

GE_GERICHTE A/4542/2019 vom 21. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4542_2019

FR: GE_GERICHTE A/4542/2019 du 21 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE A/4542/2019 del 21 settembre 2020

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié _____, à LES AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstr. 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963, naturalisé suisse en septembre 2010, droitier, travaillait à plein temps en dernier lieu en tant que plâtrier en classe « B » au service de l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur). Il était à ce titre assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 1^{er} novembre 2015, à la sortie d'un sauna, il a chuté avec réception sur la main droite, ayant entraîné une fracture intra-articulaire de la base du 5^{ème} métacarpien droit, traitée conservativement. Il a été mis en arrêt de travail total. 2. Le sinistre a été annoncé par l'employeur le 2 novembre 2015. 3. La CNA a pris le cas en charge. 4. Le 1^{er} mars 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a effectué, suite à la découverte d'un cal vicieux, une ostéotomie du 5^{ème} métacarpien droit, associée à un curetage et comblement d'un volumineux kyste osseux intra-hamatum à droite. 5. Le 25 mai 2016, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée, ainsi qu'une ténolyse du tendon extenseur propre du 5^{ème} doigt. 6. Le 4 juillet 2016, l'assuré a repris son travail habituel à mi-temps. 7. Une arthro-CT (scanner) du poignet droit pratiquée le 6 septembre 2016 a révélé une zone d'ulcération focale de la partie distale du cartilage du pisiforme s'étendant sur 2 mm et mettant à nu l'os sous-chondral. 8. Le 29 septembre 2016, l'assuré a été licencié avec effet immédiat pour faute grave; date à compter de laquelle le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail totale, une rechute ayant été annoncée le jour-même. 9. En raison de la persistance de douleurs au niveau de la base du 5^{ème} métacarpe et ulno-carpien, une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) du poignet droit a été réalisée le 21 décembre 2016, mettant en évidence une dilacération des fibres styloïdiennes du ligament triangulaire du carpe, un index radio-cubital positif sans signe de conflit ulno-carpien, et sans anomalie évidente au niveau de la base du 5^{ème} métacarpien. 10. Le 8 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une atteinte à la main droite. 11. Du 30 mai au 21 juin 2017, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) à Sion, pour une rééducation intensive, une évaluation multidisciplinaire et une évaluation professionnelle. 12. Dans son rapport du 25 juillet 2017, le Dr C_____ a proposé de procéder à une exérèse de l'os pisiforme du poignet droit. Cette intervention a eu lieu le 4 septembre 2017. 13. Dans son rapport du 25 janvier 2018, le Dr C_____ a signalé des douleurs ulno-carpiennes à droite avec une diminution de la force. 14. Le 3 avril 2018, l'assuré a été examiné par le docteur

D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement à la CNA Genève. L'objectif de cet examen était de déterminer si l'état de l'assuré était actuellement stabilisé, de procéder à un examen final pour se prononcer sur l'exigibilité et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Après avoir relevé l'évolution du cas, sur la base des pièces médicales du dossier, décrites et brièvement résumées, l'examineur a noté les plaintes de l'assuré - lequel, toujours suivi par le Dr C_____, déclarait être actuellement essentiellement limité dans la force de l'utilisation de la main droite, son membre dominant; il estimait ainsi ne pas pouvoir envisager la reprise de son métier antérieur de plaquiste; il indiquait aussi que la dernière intervention (chirurgicale) n'avait pas amélioré sensiblement son état, qui était assez comparable à celui observé à la CRR. Le médecin d'arrondissement a ensuite procédé à l'examen clinique : le déshabillage étant facile et fluide, aucune limitation fonctionnelle ni de l'épaule ni du coude n'étant observée, l'examen s'est donc limité à l'avant-bras et à la main. L'examineur a notamment relevé que la douleur était constante; péri-styloïde ulnaire et interligne articulaire radio-ulnaire sans douleur exquise localisée; sans douleur en particulier des tendons. L'assuré était capable d'empoigner une bouteille et de la retenir, de façon très forte à la main G, mais avec une capacité significative de la main D, une fois empoignée correctement. Le soulèvement d'un fauteuil par exemple était tout à fait possible, ainsi que sa mobilisation. Il a ensuite décrit les différents documents d'imagerie composant le dossier radiologique depuis la survenance de l'accident du début décembre 2015. Il a retenu les diagnostics de fracture intra-articulaire de la base du 5^{ème} métacarpe D, rupture du TFCC, conflit ulno-carpien, ablation du pisiforme, persistance possible d'un conflit ulno-carpien. S'agissant de son appréciation du cas, le Dr D_____, après avoir relevé les données anamnestiques pertinentes, a observé que si l'on se référait au rapport de la CRR, et si l'on intégrait le fait qu'il avait été procédé entretemps à une résection du pisiforme, une nette amélioration des douleurs pouvait être constatée. Celles-ci étaient purement localisées; alors qu'elles étaient invoquées comme constantes à 5/10 allant jusqu'à 7/10, on les évaluait actuellement difficilement à plus de 2/10 et uniquement en cas d'utilisation du membre, qui paraissait sous-utilisé de façon volontaire (plus ou moins consciemment). Comme déjà constaté à la CRR, il existait une grosse dissociation entre le MSG et le MSD en ce qui concerne la force, assez surprenante dans la mobilisation (valeurs proches de 0, alors qu'il n'existait pas d'élément dépressif patent); le fait que l'assuré n'ait pas repris son travail entraînait certainement une thymie abaissée avec une répercussion sur le MS dans son utilisation; mais l'électromyogramme était normal; l'évaluation fonctionnelle initialement effectuée à la CRR avait montré qu'une autolimitation de l'effort était probable. Un rapport d'ergothérapie avec l'évolution des mobilités et des forces était proche de ce qui avait été constaté à la CRR; ce rapport notait également une autolimitation des mouvements par l'assuré. Selon l'évaluation au cours des ateliers professionnels, l'intégration de la main D était faible. Parfois l'assuré évoquait des pistes de reconversion (chauffeur de taxi, activité bimanuelle) dont il semblait brièvement, à l'examen du jour, et plus complètement au cours du séjour à la CRR, que l'assuré ait une parfaite attitude avec l'utilisation et l'intégration des deux mains, alors qu'en cours d'évaluation séparée, le tableau était un peu incohérent dans cette utilisation qui spontanément se révélait au cours de l'examen de ce jour tout à fait possible, dans la mesure où le chirurgien de la main pourrait logiquement, peut-être après de nouveaux examens pour démontrer le conflit ulno-carpien, proposer par exemple un raccourcissement du cubitus. Il faudrait toutefois se poser la question, dans ce cas, du bénéfice risque et du résultat que l'on pourrait obtenir légitimement sur la douleur, seul

facteur vraiment limitant objectif. Quant à la mobilité, elle était tout à fait excellente et supérieure à ce qui avait pu être constaté objectivement au cours du séjour à la CRR. En l'absence de nouvelle chirurgie réalisée dans les conditions d'évaluation précitées, le médecin d'arrondissement pouvait considérer que l'examen était un examen final avec aucune limitation fonctionnelle objective retenue, au vu du nombre de limitations démontrées par l'assuré. La situation est stabilisée au point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles; le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité, bien que favorable sur la base de constatations objectives, paraissait toutefois extrêmement compromis sur le plan pratique. Seule la douleur, là encore difficile à objectiver sur le plan des seules constatations médicales et peut-être d'un nouveau bilan d'objectivation du conflit entre l'ulna et le carpe, représentait un frein, avec une interrogation sur une intervention possible, sous réserve du bénéfice-risque et d'une adhésion pleine et entière de l'assuré. Le pronostic de réinsertion dans une activité moins lourde était tout à fait favorable, avec un rendement complet, à l'issue de 6 mois postopératoires sans complications après nouvelle chirurgie sur l'ulna ou dès ce jour, si cette intervention ne faisait pas la preuve de sa pertinence ou de son acceptation. 15. Il résultait d'une notice téléphonique du 2 mai 2018 entre l'assuré et la gestionnaire de la CNA Genève que l'intéressé avait revu son médecin, et que finalement il n'y aurait pas de nouvelle intervention chirurgicale; le médecin traitant allait envoyer un courrier à l'assureur, pour expliquer que l'assuré ne pouvait plus reprendre son travail. La gestionnaire avait expliqué à ce dernier les principes de stabilisation, d'exigibilité, et de droit à la rente. Si le courrier de son médecin apportait des éléments nouveaux, le dossier serait à nouveau soumis au service médical. La gestionnaire confirmait à l'assuré qu'elle allait lui envoyer le courrier de bouclage, et qu'elle restait à disposition pour tous éclaircissements éventuels. 16. Par courrier du jour même, la gestionnaire de la CNA Genève confirmait à l'assuré qu'à la suite du dernier examen médical (par le médecin d'arrondissement) ayant révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement, la CNA mettait fin au paiement des soins médicaux avec effet au 31 août 2018, mais elle continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires. Afin de permettre à l'assuré d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'OAI les démarches pour trouver un poste de travail, les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 31 août 2018. Pour le reste, la CNA examinait si elle pouvait encore lui allouer d'autres prestations d'assurance (notamment la question de la rente éventuelle). 17. Dans son rapport du 8 mai 2018, adressé au médecin d'arrondissement de la CNA Genève, le Dr C_____ a attesté que la situation était consolidée sur le plan médical : à la consultation du 30 avril 2018, les différents éléments carpiens étaient sensibles à la palpation. Il ne pouvait donc pas attribuer ces douleurs à un éventuel conflit ulno-carpien; la situation était donc consolidée et il n'arriverait pas améliorer les symptômes par d'autres mesures chirurgicales ou conservatrices; il convenait, selon lui, d'engager au plus vite des mesures de reclassement professionnel. 18. Le 8 octobre 2018, le Dr D_____ a procédé à une évaluation de l'atteinte à l'intégrité, fondée sur l'examen final du 3 avril 2018. Il a évalué l'atteinte à l'intégrité à hauteur de 10 % : en se référant au tableau des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table n° 5, arthrose radio-carpienne moyenne, compte tenu des résections réalisées au détriment de cette articulation, et par assimilation et comparaison, on pouvait comparer le taux admissible à celui d'une arthrose moyenne de la radio-carpienne, soit 10 %. 19. Par projet de décision du 1 er mars 2019, l'OAI proposait d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité entière limitée dans le temps (1 er septembre 2017 au 28 février 2018), au motif qu'à partir du 12 décembre 2017, le degré d'invalidité s'élevait à 17 %. 20. Par décision du

6 septembre 2019, la division Prestations de la CNA a nié tout droit à une rente d'invalidité, au motif que l'assuré ne subissait aucune incapacité de gain. Il ressortait des investigations de la CNA (Genève), notamment sur le plan médical, que l'assuré était à même, en ce qui concerne les suites de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter de charges lourdes. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettait de réaliser, au vu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), pour un homme, niveau de compétence 1, un salaire annuel de CHF 67'406.- Comparé au gain réalisable sans atteinte à la santé, fixé à CHF 66'982.- par année, sur la base de la Convention collective de travail du second oeuvre, l'assuré ne subissait aucune perte de gain. Une IPAI de 10 %, correspondant au montant de CHF 12'600.-, était allouée à l'assuré. 21. Le 7 octobre 2019, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition contre la décision précitée : il a conclu à un nouveau calcul du taux d'invalidité, et à ce que l'IPAI soit revue à la hausse. L'évaluation du degré d'invalidité retenu par la CNA, (sans perte de gain à l'issue de la comparaison des revenus avec et sans atteinte à la santé) était contestée : l'OAI avait retenu un taux d'invalidité de 17.2 % : indépendamment du fait qu'il contestait également le taux retenu par l'assurance-invalidité, il n'y avait aucune raison que la CNA s'écarte du taux retenu par l'OAI dans sa décision du 7 mai 2019, - qui devrait donner droit à une rente d'invalidité selon la LAA. Le fait que la décision de l'OAI fasse actuellement l'objet d'un recours n'y changeait rien. De surcroît, la CNA, à tort, ne tenait pas non plus compte d'une réduction supplémentaire en fonction de l'exigibilité et du rendement. Il contestait en outre le taux de 10 % retenu au titre d'atteinte à l'intégrité, au motif que la CNA ne justifiait pas son appréciation; l'assuré considérait que la perte de l'usage de sa main droite constituait une atteinte grave justifiant d'augmenter le taux de diminution de l'intégrité. 22. Le 21 octobre 2019, le médecin d'arrondissement - à qui le dossier avait à nouveau été soumis, dans le cadre de l'instruction de l'opposition, afin notamment qu'il décrive de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assuré, et se prononce sur la capacité de travail (CT) dans l'activité habituelle de plâtrier, respectivement dans une activité adaptée - a procédé à une nouvelle appréciation médicale. Après avoir repris l'analyse des documents pertinents versés au dossier, se référant à son examen du 3 avril 2018, il a rappelé que l'assuré montrait de nombreuses autolimitations d'origine subjective empêchant l'évaluation; ce qui avait été démontré lors de son séjour à la CRR. Il a observé que si l'exercice du pisiforme, pratiqué le 4 septembre 2017, n'avait pas amélioré la fonction, elle avait en revanche « très nettement amélioré les douleurs ». S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier, il a retenu que celle-ci n'était plus exigible. Il a, ensuite, décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail nécessitant le soulèvement de poids supérieurs à 3 kg du côté lésé (main droite dominante), le côté gauche étant sain; pas de mouvements nécessitant une hyperextension du poignet avec la main droite; pas de soulèvement de poids supérieurs à 3 kg avec la main droite; pas d'utilisation du poignet en flexion/extension rapide ou intensive du côté droit. En respectant ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité dans tout travail était de 100 % sans diminution de rendement. 23. Par décision sur opposition du 8 novembre 2019, la CNA Lucerne, a rejeté l'opposition. Après avoir rappelé les dispositions et principes jurisprudentiels applicables, elle a retenu qu'au terme du séjour effectué par l'assuré en mai/juin 2017 à la CRR, les médecins de ce centre avaient considéré (rapport d'évaluation pluridisciplinaire du 5 juillet 2017) que les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré s'expliquaient en partie seulement par les lésions objectives constatées durant le séjour. Selon eux, des facteurs contextuels (kinésiophobie modérée, catastrophisation élevée, associée à un

handicap subjectif hors de proportion avec les constatations objectives, et une focalisation sur la douleur ainsi que de nombreuses autolimitations) influençaient probablement négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré; au vu des nombreuses autolimitations démontrées par l'intéressé, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être clairement retenue. Lors de son examen personnel de l'assuré en avril 2018, le médecin d'arrondissement arrivait pratiquement aux mêmes conclusions; il retenait que la situation devait être considérée comme stabilisée. Selon lui, le pronostic de réinsertion dans une activité moins lourde était favorable, avec un rendement complet. Dans son appréciation complémentaire d'octobre 2019, le Dr D_____ a défini les limitations fonctionnelles, en expliquant que l'assuré devait éviter le soulèvement de poids supérieurs à 3 kg avec la main droite, les mouvements nécessitant une hyperextension du poignet avec la main droite et l'utilisation du poignet droit en flexion/extension rapide ou intensive. Il arrivait à la conclusion que la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, sans diminution de rendement. Dans son opposition, l'assuré n'apportait aucun élément médical susceptible de démontrer que les conclusions du médecin d'arrondissement ne résisteraient pas à l'examen, voire que sa situation médicale l'empêcherait de travailler et d'exercer une activité adaptée respectant le profil d'exigibilité défini par le médecin d'arrondissement, dont les conclusions devaient toujours être retenues. L'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative, le revenu d'invalidé pouvait être calculé sur la base de l'ESS - en l'occurrence l'ESS 2016 -, pour un homme dans le secteur privé, avec niveau de compétence 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière : soit un salaire de CHF 5'340.- par mois. Après adaptation de la durée de travail hebdomadaire usuelle en Suisse (41,7 h/sem.) et à l'évolution des salaires jusqu'en 2018, année de naissance du droit à la rente, le revenu d'invalidé s'élevait à CHF 67'406.- par année. La CNA a ensuite expliqué en quoi aucun abattement sur le salaire statistique ne se justifiait. Quant au revenu sans invalidité, selon la jurisprudence, le gain de valide est généralement fixé sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. En l'espèce, il y avait toutefois lieu de rappeler que le motif qui avait conduit au licenciement de l'assuré le 29 septembre 2016 ne tenait pas aux conséquences de son accident mais découlait d'une faute grave dans le cadre des rapports de travail. Dans un tel cas, la jurisprudence a précisé que le revenu sans invalidité pouvait être déterminé sur la base du salaire minimum prévu par la convention collective de travail applicable dans la branche concernée, y compris en tant qu'elle prévoit un 13^{ème} salaire, un tel salaire étant, pour une personne ne bénéficiant d'aucune formation reconnue dans la branche en question, plus précis que celui qui ressort de l'ESS. Tenant compte du nombre d'années d'expérience de l'assuré en tant que plâtrier, la division des prestations avait pris comme référence le salaire d'un ouvrier de la classe « A » de la CCT du Second oeuvre romand 2018 (CCT-SOR), soit un salaire mensuel de CHF 5'153.-, ou annuel de CHF 66'989.-. S'il était vrai que ce salaire s'écartait du revenu hypothétique fixé par l'OAI à CHF 74'267.- dans son projet d'acceptation de rente limitée dans le temps, il ne saurait toutefois être considéré comme critiquable au vu de la jurisprudence rappelée. La comparaison des revenus ne laissait apparaître aucune perte de capacité de gain, et par conséquent aucun droit à une rente d'invalidité. S'agissant de l'IPAI, après avoir rappelé les dispositions et documentation applicables, la CNA a considéré que le médecin d'arrondissement, aux termes de son examen du 3 avril 2018, se référant à la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA avait retenu un taux

de 10 %, estimant que la situation au niveau du poignet droit était assimilable à celle d'une arthrose moyenne de la radio-carpienne. Contrairement aux critiques de l'assuré, force était de constater que cette appréciation était suffisamment motivée; au demeurant, au vu de la description des limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement, on ne saurait suivre l'assuré lorsqu'il allègue qu'il aurait totalement perdu l'usage ou la fonctionnalité de sa main droite. Ainsi, l'appréciation du médecin d'arrondissement quant à la quotité de l'atteinte à l'intégrité n'était pas critiquable. 24. Représenté par son conseil, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition susmentionnée par mémoire du 9 décembre 2019. Il conclut préalablement à la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé sur le recours interjeté le 7 juin 2019 contre la décision du 7 mai 2019 de l'OAI (procédure A/2191/2019). Au fond, il conclut à l'annulation de la décision entreprise, et à ce qu'il soit dit qu'il a le droit à une rente d'invalidité dès le 2 novembre 2016, ainsi qu'à une IPAI de 15 %, le tout avec suite de frais et dépens. Sur le fond, il conteste la manière dont l'intimée a calculé le taux d'invalidité. Il fait tout d'abord valoir que les douleurs permanentes de sa main droite et la mobilité réduite de son poignet droit, des suites de la fracture subie en novembre 2015 et des opérations chirurgicales qui s'en sont suivies l'empêchent de travailler. Reprenant son argumentation précédente, il persiste à reprocher à l'intimée de s'être écartée sans motif de l'évaluation du taux d'invalidité retenu par l'OAI dans la décision faisant l'objet du recours pendant devant la chambre de céans (17.2 % donnant droit à une rente d'invalidité selon la LAA). Il reproche encore à l'intimée de refuser de tenir compte d'une réduction supplémentaire du salaire hypothétique en fonction de l'exigibilité et du rendement. La jurisprudence admet un abattement à raison d'autres circonstances que la cause incapacitante (par exemple l'âge de l'assuré, sa nationalité, ses années de service, ...) dans la limite maximale de 25 %. À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a notamment retenu un abattement de 15 % dans le cas d'un ouvrier dans le bâtiment de 51 ans, détenteur d'un permis B, qui, suite à une fracture du coude, ne pouvait plus porter de charges lourdes. En l'espèce, son âge, sa formation scolaire limitée, le fait qu'il ait exercé son activité de plâtrier pendant plus de 30 ans et qu'il ne dispose d'aucune autre formation ou expérience professionnelle, et enfin ses difficultés à s'exprimer en français, étaient, selon lui, autant de raisons de retenir un abattement d'au moins 20 %. Enfin, la CNA retenait une atteinte à l'intégrité fixant son taux à 10 % sans justifier plus avant son appréciation. Le recourant considère que la perte de l'usage partiel de sa main droite constitue une atteinte grave qui justifie d'augmenter le taux de diminution de l'intégrité au moins à 15 %. 25. L'intimée s'est déterminée par courrier du 13 février 2020. Elle conclut au rejet du recours. Dans la mesure où les écritures de recours sont pratiquement identiques à celles développées dans son opposition du 7 octobre 2019, la CNA y a déjà répondu dans la décision entreprise de sorte que l'intimée s'est référée à la décision entreprise, en particulier au chiffre 4.2, s'agissant de la critique du recourant selon laquelle l'intimée se serait à tort écartée du degré d'invalidité retenu par l'OAI. 26. Le recourant s'est encore exprimé par courrier du 20 février 2020. Il a persisté dans ses conclusions. En guise de réplique, il indique se contenter de relever que l'intimée ne s'est jamais déterminée sur la décision antérieure rendue par l'OAI, ni dans la décision querrellée ni dans sa réponse au recours, alors même que l'argumentaire de l'OAI est propre, selon lui, à influencer le calcul du taux d'invalidité effectué par la CNA. 27. Par courrier du 13 mars 2020, répondant au courrier de réplique du recourant, l'intimée a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. S'agissant des raisons de la différence du taux d'invalidité retenu entre l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, elle renonçait formellement à se prononcer dans le cadre d'une

duplique et renvoyait à son mémoire de réponse. 28. Sur quoi, les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger. 29. Entre-temps, la chambre de céans, statuant par arrêt du 24 août 2020 dans le cadre de la procédure parallèle dirigée contre la décision de l'OAI du 7 mai 2019 qui reprenait les termes de son projet du 1^{er} mars 2019 (voir ci-dessus ad. ch 19), a rejeté le recours, réformant d'ailleurs la décision entreprise au détriment de l'assuré, en ce sens que ce dernier n'avait pas droit à la rente (entière) allouée par l'intimé, pour la période du 1^{er} septembre 2017 au 28 février 2018 (ATAS/674/2020).

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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). 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 du recourant 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 dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ainsi que sur le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu découlant des suites de l'accident du 1^{er} novembre 2015 pour fixer une IPAI. 5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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). 7. 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). a. 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). b. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. 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). 8. 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). 9. Au vu des principes rappelés ci-dessus, en relation avec l'appréciation de la valeur probante des documents médicaux, la décision entreprise étant dans une large mesure fondée sur l'appréciation du Dr D_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, dans plusieurs aspects des questions litigieuses, il y a lieu, dès lors que le recourant semble remettre en cause l'appréciation de ce médecin, en particulier par rapport à l'évaluation du taux retenu pour fixer l'IPAI, d'examiner si l'on peut reconnaître aux rapports successifs du Dr D_____, une pleine valeur probante. On rappellera que le médecin d'arrondissement s'est prononcé à 3 reprises sur le cas du recourant : - le 3 avril 2018, ce médecin a personnellement examiné l'assuré, l'objectif de cet examen étant de déterminer si l'état de l'assuré était actuellement stabilisé, de procéder à un examen final pour se prononcer sur l'exigibilité et sur l'IPAI (pour le détail, il est renvoyé ici au ch. 14 ci-dessus En fait). Force est de constater que, sur le plan formel, son rapport d'examen personnel de l'assuré répond pleinement aux exigences de la jurisprudence rappelée précédemment pour que le rapport médical puisse se voir reconnaître une pleine valeur probante : le Dr D_____ est un spécialiste reconnu qui s'est en l'occurrence prononcé sur une problématique propre à sa spécialité; son examen se fonde sur une pleine connaissance du dossier étudié préalablement; il a recueilli les éléments anamnestiques nécessaires à son évaluation; il a noté les plaintes de l'assuré et a ensuite procédé à l'examen clinique de l'intéressé : le déshabillage étant facile et fluide, aucune limitation fonctionnelle ni de l'épaule ni du coude n'étant observée, il a concentré son examen sur l'avant-bras et la main, procédant à tous les tests et examens utiles, comparant ses constatations aux examens antérieurs et notamment à l'évolution de l'état de santé depuis le séjour de l'intéressé et le rapport établi par les médecins de la CRR ainsi qu'avec les différents documents d'imagerie composant le dossier radiologique depuis la survenance de l'accident du début décembre 2015. Il a retenu les diagnostics de fracture intra-articulaire de la base du 5^e me métacarpe D, rupture du TFCC, conflit ulno-carpien, ablation du pisiforme, persistance possible d'un conflit ulno-carpien. Il a constaté une amélioration des douleurs après la dernière intervention chirurgicale, relevant que celles-ci, autrefois décrites comme constantes à des degrés d'autoévaluation relativement élevés, étaient désormais bien moindres et n'apparaissaient qu'en cas d'utilisation du membre, qui lui paraissait sous-utilisé de façon volontaire (plus ou moins consciemment). Il a constaté, à l'instar des médecins de la CRR, qu'il existait une grosse dissociation entre le MSG et le MSD en ce qui concerne la force, assez surprenante dans la mobilisation (valeurs proches de 0, alors qu'il n'existait pas d'élément dépressif patent); le fait que l'assuré n'ait pas repris son travail entraînait certainement une thymie abaissée avec une répercussion sur le MS dans son utilisation; mais l'électromyogramme était normal; l'évaluation fonctionnelle initialement effectuée à la CRR avait montré qu'une autolimitation de l'effort et des mouvements était probable. Il a relevé que parfois l'assuré évoquait des pistes de reconversion (chauffeur de taxi, activité bimanuelle) dont il semblait brièvement, à l'examen du jour, et plus complètement au cours du séjour à la CRR, que l'assuré ait une parfaite attitude avec l'utilisation et l'intégration des deux mains, alors qu'en cours d'évaluation séparée, le tableau était un peu incohérent dans

cette utilisation qui spontanément se révélait tout à fait possible au cours de l'examen du jour (3 avril 2018) . Il a également observé que la douleur était le seul facteur vraiment limitant objectif, suggérant, mais avec beaucoup de réserves quant à l'efficacité d'une telle mesure sur la douleur, une possible intervention supplémentaire consistant à un raccourcissement du cubitus, à examiner par le chirurgien traitant (Dr C_____). Quant à la mobilité, elle était tout à fait excellente et supérieure à ce qui avait pu être constaté objectivement au cours du séjour à la CRR. En l'absence de nouvelle chirurgie réalisée dans les conditions d'évaluation précitées, le médecin d'arrondissement pouvait considérer que l'examen était un examen final avec aucune limitation fonctionnelle objective retenue, au vu du nombre de limitations démontrées par l'assuré. La situation était stabilisée au point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles; le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité, bien que favorable sur la base de constatations objectives, paraissait toutefois extrêmement compromis sur le plan pratique. Le pronostic de réinsertion dans une activité moins lourde était tout à fait favorable, avec un rendement complet, à l'issue de 6 mois postopératoires sans complications après nouvelle chirurgie sur l'ulna ou dès ce jour, si cette intervention ne faisait pas la preuve de sa pertinence ou de son acceptation. À noter que dans les semaines suivantes, le Dr C_____ a attesté dans un rapport du 8 mai 2018 (voir ch. 17 En fait) au médecin d'arrondissement que la situation était stabilisée sur le plan médical : à la consultation du 30 avril 2018, les différents éléments carpiens étaient sensibles à la palpation. Il ne pouvait donc pas attribuer ces douleurs à un éventuel conflit ulno-carpien; la situation était donc consolidée et il n'arriverait pas à améliorer les symptômes par d'autres mesures chirurgicales ou conservatrices. Ainsi, les conclusions du Dr D_____ aux termes de son examen du 3 avril 2018 sont convaincantes, exemptes de toute contradiction, coïncidant au demeurant avec les précédentes évaluations, notamment des médecins de la CRR, et corroborées par l'avis du chirurgien traitant ayant examiné son patient dans le sens préconisé par le médecin d'arrondissement lors de son examen du 3 avril 2018. Ainsi ce rapport a une pleine valeur probante. - Le 8 octobre 2018 (voir ci-dessus ch. 18 En fait), le Dr D_____ a procédé à une évaluation de l'atteinte à l'intégrité. On reviendra plus en détail sur son rapport, lors de l'examen du grief au terme duquel le recourant allègue en substance que le taux d'atteinte à l'intégrité retenu par le médecin d'arrondissement serait sous-évalué. On relèvera toutefois à ce stade que cette seconde évaluation, effectuée formellement sur la base du dossier, reposait toutefois sur l'examen personnel de l'assuré du 3 avril 2018, examen qui avait notamment pour but de permettre au médecin de l'assurance de se prononcer sur la question de l'IPAI. - Enfin, le 21 octobre 2019 (voir ci-dessus ch. 22 En fait), le Dr D_____ - à qui le dossier avait à nouveau été soumis, dans le cadre de l'instruction de l'opposition, afin notamment qu'il décrive de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assuré, et se prononce sur la capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier, respectivement dans une activité adaptée -, a procédé à une nouvelle appréciation médicale. Après avoir repris l'analyse des documents pertinents versés au dossier, se référant à son examen du 3 avril 2018, il a rappelé que l'assuré montrait de nombreuses autolimitations d'origine subjective empêchant l'évaluation, ce qui avait été démontré lors de son séjour à la CRR. Il a observé que si l'exercice du pisiforme, pratiquée le 4 septembre 2017, n'avait pas amélioré la fonction, elle avait en revanche « très nettement amélioré les douleurs ». S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier, il a retenu que celle-ci n'était plus exigible. Il a, ensuite, décrit les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail nécessitant le soulèvement de poids supérieurs à 3 kg du côté lésé (main droite dominante), le côté gauche étant sain; pas de mouvements

nécessitant une hyperextension du poignet avec la main droite; pas de soulèvement de poids supérieurs à 3 kg avec la main droite; pas d'utilisation du poignet en flexion/extension rapide ou intensive du côté droit. En respectant ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité dans tout travail était de 100 % sans diminution de rendement. Ses conclusions sont parfaitement claires, convaincantes, exemptes de contradictions, et répondent en tous points aux questions posées, de sorte que ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, la décision entreprise ne saurait être critiquable, en tant que les conclusions de la CNA sur les divers points litigieux reposaient sur l'évaluation probante de son médecin d'arrondissement. 10. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 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. Selon l'al. 2 de cette disposition, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 11. a. 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 réaliser 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 générale, 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 128 V 29 consid. 1; ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). 12. a. 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 et ATF 128 V 174). b. 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). c. 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). d. 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). 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2. et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées). 13. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un

complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 14. 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 (Cst - RS 101; 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). 15. Dans un premier grief, le recourant, reprenant l'argumentation qu'il avait développée dans le cadre de son opposition, persiste à reprocher à l'intimée de s'être écartée sans motif de l'évaluation du taux d'invalidité retenu par l'OAI dans la décision qui faisait alors l'objet du recours pendant devant la chambre de céans (17.2 % donnant droit à une rente d'invalidité selon la LAA). Il invoque le principe selon lequel la notion d'invalidité et le procédé permettant d'en évaluer le taux étant régi par la LPGA, cette réglementation commune doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un taux d'invalidité similaire, quelle que soit l'assurance sociale concernée (ATF 119 V 468 consid. 3). Ainsi, selon lui, un assureur ne devrait pas, sans raison objective, s'écarter de la décision d'un autre assureur; il considère qu'en l'espèce, la CNA s'écarterait d'une décision antérieure rendue par l'OAI, sans en justifier les raisons. Ce grief tombe à faux. S'agissant tout d'abord du principe d'uniformité de la notion d'invalidité, dont le recourant se prévaut, il convient de rappeler que, conformément à la jurisprudence fédérale publiée (ATF 131 V 362 consid. 2.3), l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. Le Tribunal fédéral a également admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité, en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (ATF 133 V 549). Quoi qu'en dise le recourant, l'intimée était donc fondée à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité. Cette jurisprudence a d'ailleurs été reprise et confirmée dans plusieurs arrêts récents, non publiés, du Tribunal fédéral (notamment 8C_445/2015 du 9 mai 2016 consid. 3; 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.2 et 8C_149/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2). Ce principe est en l'occurrence d'autant plus pertinent que l'intimée, comme elle l'a rappelé de façon motivée, dans la décision entreprise (consid. 4.2), a procédé à la détermination du gain sans invalidité d'une manière beaucoup plus précise que ne l'a fait l'OAI dans sa décision du 7 mai 2019 (reprenant les termes de son projet du 1^{er} mars 2019), - décision qui, au demeurant, n'était pas définitive au moment où la décision sur opposition de la CNA (8 novembre 2019) a été rendue. En effet, en relation avec le principe selon lequel le gain de valide est généralement fixé sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de l'invalidité (ATF 96 V 29; RAMA 1993, page 100, consid. 3b), l'intimée a rappelé que le licenciement de l'assuré, le 29 septembre 2016, ne tenait pas aux conséquences de son accident, mais découlait d'une faute grave de sa part, dans le cadre des rapports de travail. Or, dans une telle situation, la jurisprudence a précisé que le revenu sans invalidité pouvait être déterminé sur la base du salaire minimum prévu par la convention collective de travail applicable dans la branche concernée, y compris en tant qu'elle prévoit un 13^{ème} salaire, car un tel salaire est, pour

une personne ne bénéficiant d'aucune formation reconnue dans la branche en question, plus précis que celui qui ressort de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1 et référence citée; également arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2016 et 8C_142/2016 [même arrêt] du 17 mai 2016 consid. 5.2.2.3). Mais l'intimée ne s'est pas contentée de reprendre le salaire minimum prévu par la convention collective (CCT-SOR 2018), par rapport au statut d'ouvrier de classe « B » auquel l'assuré avait été engagé, mais, tenant compte des années d'expérience de l'intéressé en tant que plâtrier, la CNA a pris comme référence le salaire d'un ouvrier de la classe « A ». Cette évaluation apparaît dès lors beaucoup plus précise que celle retenue par l'OAI, dont il faut rappeler qu'en pratique, lorsqu'il apparaît que de toute manière le taux d'invalidité ressortant de la comparaison des revenus sera selon toute vraisemblance largement inférieur au seuil minimal permettant d'ouvrir un droit à une rente au sens de l'assurance-invalidité, l'OAI, comme dans le cas d'espèce, ayant calculé le taux d'invalidité en se fondant sur les données de l'ESS, tant pour le salaire sans invalidité que celui avec invalidité, pouvait s'affranchir d'une évaluation plus précise. Ainsi le calcul du taux d'invalidité auquel l'intimée a procédé n'est pas critiquable, et, conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, l'assureur-accidents n'est pas lié par la décision de l'OAI, d'autant que cette dernière n'était quoi qu'il en soit pas en force, et critiquée par l'assuré. Ce grief doit dès lors être rejeté.

16. S'agissant de l'évaluation du salaire d'invalidé, dans la mesure où l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative, l'intimée s'est fondée sur le salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1 de l'ESS, ces activités ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique, ce qui n'est ni critiquable ni critiqué par le recourant, dans son principe. Il ne critique pas, à juste titre, les bases statistiques retenues par la CNA (ESS 2016, secteur privé, Total TA1_tirage_skill_level, pour un horaire de 41.7 h/semaine et à l'évolution des salaires jusqu'en 2018 selon l'ISS). Il reproche en revanche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte d'un abattement sur le salaire statistique, en raison de l'âge du recourant, sa formation scolaire limitée, du fait qu'il exerçait son activité de plâtrier depuis plus de 30 ans et qu'il ne disposait d'aucune autre formation ou expérience professionnelle, et enfin de ses difficultés à s'exprimer en français, estimant que ce seraient autant de raisons de retenir un abattement d'au moins 20 % (par rapport au maximum de 25 % prévus par la législation applicable). Le recourant ne saurait davantage être suivi sur ce point. En effet, l'intimée répondant déjà à ces critiques, dans le cadre de sa décision sur opposition du 8 novembre 2019 (objet du recours), a motivé de façon convaincante les raisons pour lesquelles elle estimait ne pas devoir tenir compte d'un abattement dans le cas d'espèce (décision entreprise ad consid. 4.1). S'agissant du critère de l'âge de l'assuré, l'intimée a rappelé que le Tribunal fédéral avait en l'état laissée ouverte la question de savoir si l'âge constituait un critère d'abattement dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en particulier lorsque - comme c'est le cas en l'espèce également - le recourant n'expose pas en quoi ses perspectives salariales seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré en raison de son âge. En l'espèce, l'intéressé était âgé de 55 ans au moment de la naissance du droit hypothétique à une rente, et était à ce titre loin de l'âge de la retraite. S'agissant de l'absence de formation ou d'expérience professionnelle, le Tribunal fédéral rappelle que ces critères ne jouent pas de rôle lorsque le revenu d'invalidé est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). D'évidence

également, la nationalité et le statut d'étranger du recourant n'ont aucune incidence dans le cas d'espèce, d'autant qu'il vivait en Suisse depuis plus de 20 ans, ses connaissances de la langue française ne l'ayant au demeurant pas empêché de travailler pendant de nombreuses années en Suisse, étant encore relevé qu'il ne ressort pas du dossier que ses connaissances de français aient constitué des difficultés particulières, notamment dans ses contacts avec les médecins et ses interlocuteurs dans le cadre de l'instruction des demandes de prestations qu'il a successivement et parallèlement présentées, que ce soit dans le cadre de l'assurance-accidents ou par rapport à l'assurance-invalidité. C'est ainsi à juste titre que l'intimée, dont il sied au demeurant de rappeler qu'elle dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans ce domaine, a estimé ne pas devoir procéder à un abattement sur le revenu d'invalidité de CHF 67'406.- retenu. 17. Enfin, le recourant reproche à l'intimée d'avoir sous-évalué le taux d'atteinte à l'intégrité en fixant l'IPAI qu'elle lui a octroyée. 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). 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). b. 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). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). 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). c. 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). Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA). Entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588). 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 (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires - à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la CNA 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). En l'espèce, le 8 octobre 2018, le Dr D_____ a procédé à une évaluation de l'atteinte à l'intégrité, fondée sur son examen final du 3 avril 2018. Il a évalué l'atteinte à l'intégrité à hauteur de 10 % : en se référant au tableau des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table n° 5, arthrose radio-carpienne moyenne, compte tenu des résections réalisées au détriment de cette articulation, et par assimilation et comparaison, on pouvait comparer le taux admissible à celui d'une arthrose moyenne de la radio-carpienne, soit 10 %. Quoi qu'en pense le recourant, le taux d'atteinte à l'intégrité retenu par le médecin d'arrondissement est parfaitement motivé, et justifié. En effet, on ne saurait suivre l'assuré, lorsqu'il prétend que des suites de l'accident du 1^{er} novembre 2015,

il aurait perdu l'usage partiel de sa main droite, ce qui selon lui constituerait une atteinte grave justifiant d'augmenter le taux de diminution de l'intégrité au moins à 15 %. Le Dr D_____ a pleinement justifié son évaluation : à teneur de ses constatations lors de l'examen du 3 avril 2018, ce médecin a identifié comme seul facteur entrant en ligne de compte dans le cas d'espèce celui de la douleur. Il mettait en évidence les nombreuses autolimitations de l'assuré, mais aussi certaines incohérences; notamment par rapport au fait qu'à plusieurs reprises, l'assuré évoquait une possible reconversion professionnelle dans une activité bimanuelle, celle de chauffeur de taxi; il notait d'ailleurs que l'intéressé montrait, à l'examen - comme d'ailleurs déjà à la CRR (avant les interventions chirurgicales et en particulier la dernière ayant conduit à une nette amélioration de la douleur) une parfaite aisance dans l'utilisation de ses deux mains. Il a ainsi comparé l'atteinte à indemniser à ce que serait la situation d'un assuré atteint d'arthrose moyenne de l'articulation concernée, dont le taux d'atteinte à l'intégrité est fixé selon les tables à 10 %. À l'inverse, le recourant n'a nullement exposé les raisons pour lesquelles, selon lui, l'évaluation du médecin d'arrondissement serait erronée. Ce grief doit dès lors être rejeté également. 18. Au vu de ce qui précède, le recours, en tous points mal fondé, doit être rejeté. 19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.