CHF 72'500.-, la perte économique s'élevait à CHF 12'452.90, soit un taux d'invalidité de 17.17%. Ce taux était inférieur à celui fixé sur la base des DPT, de sorte que les critiques formulées par le recourant à leur encontre étaient irrelevantes pour l'issue du litige. Enfin, concernant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a souligné que la fixation de cette indemnité dépendait exclusivement de facteurs médicaux objectifs, n'était d'aucune manière liée à

l'importance de l'incapacité de gain et devait faire abstraction des effets particuliers ressentis par un individu donné et traduire une évaluation abstraite, médico-théorique, valable pour tous les assurés. Rien ne justifiait de s'écarter du taux fixé par le médecin d'arrondissement. En définitive, il n'y avait aucun élément médical objectif susceptible de modifier les conclusions du Dr I_____, de sorte que les mesures d'instructions sollicitées par le recourant ne se justifiaient pas, les renseignements nécessaires pour statuer sur son droit aux prestations s'avérant suffisantes.

44. Par écriture du 16 février 2018, le recourant a intégralement persisté dans les conclusions prises en tête de son recours, y compris ses conclusions préalables.
45. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Conformément à l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (al. 3, 1^{ère} phrase).

La décision sur opposition du 22 août 2017 ayant été communiquée le 24 août 2017, le délai de recours a commencé à courir le 25 août 2017 et est arrivé à échéance le samedi 23 septembre 2017. Son terme a donc été reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit au lundi 25 septembre 2017, de sorte que le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

5. Le litige porte, d'une part, sur le degré d'invalidité du recourant et, d'autre part, sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, 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).

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).

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

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 LPGA).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent 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, à ce motif, 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 125 V 256 consid. 4 et les références). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

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

c. 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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).
10. a. En l'espèce, il est rappelé au préalable que la chambre de céans a déjà été appelée à se prononcer sur la valeur probante des rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure et qu'elle a considéré que l'avis isolé du Dr C_____ ne permettait pas de douter des conclusions convergentes des Drs I_____, G_____ et H_____, lesquelles étaient en outre corroborées par celles du Dr E_____. Elle a ainsi jugé, dans son arrêt du 25 janvier 2017 entré en force, que le recourant

disposait d'une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de janvier 2015 (ATAS/46/2017).

b. Le recourant soutient que son état de santé se serait dégradé postérieurement à son séjour à la CRR, de sorte que les conclusions des Drs G_____ et H_____ ne seraient plus d'actualité.

La chambre de céans observe cependant que les rapports du Dr C_____ des 23 mai et 14 septembre 2017 mentionnent les mêmes diagnostics que ceux figurant dans le rapport de la CRR. Ils ne contiennent par le moindre élément concret de nature à remettre en cause les limitations fonctionnelles alors retenues ou leur répercussion sur la capacité de travail dans une activité les respectant. En réalité, l'appréciation du médecin traitant repose avant tout sur les douleurs alléguées, dont il est rappelé que plusieurs spécialistes ont indiqué qu'elles ne s'expliquaient pas par des causes objectives (cf. rapport de la CRR du 30 octobre 2014, rapports du Dr E_____ des 24 novembre 2014 et 27 octobre 2015), ainsi que sur les difficultés liées à une reconversion professionnelle et découlant de la situation personnelle du recourant, à l'instar du manque de formation, de l'âge ou encore de la méconnaissance du français, et non de son état de santé.

Quant au rapport du Dr E_____ du 24 mai 2017, il reprend les mêmes diagnostics que ceux posés dans son rapport du 24 novembre 2014 et confirme expressément l'existence d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. D'ailleurs, l'examen clinique de ce médecin tend plutôt à démontrer une certaine amélioration des amplitudes et de la force du poignet gauche puisqu'il a observé une flexion-extension de 40-0-50 et une pronosupination de 60-0-80 (rapport du 24 mai 2017), alors que la flexion-extension était de 20-0-45 et la pronosupination de 70-0-70 lors de sa consultation du mois de novembre 2015 (rapport du 28 novembre 2015). Quant à la force de préhension, calculée à 8 kg en novembre 2015, elle était de 10 kg en mai 2017 (rapports des 28 novembre 2015 et 24 mai 2017).

Il appert donc que ces documents n'établissent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, l'existence d'une aggravation des troubles résultant du sinistre assuré, étant précisé au surplus que le recourant ne soutient pas que ses cervicalgies ou ses douleurs au niveau de l'épaule seraient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 11 janvier 2013, ce qui n'est d'ailleurs manifestement pas le cas. En effet, le Dr C_____ a précisé en 2015 que les cervicalgies chroniques existaient depuis cinq ans (rapport du 28 octobre 2015) et que les douleurs de l'épaule, signalées en 2017 seulement, étaient liées à une contracture musculaire et au déconditionnement du membre supérieur gauche (cf. rapport du 27 mai 2017).

c. La chambre de céans relèvera encore à l'attention du recourant que les avis du Dr I_____ ne comportent pas la moindre contradiction dès lors que ce médecin a expliqué, dans son avis du 18 décembre 2014, que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée contrairement à ce qu'il avait mentionné dans son appréciation du

21 novembre 2014, puisque le recourant avait déclaré le 8 décembre 2014 que son métier nécessitait l'usage des deux mains.

11. Force est donc de constater que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure et postérieures à l'arrêt du 25 janvier 2017 permettent de confirmer que le recourant dispose d'une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2015, de sorte que la décision sur opposition du 22 août 2017 n'est pas critiquable sur ce point.

Les mesures d'instruction complémentaire sollicitées par le recourant ne sont donc pas justifiées. À toutes fins utiles, il sera rappelé que la « réelle évaluation » en milieu professionnel évoquée par le Dr C_____ a déjà eu lieu lors du séjour à la CRR, mais que le recourant n'y a toutefois pas vu d'intérêt (cf. rapport de la CRR du 30 octobre 2014).

12. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité.
13. a. 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).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

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

- b. La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni

admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3).

c. En l'absence de DPT recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). À noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1_skill_level des ESS publiées depuis 2012 (cf. lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et

les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

14. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).
15. a. En l'occurrence, l'intimée ne s'est pas référée au degré d'invalidité établi par la chambre de céans suite au litige relatif à l'assurance-invalidité (13%), mais a procédé à sa propre évaluation (25%), laquelle est plus favorable au recourant.
- b. Ce dernier ne remet pas en question le revenu annuel sans invalidité, fixé par l'intimée à CHF 72'500.- (CHF 6'042.- par mois) conformément aux indications communiquées par l'employeur.
- c. S'agissant du revenu d'invalidité arrêté à CHF 54'152.40 sur la base des DPT, il fait valoir que les emplois sélectionnés par l'intimée ne sont pas compatibles avec

ses limitations fonctionnelles ou supposent des compétences qu'il n'a pas. Il propose de se référer au seul DPT qu'il considère adapté, moyennant la prise en compte d'une baisse de rendement.

L'intimée a retenu cinq postes dans les cantons de Genève et Vaud, lesquels ne requièrent qu'une formation interne comprise entre une semaine et douze mois, soit les activités de collaborateur de production (contrôle de qualité ; DPT n°8984), d'aide de cafétéria (employé de cafétéria ; DPT n°798), d'employé d'horlogerie (employé au traitement thermique ; DPT n°3729), de collaborateur de production (opérateur finissage forêts ; DPT n°789126) et d'« Angestellter » (service clients ; DPT n°817). Ces DPT ont été établis en fonction des conditions salariales valables en 2015 et n'apparaissent pas d'emblée incompatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, étant souligné que les médecins ont considéré que l'intéressé, droitier, était apte à exercer une activité en position assise ou debout, sans port de charges du poignet gauche et sans mouvements répétitifs ou nécessitant de la force et de l'endurance de cette articulation. Les DPT précités ne requièrent pas l'exécution, par la main gauche, de tels mouvements et on ne saurait écarter les métiers retenus pour la simple raison que l'utilisation des deux mains est partiellement requise. La situation du recourant n'est pas assimilable à celle d'une personne ne pouvant que réaliser des tâches monomanuelles puisqu'il n'est pas totalement privé de l'usage de sa main gauche.

Cela étant, il sied de rappeler que lorsque les DPT n'ont pas été recueillis conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il convient de s'en écarter et d'appliquer les statistiques résultant de l'ESS. Or, une telle solution serait manifestement préjudiciable au recourant, étant souligné que la chambre de céans a déjà jugé conforme, dans la procédure en matière d'assurance-invalidité, de se référer au salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives (ESS 2012 - TA1_skill_level_privé, total, niveau 1) et a fixé le revenu avec invalidité à CHF 59'514.- pour 2014, après indexation, adaptation à la durée normale de travail et prise en compte d'une réduction statistique de 10%. En se basant sur l'ESS 2014, le salaire déterminant s'élèverait à CHF 5'312.- par mois (TA1_skill_level_privé, total, niveau 1), soit CHF 63'744.- par année pour 40 heures de travail. Indexé à 2015, année de naissance du droit à la rente (indice 2014 : 2220 ; indice 2015 : 2226), et adapté à la durée normale de travail (41.7 heures en 2015), il s'élèverait à CHF 66'632.70. Aucun élément ne justifierait de s'écarter de la réduction de 10%, jugée dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'OAI, de sorte que le revenu annuel d'invalidé devrait être fixé à CHF 59'969.45, soit un montant nettement supérieur à celui retenu par l'intimée (CHF 54'152.40).

16. Partant, la décision dont est recours n'est pas critiquable sur ce point non plus.
17. Reste la question du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
18. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a

droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

19. a. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

b. Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de

l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

20. a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

b. La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

La table 1.2 prévoit, en ce qui concerne le poignet, un taux d'atteinte à l'intégrité de 25% pour un poignet bloqué en extension, avec une perte de la pronation et de la supination, de 30 % pour un poignet bloqué en flexion ou en extension à 45°, de 15% pour une arthrodèse radio-carpienne et de 10% pour une arthrodèse intracarpienne.

Quant à la table 6, elle mentionne un taux compris entre 0 et 5% en cas d'instabilité modérée du poignet et entre 5 et 15% en cas d'instabilité grave. Ces taux sont fixés entre 0 et 5% pour les instabilités modérées de l'extrémité supérieure du radius et de l'extrémité inférieure du cubitus, respectivement entre 0 et 5% en cas

d'instabilité grave de l'extrémité supérieure du radius et entre 5 et 10% en cas d'instabilité grave de l'extrémité inférieure du cubitus.

c. À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a confirmé un taux de 5% dans le cas d'un assuré victime d'une fracture du radius gauche et présentant une mobilité restreinte du poignet (arrêt du Tribunal fédéral 8C_687/2011 du 28 juin 2012).

21. Dans le cas d'espèce, les troubles du recourant ne figurant pas dans la liste émanant des tables de la SUVA, le médecin d'arrondissement a retenu un taux de 10% en raison de l'instabilité résiduelle scapho-lunaire sévère. Il a précisé que ce pourcentage correspondait également à celui en cas d'arthrodèse intracarpienne (blocage définitif de l'articulation) ou à une atteinte résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs.

Rien ne justifie de s'écarter de l'évaluation du Dr I_____ au profit de celle du Dr E_____, lequel n'a pas motivé les raisons pour lesquelles une indemnité supérieure (15%) devrait être retenue. Il est en particulier rappelé qu'il ressort des constatations médicales, lesquelles ne sont pas contestées par le recourant, que le poignet de celui-ci n'est nullement bloqué, mais que sa mobilité est restreinte en flexion-extension, en pronosupination, et que l'enroulement des doigts est limité avec une distance pulpe-paume d'un centimètre selon le dernier examen (cf. rapport du Dr E_____ du 24 mai 2017).

22. Eu égard à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-dessus, le taux fixé par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique.

23. a. Le recourant a sollicité une comparution personnelle des parties, l'audition des Drs C_____ et E_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise.

b. 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 469 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b ; ATF 122 V 162 consid. 1d).

c. Dès lors que le dossier contient suffisamment d'éléments permettant à la chambre de céans d'apprécier le cas qui lui est soumis, ni une comparution personnelle des parties, ni l'ouverture des enquêtes ne sont utiles à la résolution du litige et les demandes du recourant y relatives doivent être rejetées. En effet, l'intéressé a pu faire valoir son argumentation et développer ses griefs dans le cadre des différentes écritures et pièces qu'il a déposées en cours de procédure, notamment les rapports médicaux récents et détaillés des Drs C_____ et E_____.

L'audition de ces derniers n'est pas de nature à modifier l'appréciation des preuves par la chambre de céans.

24. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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