COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er mai 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Berseth

*****

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne,

et

R._____, à [...], intimée.

Art. 4 et 16 LPGA ; art. 6, 10, 16, 17, 18 et 24 LAA

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en 19[...], est arrivé en Suisse en 2009. Mis au bénéfice d'un permis de séjour en 2013, il a ensuite obtenu un permis d'établissement en 2018, avant d'acquérir la nationalité suisse en 2022. Il a notamment travaillé depuis le 1er mars 2014 en qualité d'aide de cuisine auprès de la [...] à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de R._____ (ci-après : R._____ ou l'intimée), assureur-accidents de son employeur, contre les accidents professionnels et non-professionnels.

Le 10 décembre 2015, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Tombé au sol de sa hauteur, il a subi une fracture de type Mason II de la tête radiale et ostéo-chondrale de l'humérus latéral (trochlée-épicondyle) du coude droit, à la suite de laquelle il a présenté une totale incapacité de travail. R._____ a pris en charge le cas.

Le 14 décembre 2015, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une réduction de la fracture par ostéosynthèse. Dans son rapport opératoire du 14 décembre 2015, le chirurgien a précisé qu'outre la fracture mise en évidence par la radiographie effectuée le jour de l'accident, l'assuré présentait un arrachement d'un large fragment cartilagineux d'environ 1,5 à 2 cm^2 de la trochlée humérale, qui s'était interposé entre les deux fragments de la tête radiale et qui avait nécessité un vissage de la tête radiale et un collage du cartilage de la trochlée humérale.

Invité par R._____ à préciser les circonstances de l'accident, l'assuré a indiqué le 6 janvier 2016 qu'une collègue occupée à préparer le thé et le café pour les résidents avait soudain lâché la cuve de liquide chaud, qui s'était répandu sur le sol. Elle avait alors crié, s'était reculée vivement et l'avait heurté alors qu'il passait derrière elle. Il avait chuté sur le sol et avait immédiatement ressenti une forte douleur au bras.

Souffrant de sensations de brûlures à l'avant-bras droit, au coude et à la partie postéro-inférieure du bras, ainsi que de fourmillements au niveau des trois doigts de la main droite avec un manque de sensibilité, l'assuré a consulté le Dr B._____, spécialiste en neurologie, lequel a conclu le 20 juin 2016 à un bilan clinique quasiment physiologique, hormis une très relative hypoesthésie dans le territoire cubito-palmaire de la main droite. Au plan neurographique, l'ensemble des réponses sensitives et motrices était rigoureusement physiologique. Le neurologue n'avait constaté aucun signe en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des muscles cubital antérieur et abducteur du 5ème doigt, dont les latences dérivées par aiguille étaient parfaitement physiologiques également. Il n'y avait pas non plus d'élément évocateur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire.

Le 23 juin 2016, l’employeur a résilié le contrat de travail de l’assuré pour le 30 septembre 2016.

Le 27 septembre 2016, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une reprise chirurgicale avec neurolyse du nerf cubital et retension des ligaments collatéraux. Consulté en juin 2016 compte tenu de la persistance des douleurs, le Dr Q._____ avait mis en évidence une importante lésion ostéo-chondrale d'allure évolutive et inflammatoire du condyle latéral avec fibrose insertionnelle sans signe de déchirure du complexe ligamentaire latéral, associée à une fibrose postérieure pouvant évoquer un signe de conflit postérieur ainsi qu'une déchirure intrinsèque de l'insertion proximale du ligament collatéral médial à son insertion épitrochléenne (cf. rapport du 15 juin 2016).

A nouveau consulté le 26 janvier 2017, le Dr B._____ a indiqué que ses constatations cliniques ne permettaient pas d'expliquer clairement les plaintes de l'assuré, le seul élément pathologique mis en évidence au plan neurographique étant une absence de réponse du nerf interosseux postérieur droit au passage de l'arcade de Frohse, que le neurologue a proposé d'investiguer à la prochaine IRM.

Une arthro-IRM du coude droit du 6 février 2017 a permis de poser les constats suivants :

> « Status post-ancienne fracture de la tête radiale traitée par 2 vis d'osthéosynthèse avec une bonne consolidation et sans œdème osseux résiduel.
>
> Stabilité de l'irrégularité ostéochondrale proximale de la tête et lésions ostéochondrales modérées en regard du capitellum avec une diminution de l'œdème osseux par rapport à l'IRM comparative.
>
> Absence d'apparition évidente de chondropathie des autres compartiments articulaires du coude droit.
>
> Status post-réinsertion du ligament collatéral ulnaire latéral avec une redéchirure partielle postérieurement du fait d'une fuite de produit de contraste à ce niveau. Persistance d'un épanouissement proximal modéré du ligament collatéral ulnaire dans un status post-retension mais sans apparition de déchirure.
>
> Augmentation modérée de l'épaississement proximal du tendon commun des extenseurs sur l'épicondyle latéral mais sans déchirure, en rapport avec une tendinopathie modérée.
>
> Status post-neurolyse du nerf ulnaire sans signe de complication. Intégrité du nerf radial ainsi que de ses branches superficielles et surtout profondes lors de son passage à l'arcade de Frohse. »

Un rapport de scintigraphie osseuse du 8 mars 2017 a conclu à des hyperfixations précoce et tardive du coude droit ainsi que tardive au niveau de l'épaule droite et du poignet droit dans une moindre mesure, le tout étant compatible avec une algo-neurodystrophie du membre supérieur droit.

Un examen par IRM de l'avant-bras droit du 10 mars 2017 recherchant une répercussion musculaire d'une éventuelle atteinte du nerf interosseux postérieur évoquée par le Dr B._____ a conduit aux conclusions suivantes :

> « Petit œdème musculaire partiel du muscle anconé, du muscle fléchisseur ulnaire du carpe sans amyotrophie ni dégénérescence graisseuse significative, ne correspondant pas à territoire nerveux unique et n'évoquant donc pas un syndrome de dénervation musculaire.
>
> Absence d'atteinte des muscles innervés par le nerf interosseux postérieur parlant contre un syndrome de ce nerf interosseux postérieur en IRM.
>
> Persistance de phénomène inflammatoire autour de l'épicondyle médial et de l'épicondyle latéral dans le contexte post-opératoire et sans modification par rapport à l'IRM comparative mais dont

l'analyse précise ne peut être effectuée sur cette IRM de l'avant-bras ».

Face à cette évolution, R._____ a mis en œuvre une expertise orthopédique, dont elle a confié la réalisation au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et en chirurgie de la main. Dans un rapport d'expertise du 22 mars 2017, le Dr F._____ a posé les diagnostics de maladie de Südeck du membre supérieur droit, de status après arthroscopie, ligamentographie interne et externe et neurolyse du cubital au coude droit le 27 septembre 2016, de status après ostéosynthèse de la tête radiale et encollage cartilagineux du capitellum du coude droit le 14 décembre 2015 avec syndrome douloureux résiduel, de status après fracture de la tête radiale droite et du cartilage du capitellum droit le 10 décembre 2015, ainsi que de probable fragilité psychologique. Il a estimé que la capacité de travail comme aide de cuisine était nulle, alors que dans une activité adaptée, sans effort et sans mouvement répétitif du bras droit, l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle (travail mono-manuel gauche). Selon le Dr F._____, le cas n'était pas stabilisé et était à réévaluer dans un délai d'une année.

Une IRM de l’épaule droite du 12 juin 2017 a mis en évidence une bursite sous-acromio-deltoïdienne associée à une importante tendinopathie des deux tiers antérieurs du tendon supra-épineux.

Dans un rapport du 22 août 2017 à R._____, le Dr Q._____ a indiqué que lors d'une consultation du 10 août 2017, l'assuré avait fait état de douleurs du côté médian du coude. L'examen n'avait pas montré de nette enflure de la main. La mobilité de l'épaule était complète, hormis une limitation de plus d'un travers de main en rotation interne. L'assuré présentait encore des dysesthésies de toute la main, surtout dans le territoire du nerf médian.

Dans un rapport du 27 octobre 2017, le Prof. T._____, médecin chef au Service d’orthopédie et de traumatologie du Z._____, a indiqué que l’assuré présentait des cervico-brachialgies à droite persistant

après une plastie ligamentaire latérale du coude, une rétention du complexe ligamentaire médial et une neurolyse du nerf cubital. L'examen objectif évoquait une possible neuropathie ulnaire. Sur le plan orthopédique, le Dr T._____ n'a retenu aucune indication chirurgicale et n'a constaté aucun signe actuel évoquant un Südeck ou une capsulite rétractile de l'épaule droite, en l'absence de dystrophie cutanée, d'asymétrie de chaleur ou de sudation et compte tenu d'une mobilité complète de l'épaule droite avec une force conservée. Il a proposé de requérir un avis du Dr S._____, spécialiste en chirurgie de la main.

Le Dr S._____ a relaté la présence de dysesthésies de contact à la face interne du coude avec de fortes décharges électriques en crise, irradiant trois fois par jour vers le centre de la paume, le dos de la main et les deux derniers doigts. Il a également relevé que l'assuré se plaignait de coups de couteau au niveau cervical, de l'oreille et de la joue, de sensations de tiraillements de l'hémiface droite, de migraines, de vertiges, de spasmes de l'hémiface et de l'œil droit, de sensation d'hypersudation depuis le coude droit jusqu'à l'hémiface droite. Il a en outre constaté qu'il n'existait pas de trouble dystrophique objectivable, mais que l'assuré présentait une allodynie à la face médiale du coude droit, sur une hauteur de 10 cm, avec signe de Tinel et une instabilité du nerf cubital. Selon le Dr S._____, le tableau douloureux chronique était compliqué par un SDRC type II et des douleurs neuropathiques chroniques sur une lésion d'une des branches cutanées médiales de l'avant-bras, ceci correspondant à la complication la plus fréquente des neurolyses du nerf ulnaire au coude. Face à ce tableau, le Dr S._____ a proposé une transposition du nerf ulnaire pour lever la compression sous l'arcade d'Osborne en raison des douleurs locales et du déficit moteur, l'intervention n'étant toutefois probablement pas susceptible de réduire l'allodynie (cf. rapports des 7 novembre 2017 et 4 janvier 2018 au Dr Q._____).

Dans un rapport du 8 janvier 2018, la Dre P._____, spécialiste en neurologie, a conclu à un ENMG du nerf cubital droit dans la norme, tout en retenant que l'assuré présentait des signes d'une

neuropathie cubitale droite irritative au coude droit et une allodynie ainsi que des douleurs neuropathiques à la face interne du coude probablement liées à une lésion d'une branche du nerf cutané anté-branchial médial lors de la reprise chirurgicale du 27 septembre 2016.

Dans un complément d'expertise du 16 décembre 2017, le Dr F._____ a pris acte du fait que l'assuré annonçait une forte augmentation de l'intensité des douleurs depuis la première expertise, en mars 2017, le syndrome douloureux s'étant curieusement étendu vers la région cervicale et dans l'hémiface droite, ce qui n'était selon l'expert pas typique pour une maladie de Südeck ni pour des névralgies de nature tronculaire. A l'examen clinique, le Dr F._____ a constaté que les lésions traumatiques avaient évolué favorablement avec une restitution anatomique de la tête radiale et une petite irrégularité du capitellum. Les quelques signes du Südeck transitoire constatés lors de l'expertise initiale avaient depuis lors disparu. Le Dr F._____ a encore relevé une série d'incohérences flagrantes entre les plaintes subjectives du patient et les lésions anatomiques objectivables, sur les plans neurologique et locomoteur, au point que l'intervention probable de facteurs non somatiques requérait selon l'expert un bilan psychiatrique. Le Dr F._____ a évalué à tout au plus 5% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) susceptible d'être allouée à l'assuré, les séquelles objectivables de l'accident étant minimes.

Dans un avis du 29 janvier 2018, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de R._____, a estimé que, compte tenu de la fracture et de ses petites séquelles, l'état de l'assuré s'était stabilisé au plus tard au moment de l'expertise du Dr F._____, que la capacité de travail de l'assuré était depuis lors entière dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges, à l'image d'un travail à l'établi. Le Dr H._____ a indiqué que le courrier du Dr S._____ n'apportait aucun élément probant objectif somatique justifiant l'intervention chirurgicale envisagée.

Dans un rapport du 12 février 2018 adressé au Dr Q._____, la Dre G._____, spécialiste en chirurgie de la main, a confirmé l'avis du Dr S._____ et a proposé une neurolyse voire une transposition semi-profonde du nerf cubital, ainsi qu'une exploration microchirurgicale de la cicatrice interne du coude droit, avec éventuelle neurolyse des branches BCI [nerf brachial cutané interne] ou l'exérèse de la zone névromateuse, tout en préconisant d'adresser le patient au Prof. C._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur.

Dans un rapport du 26 février 2018, le Dr Q._____ a contesté les conclusions Dr F._____ et a fait valoir que son patient souffrait encore d'une neuropathie cubitale et de séquelles de SDRC. Il a en outre confirmé son indication en faveur de la neurolyse envisagée par la Dre G._____.

Par courrier du 16 mars 2018 à la Dre G._____, le Prof. C._____ a observé une neuropathie touchant le nerf cubital ainsi qu'une neuropathie associée à une allodynie importante dans le territoire cutané médian de l'avant-bras sur le côté droit, de multiples points de gâchette dans la cicatrice et une diminution de la température cutanée dans le territoire allodynique de 3 à 4 degrés en comparaison avec le même territoire sur l'avant-bras gauche. Il a estimé qu'il existait une bonne possibilité que le patient soit amélioré par une nouvelle intervention avec révision cicatricielle.

Le 28 mai 2018, les Drs G._____ et Q._____ ont pratiqué une exploration microchirurgicale de la cicatrice interne du coude droit, par neurolyse des deux branches du BCI, exérèse de la zone névromateuse et neurolyse et transposition du nerf cubital après épitrochlectomie.

Par courrier du 16 juillet 2018 à R._____, la Dre G._____ a constaté que l'évolution post-opératoire était favorable tant sur le plan subjectif qu'objectif, avec une disparition complète des douleurs d'origine neuropathique du coude droit, du signe de Tinel et de l'allodynie para-

cicatricielle. L'assuré présentait toutefois toujours des douleurs résiduelles au cervico-scapulaire droites.

Dans un rapport du 16 août 2018, le Dr Q._____ a estimé que l'état de l'épaule droite douloureuse ne présentait aucun signe inquiétant, en présence d'une force et d'une mobilité conservées, une IRM effectuée l'année précédente n'ayant rien montré de particulier, hormis une bursite sous-acromio-deltoïdienne et une tendinopathie du supra-épineux. S'agissant des douleurs au coude droit, le Dr Q._____ a préconisé de se focaliser sur un traitement antalgique, pour lequel il a conseillé à l'assuré de s'adresser au Dr C._____. Il a également recommandé une prise en charge de l'état de déconditionnement global qui entraînait les douleurs à l'épaule droite et au niveau lombaire.

Les 27 août et 23 octobre 2018, le Prof. C._____ a requis de R._____ la mise en place d’une sonde de stimulation de manière ambulatoire, indiquant que la révision cicatricielle du 28 mai 2018 avait apporté une amélioration partielle sur le territoire du nerf BCI, tandis que les douleurs provenant de la lésion du nerf cubital restaient inchangées.

Le 18 octobre 2018, R._____ a été informé par le compagnon de l'assuré que ce dernier était hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide.

Lors d'un entretien téléphonique du 30 octobre 2018, l'assuré a informé qu'il était désormais suivi par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, chez qui il aurait prochainement sa troisième consultation.

L'assuré a consulté le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a organisé un bilan radiologique du coude droit, de l'épaule droite et de la colonne cervicale. Dans un rapport du 14 janvier 2019, le Dr D._____ s'est déterminé en ces termes :

> « Ce bilan radiologique est sans appel au niveau du coude.
>
> L'Arthro IRM de l'épaule [ndlr : du 7 décembre 2018] met en évidence une tendinopathie fissuraire du muscle sus-épineux avec une arthrose acromio-claviculaire.
>
> L'IRM du coude [ndlr : du 13 décembre 2018] montre une arthrose radio-humérale avec des vis résorbables à l'origine d'une résorption osseuse autour des vis.
>
> Les radiographies montrent une importante irrégularité du condyle externe huméral, témoignant de l'arthrose, un vissage de la tête radiale avec diastasis, témoignant d'une réduction non anatomique, une discopathie C5-C6 plus les signes indirects de la tendinite du sus-épineux.
>
> A mon avis, l'arthrose du coude est évidente et probablement à l'origine de toute la symptomatologie du membre supérieur droit et de la problématique cervicale. Ceci bien entendu, aggravé par ses discopathies cervicales et tendinopathie du sus-épineux.
>
> Monsieur M._____ a déjà eu de multiples traitements et surtout des chirurgies à répétition, qui n'ont pas nécessairement amélioré la situation, mais l'ayant pas non plus dégradée.
>
> Actuellement, en plus de la problématique physique, il y a une importante répercussion psycho sociale.
>
> Je pense qu'il est temps que cette situation se calme un peu, en évitant tout geste agressif supplémentaire, que ce soit chirurgical ou même l'installation de dispositif antidouleur.
>
> Le plus important serait de réintégrer le patient dans la société avec soit une reconversion professionnelle adaptée ou une rente AI.
>
> Tout au plus, on pourrait proposer une antalgie type infiltration sous-acromiale pour l'épaule droit, une immobilisation de temps à autre dans une collerette mousse et des antalgiques. »

R._____ a décidé la mise en œuvre d'expertises aux plans psychiatrique, orthopédique et neurologique, dont elle a confié la réalisation à la Dre X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et au Dr N._____, spécialiste en neurologie.

Dans un rapport d'expertise du 18 janvier 2019, la Dre X._____ a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique, respectivement d'incapacité de travail et d'atteinte à l'intégrité sur ce plan.

Dans un rapport d'expertise du 7 février 2019, le Dr J._____ a posé les diagnostics d'ostéosynthèse d'une fracture Masson II de la tête

radiale droite avec importante avulsion cartilagineuse du capitellum droit, de chirurgie itérative du coude droit et d'arthrose débutante huméro-radiale droite, dont il a admis une relation de causalité naturelle hautement probable avec l'accident assuré. L'expert a également observé une tendinopathie modérée du tendon sus-épineux distal droit et des cervico-crânialgies, qu'il a considérées comme étant sans rapport avec l'accident. Le Dr J._____ a estimé que le cas était stabilisé et que même s'il existait une amélioration potentielle, l'arthrose débutante du coude droit interdisait toutes les activités exigeant des efforts systématiques du bras droit. Les activités telles qu'aide de cuisine et serveur étaient ainsi définitivement contre-indiquées. Dans une activité adaptée sans effort répétitif de son bras droit avec des ports de charges occasionnels de 5kg, exceptionnels de 10kg, la capacité de travail était en revanche entière. Le Dr J._____ a encore évalué à 5% l'atteinte à l'intégrité, compte tenu de l'arthrose avérée débutante huméro-radiale.

Dans un rapport d'expertise du 2 avril 2019, le Dr N._____ a constaté une absence de déficit significatif, notamment en relation avec les douleurs d'ordre musculo-ligamentaire et les lésions de petits rameaux cutanés inhérents aux interventions et aux attelles. Selon l'expert, du point de vue neurologique, il n'existait aucune restriction à l'exercice d'une activité professionnelle. L'expert a attribué les douleurs de l'épaule, de la colonne cervicale et de l'hémicrâne droit à une intrication entre des phénomènes de la lignée tensionnelle et peut-être neurovégétative, aucun substrat neurologique objectif ne pouvant être rattaché à aucune autre entité. Enfin, la discrète protrusion C5-C6 constatée à l'IRM cervicale n'avait selon l'expert aucune traduction clinique objective.

Par décision du 10 mai 2019, R._____ a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration. Elle a de ce fait mis fin à la prise en charge des frais médicaux au 1er février 2019. S'agissant des prestations de longue durée, elle a nié le droit à une rente d’invalidité, la perte de gain de l'assuré étant inférieure à 10%, et a alloué une IPAI de 5%, d'un montant de 6'300 francs.

Par courrier du 27 mai 2019 au médecin-conseil de R._____, le Dr D._____ a fait part de ses observations sur les conclusions des experts. Il a indiqué qu'il n'avait rien à signaler s'agissant du rapport d'expertise neurologique, qui était objectif. Il contestait en revanche le bienfondé des conclusions de la Dre X._____, sa propre évaluation de son patient au moyen des questionnaires d'Hamilton relatifs à la dépression et à l'anxiété ayant conclu à une dépression et un état d'anxiété modérés à sévères. Le Dr D._____ a relevé que l'assuré avait commis six tentatives de suicide, et non une seule, comme retenu à tort par l'experte psychiatre (en 2006, 2010 à deux reprises, 2011, 2016 et 2018). Au plan orthopédique, il a fait grief au Dr J._____ de minimiser les pathologies de l'assuré, notamment en évoquant un hypersignal du labrum alors que le radiologue avait retenu une déchirure du labrum, en évitant de parler d'une arthrose radio-humérale avancée, ou encore en liant la tendinopathie à l'âge de l'assuré, alors que cette atteinte a été décrite pour la première fois dans les suites de l'accident lors de la consultation du Prof. T._____. Le Dr D._____ reprochait également au Dr J._____ de n'avoir pas investigué par tous les tests dédiés les différentes pathologies présentées par l'assuré. Il a en outre relevé que l'arthrose radio-humérale connaîtrait une aggravation et serait à l'origine de cervico-brachialgies de plus en plus fréquentes. Sur la base de ces éléments, le Dr D._____ a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50% dans une activité adaptée.

Le 11 juin 2019, l'assuré, alors représenté par Procap, s'est opposé à la décision précitée, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 50% et à une IPAI de 20%. Il a produit un rapport du 9 juin 2019 du Dr O._____, médecin au cabinet du Dr V._____, aux termes duquel le psychiatre a contesté l'appréciation de l'expert psychiatre, l'assuré présentant selon lui un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et un syndrome post-traumatique. Le psychiatre traitant a mis l'accent sur les multiples hospitalisations de son patient pour tentamens.

Par décision sur opposition du 19 novembre 2019, R._____ a partiellement admis l'opposition, en ce sens que le droit à la prise en charge des frais de traitement médical et au versement des indemnités journalières était prolongé jusqu'au 13 août 2019, pour laisser au recourant un délai pour rechercher un nouvel emploi dans une nouvelle activité et s'adapter aux circonstances, la décision du 10 mai 2019 étant confirmée pour le surplus. L'assureur-accidents a en substance retenu que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui n'exigeait pas de mouvements répétitifs du bras droit ni le port de charge excédant 5kg occasionnellement et 10kg exceptionnellement. Arrêtant le revenu sans invalidité à 64'271 fr. et le revenu d'invalide à 67'404 fr., sur lequel il n'y avait pas lieu de faire un abattement, R._____ a constaté que l'assuré ne subissait pas de perte économique du fait de son atteinte à la santé et a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a en outre confirmé le droit à une IPAI de 5%.

B. Par acte date du 3 janvier 2020, M._____, représenté par Me Jeanne-Marie Monney, a recouru contre la décision sur opposition du 19 novembre 2019, dont il a conclu, principalement, à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 58% au moins et d'une IPAI de 20% au moins, et, subsidiairement, à l'annulation suivie du renvoi de la cause à R._____ pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de sa contestation, le recourant a remis en cause l'appréciation de son état de santé et de sa capacité de travail retenue par l'assureur-accidents, les revenus pris en compte par R._____ dans le calcul du degré d'invalidité ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée. Il s'est principalement référé aux avis du Dr D._____, dont il estimait qu'il avait exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles les avis des experts ne pouvaient pas être suivis. Le recourant a également produit une attestation du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, dont il ressortait qu'il n'avait jamais présenté de troubles au niveau de la colonne cervicale, de l'épaule et du coude droits, ni de troubles posturaux

avant l'accident du 10 décembre 2015. Au titre de mesure d'instruction complémentaire, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Dans un mémoire complémentaire du 24 février 2020, le recourant a maintenu ses griefs à l'encontre des conclusions de l'expert J._____, dont le rapport du Dr D._____ du 14 février 2020 remettait selon lui sérieusement en cause la valeur probante. Il a ainsi soutenu que son état de santé n'était pas stabilisé, que les troubles touchant son épaule droite et son rachis cervical droit étaient en lien de causalité avec l'accident assuré, et que sa capacité de travail n'excédait pas 50% dans une activité adaptée, sédentaire et sans efforts répétitifs ni mouvements répétitifs, en raison des douleurs régulières voire permanentes, de sa fatigabilité et de ses limitations fonctionnelles, susceptibles de s'aggraver à moyen ou long terme, ce dont le Dr J._____ n'avait selon lui pas tenu compte. Faisant valoir que l'instruction du dossier de l'OAI n'était pas terminée et que des mesures de réadaptation étaient encore envisagées, le recourant a estimé qu'il était quoi qu'il en soit prématuré pour l'assureur-accidents de se prononcer sur son droit à une rente d'invalidité. Le recourant a modifié ses conclusions s'agissant de son droit à l'IPAI, qui devait selon lui être arrêté à 45%, selon l'appréciation du Dr D._____ du 14 février 2020. Il a en outre fait valoir que, même à admettre une stabilisation de son cas, le droit au remboursement de ses frais médicaux devraient être maintenu dès lors que le Dr D._____ avait affirmé que le traitement par antalgiques, physiothérapie et infiltrations était nécessaire pour traiter la douleur et permettre de conserver une capacité de gain résiduelle partielle. Au plan psychiatrique, se fondant sur un rapport du 17 janvier 2020 des Drs O._____ et W._____, le recourant a remis en cause la valeur probante de l'expertise de la Dre X._____, faisant valoir que son état de santé psychiatrique ne s'était pas stabilisé mais qu'il avait au contraire connu une péjoration, notamment durant les six derniers mois, avec un état dépressif moyen à sévère, réactionnel avec trouble du comportement alimentaire et idées suicidaires, en lien avec l'accident du 10 décembre 2015. Le recourant a argué du fait que l'appréciation de l'experte psychiatre souffrait de contradiction, puisque tout en excluant

l'existence d'un trouble psychique, elle constatait que l'assuré présentait de traits de personnalité narcissique. Toujours selon le recourant, remettaient également en question la valeur probante de l'expertise psychiatrique les deux hospitalisations à l'Hôpital de U._____ pour des idées suicidaires, selon les lettres de sorties dudit établissement. Estimant que les critères permettant de retenir l'existence d'un lien de causalité entre les troubles psychiatriques et l'accident assuré étaient réunis, le recourant a requis la prise en compte par l'intimée de l'incapacité de travail attestée par ses psychiatres. S'agissant enfin du calcul du taux d'invalidité, le recourant a fait valoir que dans un projet de décision du 5 septembre 2017, l'OAI avait pris en compte un revenu sans invalidité de 64'609 fr., sensiblement plus haut que celui pris en compte par l'intimée, alors même que l'OAI n'avait procédé à une indexation que jusqu'en 2017, et avait retenu un abattement de 15% sur le revenu d'invalide, abattement que l'intimée devrait fixer à 20% compte tenu de l'aggravation de son état de santé intervenue depuis lors et de ses limitations fonctionnelles.

Par réponse du 20 juillet 2020, corrigeant les vices d'une première réponse du 15 mai 2020 jugée prolixe par le tribunal (cf. ordonnance du 2 juillet 2020), l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Elle a produit deux avis du Dr H._____ des 30 mars 2020 et 4 mai 2020 dont il ressortait en substance que le Dr D._____ n'avait apporté aucun nouvel élément probant au plan orthopédique, qu'il n'avait fait que des suppositions non-étayées, que c'était sans fondement qu'il affirmait qu'une activité monomanuelle n'existait pas, cette question échappant au demeurant à son domaine de compétence, que son calcul de l'IPAI en additionnant les valeurs de la table I et la table V était erronée, qu'il s'agissait au contraire de prendre en compte soit l'arthrose, soit la limitation. L'intimée a également confirmé les termes de la décision entreprise s'agissant de l'état de santé psychiatrique de l'assuré, à savoir que les conclusions de l'experte X._____ étaient probantes et qu'il n'existait quoi qu'il en soit aucun lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiatriques constatées et

l'accident assuré, ce que la Dre B.C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait confirmé dans un rapport du 16 avril 2020.

Par réplique du 15 octobre 2020, le recourant a fait valoir qu'il avait bénéficié d'une arthroscopie avec acromioplastie et débridement tendineux de l'épaule droite pratiquée le 27 mai 2020 par le Dr D._____ afin de traiter le conflit sous-acromial dont il souffrait. Le recourant y voyait la preuve que son état n'était pas stabilisé et qu'il souffrait de troubles qui n'avaient pas été pris en compte par l'assureur-accidents. Le recourant a produit les réponses du 6 juin 2020 du Dr D._____ aux questions de son mandataire, aux termes desquelles le médecin estimait que l'opération pouvait être mise en lien de causalité avec l'accident du 10 décembre 2015 et confirmait que l'état de l'assuré n'est toujours pas stabilisé, à tout le moins s'agissant du coude. Le recourant a également indiqué qu'il avait contesté le nouveau projet de décision rendu par l'OAI le 26 mars 2020 et qu'il restait dans l'attente d'une nouvelle décision. Il a toutefois fait valoir que le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI lui ouvrirait le droit à une rente de l'assurance-accidents, même en tenant compte d'une capacité de travail résiduelle, contestée, de 100%. Au plan psychiatrique, le recourant a contesté l'appréciation de la Dre B.C._____ et maintenu que la péjoration de son état de santé psychique et le lien de celle-ci avec l'accident assuré avait été bien documenté par les psychiatres traitants. Enfin, s'agissant de l'IPAI, le recourant a conclu à une indemnité d'au moins 10%, qui se justifiait selon lui compte tenu du degré de gravité de l'arthrose huméro-radiale, en sus de quoi il convenait encore de prendre en compte les atteintes à l'épaule et du rachis.

Par duplique du 30 octobre 2020, se fondant sur un avis du Dr H._____ du 27 octobre 2020, l'intimée a maintenu les termes de sa décision sur opposition.

Dans une détermination du 27 janvier 2021, le recourant a fait valoir que le taux d'abattement sur le revenu d'invalide de 20% désormais retenu par l'OAI (cf. calcul du salaire exigible du 3 novembre 2020) devait également être appliqué au calcul de la rente d'invalidité de l'assurance-

accidents, dans la mesure où il n'existait pas de motifs pertinents justifiant d'apprécier différemment les conséquences économiques d'une seule et même atteinte à la santé.

Le 2 décembre 2021, le recourant a fait savoir au tribunal que le Dr F.G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, allait prochainement procéder à l'implantation d'une prothèse du coude droit. Il a produit les réponses du 16 novembre 2021 du Dr F.G._____ à trois questions posées par son mandataire, dont il ressortait en substance que le chirurgien estimait que l'opération à venir était en lien de causalité avec l'accident du 10 décembre 2015 dans la mesure où elle visait à traiter l'instabilité et l'arthrose post-traumatique et que l'intervention pourrait améliorer les symptômes. Considérant que cette évolution permettait d'affirmer que son état n'était pas stabilisé, le recourant a modifié ses conclusions dans le sens, principalement, de l'annulation de la décision sur opposition entreprise suivie de renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction une fois le cas stabilisé et du versement de l'entier des prestations dues postérieurement au 13 août 2019, et, subsidiairement, de la réforme de la décision entreprise dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de 58% au minimum et d'une IPAI de 20% minimum.

Le 7 juillet 2022, le recourant a transmis au tribunal le protocole opératoire du 9 juin 2022 du Dr F.G._____, dont il ressortait qu'une prothèse de la tête radiale droite avait été mise en place en raison de l'arthrose post-traumatique de l'articulation radio-capitellaire. Au cours de l'intervention, le chirurgien a constaté que le ligament était parfaitement continu mais possiblement légèrement détendu, que les tests scopiques et cliniques n'avaient pas mis d'instabilité postérolatérale en évidence et que le patient présentait une lésion cartilagineuse de grade II à III et focalement IV au niveau de la tête radiale, ainsi que de grade II au niveau du capitellum. Le recourant a déduit de ce rapport que l'opération était clairement en lien avec l'accident assuré, du fait notamment de l'instabilité de l'articulation du coude et de l'arthrose post-traumatique constatée. Il a requis la prise en compte de cette évolution

dans la détermination de l'IPAI ainsi que dans le cadre de l'examen de la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, sous l'angle de la gravité des lésions, de la durée anormalement longue du traitement médical, des douleurs physiques persistantes, des difficultés et complications apparues en cours de guérison ainsi que du taux et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Le 2 septembre 2022, R._____, se fondant sur un avis du Dr H._____ du 29 août 2022, a indiqué qu'elle avait admis la prise en charge de la pose de prothèse sous l'angle d'une rechute de l'accident assuré, mais que cela ne remettait nullement en cause le fait que la situation de l'assuré était stabilisée depuis de nombreuses années et ne permettait pas de reconnaître rétroactivement un droit aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement médicaux.

Le 9 décembre 2022, le recourant a transmis un rapport du 22 novembre 2022 du Dr P.R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Département de l'appareil locomoteur du Z._____, selon lequel l'assuré présentait probablement des séquelles d'une algodystrophie épaule-main. Le Dr P.R._____ a notamment précisé que l'examen clinique du bras droit n'avait pas mis en évidence de signe d'œdème, de rougeur ni de cyanose. Le recourant conclut de ce rapport qu'il souffre bel et bien d'un syndrome douloureux régional complexe au niveau du coude, mais également de l'hémiface et des cervicales, et que l'état de son membre supérieur droit n'a jamais été stabilisé. Le recourant a également produit un rapport de scintigraphie osseuse du 9 octobre 2021 aux termes duquel la Dre I._____, spécialiste en radiologie, a constaté une hypercaptation intense du coude droit d'origine probablement mixte, sur une arthrose secondaire débutante tricompartimentale. Dite activité ostéoblastique étant selon la radiologue trop importante pour être due seulement à une arthrose débutante, la Dre I._____ en a conclu qu'un syndrome douloureux régional complexe s'était probablement surajouté. Il existait également des signes d'épicondylite latérale du coude droit.

Le 20 décembre 2022, R._____ a maintenu sa position en se fondant sur un avis du Dr H._____ du 19 décembre 2022 qui estimait qu'aucun médecin n'avait décrit les critères cliniques de Budapest, soit une rougeur, un œdème, une hypertrichose et une accélération unguéale et que ce diagnostic différentiel ne constituait qu'une possibilité, qui n'avait pas été démontrée de manière probante. Le Dr H._____ s'est également étonné, d'une part, que le recourant ait subi deux opérations de la tête radiale si l'on suspectait un CRPS, et que, d'autre part, ces interventions n'aient pas réactivé le CRPS allégué, mais aient au contraire permis une diminution des douleurs de 20%, selon le patient (cf. rapport du Dr P.R._____ du 22 novembre 2022).

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige a pour objet le point de savoir si R._____ était fondée, d'une part, à considérer l'état de santé du recourant comme stabilisé en mai 2019 et à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical ainsi qu'au versement des indemnités journalières avec effet au 13 août 2019 et, d'autre part, à refuser de mettre le

recourant au bénéfice d’une rente d’invalidité et à fixer à 5 % le taux de son atteinte à l’intégrité.

Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d’après l’état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n’a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l’état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Il sied de rappeler ici que le juge n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 138 IV 81 consid. 2.2 ; 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités).

3. A titre préalable, il y a lieu de préciser que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l’accident assuré, antérieure à l'entrée en vigueur dédites modifications (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. **a)** Aux termes de l’art. 6 al. 1 LAA, si la loi n’en dispose pas autrement, les prestations d’assurance sont allouées en cas d’accident professionnel, d’accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l’art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le

droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les références citées).

b) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet

soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis pas la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque

l’assuré est victime d’un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l’événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l’examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

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

De manière générale, lorsque l’on se trouve en présence d’un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l’un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 précité consid. 3.3 et les références). En revanche, lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite des cas de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière pour que l'on puisse admettre un lien de causalité adéquate avec l'accident (TF 8C_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.2.3 et la référence citée).

5. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d’invalidité, l’administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d’autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l’état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir

le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

6. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que, le 10 décembre 2015, le recourant a été victime d'un accident au cours duquel il s'est fracturé la tête radiale du coude droit en tombant au sol de sa hauteur, sur son lieu de travail. En totale incapacité de travail depuis le jour de l'accident, l'assuré a perçu des indemnités journalières de l'intimée, qui a également pris en charge les frais de traitements médicaux. L'assureur-accidents a mis un terme à ces prestations au 13 août 2019, estimant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé du recourant, qui était stabilisé, étant précisé que la date précitée correspond au délai octroyé par l'intimée à l'assuré pour qu'il recherche un nouvel emploi et s'adapte aux circonstances. Procédant à l'examen du droit aux prestations de longue durée, l'intimée a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que le revenu qu'il était susceptible de tirer d'une telle activité ne laissait subsister aucun préjudice économique et ne permettait donc pas l'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité. L'intimée a également retenu que les séquelles de l'accident permettaient d'allouer au recourant une IPAI de 5%.

Le recourant conteste cette appréciation, estimant en substance que son état de santé n'est pas stabilisé et qu'il présente, en sus des lésions au coude droit, des atteintes à l'épaule droite, aux cervicales et au plan psychiatrique, toutes en lien de causalité avec l'accident du 10 décembre 2015, justifiant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux jusqu'à stabilisation, puis l'allocation d'une rente d'invalidité et d'une IPAI plus élevée que celle reconnue.

Compte tenu des éléments précités, il y a lieu d'examiner tout d'abord si le recourant présentait toujours, au 13 mai 2019, des troubles

en lien de causalité avec l'accident assuré et, cas échéant, s'ils étaient stabilisés. Dans l'affirmative, il conviendra ensuite de déterminer si lesdits troubles portent atteinte à la capacité de travail et de gain du recourant dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Enfin, devra être évalué le droit à une IPAI.

7. **a)** Dans le cas d'espèce, au plan somatique, R._____ a fondé sa décision sur les rapports d'expertise des Drs F._____, J._____ et N._____, ainsi que sur l'analyse faite par son médecin-conseil des différentes pièces médicales au dossier.

aa) L'expertise du Dr F._____ du 22 mars 2017 et son complément du 16 décembre 2017 ne peuvent pas être pris en compte dans l'examen des questions litigieuses, dans la mesure où les conditions d'une récusation de l'expert sont réalisées.

A teneur de l'art. 44 al. 2 LPGA, si l’assureur doit recourir aux services d’un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d’une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l’art. 36 al. 1 LPGA. Selon cette dernière disposition, les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l’affaire ou si, pour d’autres raisons, elles semblent prévenues.

Dans une affaire impliquant également l'intimée, l'expert F._____ et le Dr H._____ en qualité de médecin-conseil de l'intimée, le Tribunal fédéral a considéré qu'au vu des exigences élevées posées à l'impartialité des experts médicaux (ATF 132 V 93 consid. 7.1 *in fine* ; ATF 120 V 357 consid. 3b *in fine*), les contacts quotidiens et la communauté d'intérêts économiques des deux médecins, qui occupent les mêmes locaux au sein d'un petit cabinet de groupe dont ils partagent les frais, suffisaient pour faire naître à tout le moins une apparence de prévention lorsque l'un des associés est désigné comme expert par un assureur

accidents alors que son associé a déjà émis un avis médical sur le cas en tant que médecin-conseil dudit assureur (ATF 148 V 225 consid. 5.3).

Au vu des éléments qui précèdent, les rapports d'expertise du Dr F._____ ne peuvent pas se voir reconnaître une valeur probante suffisante pour servir de base à la discussion des questions litigieuses et doivent être écartés.

L'examen des rapports d'expertise des Drs J._____ et N._____ des 7 février 2019 et 2 avril 2019 permet de constater que les experts se sont prononcés en pleine connaissance du dossier médical du recourant et sur la base d'une anamnèse complète. Le Dr J._____ s'est procuré l'intégralité du bilan radiologique auprès des différents médecins consultés par le recourant, dont il a procédé à l'analyse, avant de procéder à une nouvelle imagerie du coude droit pour les besoins de l'expertise. Le Dr N._____ a pour sa part mis en œuvre un examen par ENMG. Les experts ont procédé à des examens cliniques détaillés et tenu compte des plaintes exprimées par l'intéressé. Leurs conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical et d'une étude complète et circonstanciée des points litigieux, sont bien motivées, de sorte qu'elles satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). De son côté, le recourant n'apporte aucun élément susceptible de remettre en cause au plan formel la valeur probante de ces deux expertises.

bb) Au plan neurologique, il ressort de l'anamnèse du Dr N._____ qu'au jour de l'expertise, le recourant relevait la persistance de douleurs au niveau du coude, tant du côté interne qu'externe, auxquelles se surajoutaient des phénomènes paresthésiques intéressant la face interne de l'avant-bras et des brûlures au site traumatique. Le recourant signalait également des contractures musculaires douloureuses de l'épaule puis de la région cervicale et la face, avec l'apparition épisodique de phénomènes paresthésiques à ce niveau également. Au cours de son examen clinique, l'expert neurologue a mis en évidence des douleurs locorégionales au niveau du coude, un tableau de contractures

musculaires douloureuses ainsi que des troubles sensitifs de la main droite difficiles à circonscrire avec précision. Les résultats des examens neurographiques sensitifs des nerfs cubital, médian, radial, brachial cutanés interne et externe étaient en revanche normaux, tout comme ceux de l'électromyographie de tous les nerfs siégeant entre C5 et D1 à droite, le neurologue ayant au demeurant exclu tout potentiel de repos dans la musculature paravertébrale cervicale. A l'issue de ses investigations, le Dr N._____ a conclu que du point de vue neurologique, il n'existait pas de déficit significatif. Seules prévalaient des douleurs d'ordre musculo-ligamentaire et des lésions de petits rameaux cutanés inhérents aux interventions et aux attèles, sans aucun déficit significatif, ces constats étant au demeurant corroborés par la normalité des trois ENMG effectuées en 2017 et 2018. Les différents troubles du recourant semblant en rapport avec l'intensité des paroxysmes douloureux, le Dr N._____ s'est rallié à la proposition de la Dre G._____ d'augmenter progressivement le traitement de Lyrica et Trittico. S'agissant des douleurs de l'épaule, de la colonne cervicale et de l'hémicrâne droit, le Dr N._____ était d'avis qu'il s'agissait d'une intrication entre des phénomènes de la lignée tensionnelle et peut-être neurovégétative, aucun substrat neurologique objectif ne pouvant être rattaché à une autre entité. Les céphalées décrites ne ressemblaient pas à des migraines et entraient clairement dans des éléments de la lignée tensionnelle, raison pour laquelle le Dr N._____ a préconisé la poursuite de la physiothérapie et l'ergothérapie. Quant à la discrète protrusion C5-C6 constatée à l'IRM cervicale, elle n'avait aucune traduction clinique objective. A la lumière de ces éléments, le Dr N._____ a conclu que d'un point de vue purement neurologique, il n'existait aucune restriction à l'exercice d'une activité professionnelle.

Le recourant n'apporte aucun élément de nature à contrecarrer les conclusions du Dr N._____, au demeurant superposables à l'appréciation des autres neurologues intervenus dans son suivi. Il ne développe aucun grief à l'encontre du rapport d'expertise neurologique, le Dr D._____ indiquant même dans son rapport du 27 mai

2019 qu'il n'avait rien à signaler au sujet de l'expertise du Dr N._____, qu'il qualifiait d'objective.

cc) Au plan orthopédique, le Dr J._____ a indiqué que la radiographie du coude effectuée pour les besoins de l'expertise mettait clairement en évidence une arthrose huméro-radiale droite, avec une importante irrégularité du capitellum et une ostéophytose de la tête radiale et du capitellum, séquellaire de la fracture du 10 décembre 2015, ce que l'expert estimait bien compréhensible compte tenu du status opératoire initial et de l'importante avulsion cartilagineuse. Le dernier bilan radiologique complet de l'épaule droite et de la nuque de décembre 2018 montrait en outre une tendinopathie modérée du tendon sus-épineux distal droit, banale pour l'âge de l'assuré, et un status cervical dans les limites de la norme.

Au cours de son examen clinique, l'expert a constaté une excellente mobilité de la nuque, un dessin et contour des épaules conservés, sans amyotrophie des loges sus et sous-épineuses des deux côtés, des articulations acromio-claviculaires et sterno-claviculaires stables et indolores des deux côtés, ainsi qu'une mobilité des deux épaules complète et symétrique des deux côtés. Au niveau du coude droit, le Dr J._____ a observé des sensations de dysesthésies à la palpation de toute la face cubitale ainsi qu'un remaniement de l'articulation huméro-radiale. Prévalait également un remaniement modéré avec status cicatriciel externe et interne. Pour le reste, l'examen s'était révélé sans particularité : la peau du coude était souple, légèrement accolée et ombiliquée au niveau cicatriciel externe, sans signe d'une chaleur augmentée ; la palpation de la cicatrice était un peu sensible en interne, avec une petite zone d'hypoesthésie péri-cicatriciel, mais pas en externe. Le coude droit était stable en valgus/varus, sa mobilité en flexion/extension était de 125-10-0, alors que celle du coude gauche était de 140-0-0, le recourant bénéficiant en outre d'une prosupination complète des deux côtés, de l'ordre de 80-0-90. L'examen des mains avait montré des résultats totalement physiologiques des deux côtés, hormis une nette diminution de la force de la main droite par rapport à la gauche.

Dans le cadre de son appréciation, le Dr J._____ a relevé une relativement bonne utilisation de la main droite et du coude droit, avec une gestuelle aisée, rapide et symétrique, l'assuré mobilisant beaucoup ses deux membres supérieurs droits lorsqu'il parlait. Un constat relativement identique avait été posé par la Dre X._____, qui avait décrit un assuré qui lui avait serré la main normalement avant d'enlever successivement deux grosses vestes puis un gilet sans présenter de difficultés ni manifester de douleurs, qui n'avait pas manifesté de douleurs ni de signe d'inconfort durant tout l'entretien mais les avait verbalisés à plusieurs reprises, et qui mobilisait son bras droit sans difficulté, montrant spontanément à l'experte les exercices d'abduction et de rotation qu'il devait régulièrement effectuer (cf. rapport d'expertise psychiatrique p. 17). Le Dr J._____ a décrit un assuré relativement plaignant tant au niveau de son coude droit qu'au niveau de sa nuque et de sa face, avec des inflexions latérales et rotatoires de sa nuque et des positions vicieuses de sa tête, toutefois éminemment variables selon les moments, l'attention de la personne et ses mouvements. Le Dr J._____ relevait cependant une claire amélioration des plaintes concernant l'allodynie puisque le coude droit pouvait être manipulé, touché, de même que les cicatrices, sans plaintes, sans gêne et sans recul. L'assuré avait lui-même annoncé une amélioration des douleurs après l'intervention du 28 mai 2018, de l'ordre de 40%, avec diminution des douleurs de la cicatrice et des brûlures internes, Grâce à la physiothérapie, il avait amélioré sa posture, diminué ses contractures et recommencé à utiliser son bras droit et à toucher la face cubitale et radiale de son coude. Il y avait donc pour l'expert manifestement une amélioration objective liée à la dernière intervention chirurgicale du 28 mai 2018. L'assuré déclarant être sensiblement amélioré par le Lyrica qui semblait être toléré, le Dr J._____ a préconisé de continuer cette médication.

Le Dr J._____ a estimé que seule l'atteinte au coude droit était en lien de causalité hautement probable avec l'accident du 10 décembre 2015 et que le cas était stabilisé, car même s'il existait une amélioration potentielle, l'arthrose débutante du coude droit interdisait

toutes les activités exigeant des efforts systématiques du bras droit. Les activités telles qu'aide de cuisine et serveur étaient ainsi définitivement contre-indiquées. Dans une activité adaptée sans effort répétitif de son bras droit avec des ports de charges occasionnels de 5kg, exceptionnels de 10kg, la capacité de travail était en revanche entière.

Le recourant conteste cette appréciation, singulièrement en s'appuyant sur l'avis du Dr D._____, mais n'apporte aucun élément susceptible de remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr J._____, ni ne démontre que l'expert aurait omis de prendre en compte des éléments déterminants. S'agissant tout à bord de la question du lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident, le Dr D._____ ne fait valoir aucun élément médical objectif circonstancié permettant d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que la tendinopathie de l'épaule droite et les cervicalgies ont été causées par l'accident, ou tout au moins décompensées par celui-ci, et que l'appréciation du Dr J._____ en faveur d'une tendinopathie dégénérative, banale pour l'âge du recourant ne serait pas convaincante. Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne suffit pas pour établir une telle origine traumatique que, comme le fait valoir le Dr D._____, la tendinopathie du sus-épineux ait été mise en évidence pour la première fois par le Dr T._____ postérieurement à l'accident, en été 2017, ni que le recourant n'ait pas présenté de troubles avant l'accident du 10 décembre 2015, comme l'a attesté le Dr L._____ le 6 décembre 2019. De jurisprudence constante en effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu’après la survenance d’un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). A l'instar du Dr H._____, on observe au demeurant que ce n'est qu'en juin 2017, soit environ 18 mois après l'accident, que sont évoquées pour la première fois des douleurs à la mobilisation de l'épaule droite, alors que le rapport de l'IRM du 12 juin 2017 ne montrait qu'une bursite sous-acromiale et une tendinopathie du sus-épineux, sans déchirure ni rupture ni amyotrophie, et que le 27 octobre 2017, le Dr T._____ a observé une mobilité complète de l'épaule

droite, avec une force conservée, l'assuré ne présentant ni dystrophie cutanée, ni asymétrie de chaleur ou sudation, et a renoncé à proposer un traitement chirurgical. Le 16 août 2018, le Dr Q._____ s'est également montré rassurant s'agissant de l'état de l'épaule droite, observant que malgré la douleur, l'articulation ne présentait aucun signe inquiétant, avec une force et une mobilité conservées. Les douleurs cervicales, elles aussi investiguées tardivement par rapport à l'accident, ont été qualifiées de discrète discopathie C5-C6, sans hernie ni conflit radiculaire, ni congestion synoviale par l'IRM cervicale du 4 décembre 2018. Comme l'a relevé le Dr H._____ dans son avis du 27 octobre 2020, compte tenu de la faible énergie du processus accidentel, une luxation du coude induisant une instabilité de l'articulation paraissait peu vraisemblable, de même qu'une décompensation d'une tendinopathie modérée de l'épaule qui perdurait depuis cinq ans, dont l'opération avait confirmé que l'assuré présentait finalement peu de lésions à ce niveau, purement dégénératives, et banales pour l'âge du recourant (cf. protocole opératoire du 27 mai 2020). Pour les mêmes raisons, une décompensation au long cours d'une discopathie modérée C5-C6 sans atteinte neurologique ne pouvait pas se justifier.

C'est également en vain que le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir pris en compte qu'il était atteint d'un syndrome de Südeck, aussi dénommé algo-neurodystrophie ou SDRC. On rappellera à ce stade que la Cour de céans doit procéder à un examen qui prend en compte les éléments existant au moment de la décision du 10 mai 2019 (cf. consid. 2 supra). La mention de ce trouble est intervenue pour la première fois dans un rapport d'imagerie le 8 mars 2017, qui s'est limité à évoquer à titre d'hypothèse un état « compatible » avec une algo-neurodystrophie. En octobre 2017, le Dr T._____ a conclu son examen en indiquant qu'il n'avait constaté aucun signe évoquant un Südeck. Ce diagnostic a ensuite été mentionné par le Dr S._____ le 4 février 2018, par le Dr Q._____, lequel indiquait, après une longue revue de littérature, être « convaincu » que son patient souffrait encore de séquelles de SDRC, et par le Dr D._____ le 14 février 2020. A l'instar du Dr H._____, on constatera cependant qu'aucun médecin n'a rendu

compte d'un examen de la pathologie selon les critères cliniques de Budapest (cf. avis du 19 décembre 2022). En tout état de cause, au moment où la décision du 10 mai 2019 a été rendue, aucun élément ne permettait de retenir que le recourant présentait un tel syndrome, des suites de l'accident ou des opérations nécessitées par celui-ci jusqu'alors. Les conclusions de la Dre I._____ du 9 octobre 2021 et du Dr P.R._____ du 22 novembre 2022 ne permettent pas d'aboutir à une solution contraire, puisque, d'une part, elles ne procèdent pas non plus d'un examen circonstancié des critères médicaux permettant de conclure à une telle pathologie, et, d'autre part, elles ont été prises plus de deux ans après le moment déterminant en l'espèce, alors que de nouvelles interventions chirurgicales avaient entretemps eu lieu.

On constate au demeurant que même s'il s'oppose à certains constats du Dr J._____ ainsi qu'à la terminologie utilisée par ce dernier, dans ce qui peut être considéré comme une querelle d'experts, le Dr D._____ fait en définitive valoir un avis en grande partie superposable à celui du Dr J._____ sur les points déterminants pour l'issue du litige. Alors même qu'il conteste l'avis de l'expert sur l'absence de lien de causalité entre la tendinopathie sans déchirure de l'épaule droite et la discrète discopathie C5-C6 mises en évidence lors du bilan radiologique de décembre 2018, l'orthopédiste n'allègue pas que son patient soit de ce fait en proie à des limitations fonctionnelles plus importantes que celles reconnues par l'expert en raison de l'arthrose du coude. Au contraire, interpellé par le mandataire du recourant sur le bienfondé des limitations fonctionnelles reconnues par le Dr J._____, le Dr D._____ les a confirmées (cf. rapport du 14 février 2020). S'agissant de la question de la stabilisation de l'état de santé, le Dr D._____ a indiqué qu'il convenait d'éviter tout geste agressif (cf. rapport du 14 janvier 2018) et précisé que le traitement actuel était uniquement symptomatique, par antalgiques, physiothérapie et infiltrations, visant à soulager son patient à chaque fois qu'il avait des douleurs. Selon l'orthopédiste traitant, tous les traitements envisageables resteraient palliatifs et ne résoudraient pas la problématique. En cas d'aggravation, seule une arthrodèse pourrait être envisagée au niveau du coude et une acromioplastie au niveau de l'épaule

(cf. rapport du 14 février 2020). Ces constats vont incontestablement dans le sens d'une stabilisation de l'état de santé au sens où l'entend la loi, à savoir lorsqu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – soit une amélioration ou la récupération de la capacité de travail. On notera encore que le Dr T._____ n'a retenu aucune indication chirurgicale au niveau de l'épaule droite (cf. rapport du 27 octobre 2017), que le Dr Q._____ n'envisageait pas non plus de traitement hormis une prise en charge antalgique des douleurs (cf. rapport du 16 août 2018), que l'expert N._____ a préconisé d'appuyer la proposition thérapeutique de la Dre G._____ et proposait d'augmenter la prise de Lyrica, option qui a été plébiscitée par le Dr J._____. Or, de jurisprudence constante, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie n'empêche pas de constater un état stabilisé (cf. TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2). Contrairement à ce que soutient le Dr D._____, les risques d'évolution future des lésions traumatiques vers des troubles dégénératifs ne sont pas déterminants dans l'évaluation de la stabilisation des suites d'un accident. Ainsi, le fait que le recourant ait bénéficié de l'implantation d'une prothèse du coude en 2022 ne suffit pas à remettre en cause le constat de stabilité posé en 2019. Cette intervention est en revanche susceptible de permettre la reprise des prestations de l'assureur-accidents, mais pas de revenir sur le constat d'une stabilisation antérieure. On relèvera encore que le recourant n'est pas fondé à contester la stabilisation de son état de santé au motif que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité seraient encore en cours. Selon le projet de décision rendu par l'OAI le 26 mars 2020, seule une aide au placement est envisagée par l'office, qui n'aura aucune incidence sur l'évaluation de l'invalidité, puisqu'au contraire des autres mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 3 LAI, elle est allouée en toute fin de procédure, au moment où le taux d'invalidité et le droit à la rente ont déjà été arrêtés. Une mesure d'aide au placement, qui ne tend qu'à soutenir l'assuré dans ses démarches de recherche d'emploi, ne suffit donc pas à considérer qu'un état de santé n'est pas stabilisé. Reste encore à examiner l'appréciation faite par le Dr D._____ de la capacité de travail, qui elle seule diffère de celle du Dr J._____, l'orthopédiste traitant

estimant que l'exigibilité envers son patient ne peut excéder 50%. Son appréciation ne saurait prévaloir sur celle de l'expert, puisqu'il justifie la diminution de la capacité de travail par le fait qu'il ne voit pas d'activité qui pourrait être adaptée et qui épargnerait les membres supérieurs, dans la mesure où, selon lui, toute activité, même adaptée, nécessite l'utilisation des deux membres supérieurs, et que souffrant d'un membre supérieur handicapé, son patient ne disposerait dès lors que d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une profession sédentaire, sans effort ni mouvement répétitif. De telles considérations ne sauraient être suivies puisqu'elles ne sont pas fondées sur des arguments médicaux objectifs discutant de l'impact concret des limitations fonctionnelles reconnues sur la capacité de travail dans un marché équilibré du travail. Le Dr D._____ ne motive pas les raisons pour lesquelles il conviendrait de s'écarter de l'avis du Dr J._____ qui retient une exigibilité entière dans une activité adaptée. Comme il sera examiné au stade de l'évaluation de l'invalidité, le Tribunal fédéral admet qu'il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères (cf. consid. 8a/dd infra).

En définitive, il y a lieu de retenir que le recourant n'a pas fait valoir d'éléments médicaux objectifs qui auraient été ignorés des experts N._____ et J._____ et dont on aurait pu conclure que la décision sur opposition entreprise n'avait pas correctement pris en compte l'ensemble du tableau médical prévalant au moment déterminant.

b) Au plan psychiatrique, l'intimée a fondé sa décision sur opposition sur l'expertise du 18 janvier 2019 de la Dre X._____, laquelle a conclu à l'absence de toute atteinte d'ordre psychiatrique. Dans le cadre de l'anamnèse, l'experte a notamment retenu que le recourant avait été victime d'abus sexuels durant son enfance, qu'il avait fait un tentamen en 2006 lié à la confrontation avec son homosexualité, alors qu'il vivait encore au [...], et qu'à la mi-octobre 2018, souffrant d'insomnie depuis quatre nuits, il avait absorbé plusieurs Dafalgan, Lyrica et Trittico, selon lui pour calmer ses douleurs et dormir, et non pour se suicider. L'experte a

également pris note du fait que l'assuré avait bénéficié d'un suivi au plan psychiatrique de 2010 à 2012 auprès de cabinet du Dr V._____, qu'il consultait à nouveau à raison d'une à deux fois par mois dès octobre 2018, en quête d'une aide à la gestion des douleurs. Après avoir recueilli les plaintes de l'assuré et procédé à un examen clinique minutieux, la Dre X._____ a constaté que l'intéressé ne souffrait pas de pathologies de la lignée dépressive (8 points au test d'Hamilton, la dépression légère impliquant un score minimal de 14 points), ni d'état de stress post-traumatique, de trouble affectif bipolaire, de troubles psychotiques, pas plus qu'il ne présentait d'autres pathologies liées à des idées prévalentes, des obsessions ou des conduites compulsives. Le recourant avait signalé des troubles du sommeil, qu'il attribuait toutefois aux douleurs. Il n'avait en outre pas évoqué de ruminations, d'idées noires, d'idées passives de mort ou d'idéations suicidaires, et n'avait pas présenté de signes de fatigabilité ni de ralentissement psychomoteur durant les trois heures d'entretien. Son discours était fluide, sans trouble formel de la pensée. Son attention, sa concentration et sa mémoire étaient dans les normes, son estime de soi et son énergie vitale conservées, sans perte d'initiative, et sa sociabilité était décrite comme variée. La Dre X._____ a constaté un seuil anxiogène en partie abaissée, sans que le degré de gravité d'une anxiété légère ne soit toutefois dépassé, selon les valeurs du test d'Hamilton. Au vu des éléments qui précèdent, il sied de considérer que les conclusions de la Dre X._____ sont bien motivées et qu'elles ont été prises sur la base d'une description claire du contexte médical et d'une étude circonstanciée des points litigieux, de sorte qu'elles satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra).

Le recourant conteste l'appréciation de la Dre X._____ mais n'apporte aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. C'est tout d'abord à tort qu'il fait valoir que l'experte a fait preuve de contradictions en retenant qu'il ne présentait pas de pathologie psychiatrique, alors même qu'elle avait mis en évidence des traits narcissiques. Il n'existe en effet aucune incohérence à ce niveau, puisque les traits de personnalité, décrits sous le chapitre XXI et lettres Z de la

Classification internationales des maladies (CIM-10), et plus précisément sous la lettre Z73.1 qui concerne de l'accentuation de certains traits de la personnalité, ne correspondent pas aux troubles de la personnalité définis au chapitre V, sous les lettres F, et singulièrement le trouble spécifique de la personnalité narcissique (F60.0). Selon la jurisprudence, une structure accentuée de la personnalité (Z73.1) peut être considérée comme une comorbidité juridiquement significative lorsqu'une diminution des capacités résulte de son interaction avec l'atteinte principale à la santé (voir à cet égard ATF 144 V 50 consid. 5.2.1). Or en l'occurrence, comme développé ci-dessus, aucune atteinte principale n'a pu être valablement reconnue.

C'est également en vain que le recourant se réfère à l'appréciation psychiatrique faite le 27 mai 2019 par le Dr D._____, qui n'est à l'évidence pas déterminante, puisqu'en sa qualité de chirurgien orthopédique, il ne dispose pas de la spécialisation médicale lui permettant de se prononcer sur ce pan de l'état de santé du recourant.

Les rapports des Drs O._____ et W._____ produits par le recourant ne permettent pas non plus d'écarter les conclusions de la Dre X._____. Ces médecins ont contesté le bienfondé des conclusions de l'experte psychiatre, retenant pour leur part les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, déjà constaté par le Z._____ en 2011, de syndrome post traumatique, des suites des agressions d'ordre sexuel dont il a été victime au cours de son enfance, et d'état dépressif récurrent. Ils estiment que leur patient a subi une nette détérioration de son état de santé en raison de l'accident de décembre 2015, alors que le suivi entrepris depuis 2012 avait justement pris fin en juin 2015, à la faveur d'une évolution relativement bonne et de la réintégration professionnelle de l'intéressé. En raison de l'accident et des douleurs à son bras droit, le recourant avait connu une aggravation de son état dépressif, qui présentait dorénavant un degré de gravité moyen à sévère, avec idées noires et suicidaires, qui l'avaient conduit à deux tentamens (en 2016 et en 2018) pour lesquels il avait été hospitalisé, alors que tel avait déjà été le cas pour le même motif au [...] en 2006, puis en

Suisse en 2010 (à deux reprises) et en 2011. Malgré l'amélioration constatée depuis l'introduction du traitement par Trittico, le Dr O._____ a évoqué une situation « difficilement soutenable, à tout point de vue », rendant impossible un travail psychothérapeutique serein, qui se limitait à un espace d'écoute. Les considérations des Drs O._____ et W._____ ne parviennent toutefois pas à emporter la conviction de la Cour. On relèvera à titre préalable que le Dr O._____ ne semble pas être au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie reconnue en Suisse, puisqu'il n'est inscrit au registre fédéral des professions médicales qu'en qualité de médecin, ce qui pourrait conduire à écarter ses conclusions. Ce point peut souffrir d'être laissé en suspens puisque les avis des Drs O._____ et W._____ doivent quoi qu'il en soit être écartés pour d'autres motifs. D'une part en effet, et comme relevé par la Dr B.C._____, ces médecins ont retenu un état dépressif moyen à sévère, sans avoir procédé à un examen des signes dépressifs ni étayé leur diagnostic par une argumentation motivée au plan médical. Ce diagnostic peine au demeurant à convaincre lorsqu'on prend en compte le descriptif fait par le recourant de son quotidien, qui, en janvier 2019, soit environ trois mois après le tentamen annoncé en octobre 2018, indiquait à la Dre X._____ qu'il entretenait une relation amoureuse harmonieuse et soutenante depuis 2010, malgré des difficultés durant quelques mois en 2016, qu'il disposait d'un large réseau d'amis qu'il appréciait rencontrer et avec lesquels il partageait appels téléphoniques, balades et sorties au cinéma, qu'il se rendait au fitness à raison de trois fois par semaine pour des séances d'une heure et demi, qu'en cas de beau temps, il marchait volontiers et rendait visite à sa belle-mère âgée de 98 ans, que l'après-midi il regardait des films, lisait des romans, allait se promener au bord du lac ou faisait des exercices avec son bras, qu'il prenait les repas avec son compagnon, que les week-ends, le couple allait volontiers marcher au bord du lac, voir des « films drôles avec des histoires positives », visiter des expositions dans les musées de diverses villes de Suisse, l'assuré signifiant un intérêt tout particulier pour les visites de châteaux et de cathédrales, qu'une fois par mois, le couple partait à destination d'une ville de Suisse ou de France et une fois par an, il voyageait à l'étranger. Le recourant a également indiqué qu'il était engagé et actif dans le cadre d'une association de soutien. Dans son

rapport du 9 juin 2019 contestant les conclusions de la Dre X._____, le Dr O._____ n'a pas indiqué que ce descriptif, à première vue peu compatible avec un état dépressif récurrent moyen à sévère, ne correspondait pas à la réalité. L'appréciation des Drs O._____ et W._____ paraît au demeurant manquer de cohérence puisqu'après avoir attesté de plusieurs atteintes psychiatriques finalement relativement sévères, ils considèrent qu'une reprise d'activité sera possible, non limitée et sans diminution de rendement, pour autant qu'elle soit progressive et respecte les limitations fonctionnelles somatiques, et précisent que l'état dépressif en lien direct avec l'accident assuré pouvait « ne pas avoir de limitations fonctionnelles du moment que le travail soit adapté et surtout ne soit pas source de douleurs physiques ». Si les médecins évoquent une réponse peu convaincante des troubles du sommeil au traitement spécifique introduit, ils la mettent en lien avec la persistance des douleurs somatiques et les litiges assécurologiques. Cela étant, l'appréciation des Drs O._____ et W._____ n'est pas suffisamment étayée au plan médical et convaincante pour remettre sérieusement en cause les conclusions de la Dre X._____. Le fait que l'experte n'ait pas mentionné le même nombre de tentamens que les médecins traitants n'est pas déterminant en tant que tel, puisque ceux survenus entre 2006, 2010 et 2011 étaient antérieurs à l'accident, et que ceux annoncés en 2016 et 2018, outre le fait qu'ils ne sont pas documentés malgré l'annonce de lettres de sortie de l'Hôpital U._____ qui ne figurent toutefois pas au dossier, ils ne pourraient quoi qu'il en soit pas être mis en relation de causalité avec l'accident, tout comme, de manière générale, toute atteinte à la santé psychiatrique, pour les motifs développés ci-dessous.

On doit en effet constater que, même à retenir l'existence d'une atteinte à la santé psychiatrique qui porterait atteinte à la capacité de travail et de gain, ce qui n'est pas établi en l'espèce, il conviendrait de nier que celle-ci se trouve en lien de causalité avec l'accident du 10 décembre 2015, dans la mesure où les conditions fixées par la jurisprudence s'agissant de la causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiatriques ne sont pas réalisées (cf. consid. 4b/bb supra). Compte tenu des circonstances et des forces générées par l’accident, au

cours duquel l'assuré, bousculé par une collègue qui avait fait un pas en arrière après avoir renversé des boissons chaudes, est tombé sur son bras droite de sa hauteur, c'est de manière fondée que l'intimée a considéré qu'il s'agissait d'un accident insignifiant ou de peu de gravité (cf. dans ce sens notamment TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 et 8C_291/2018 du 28 février 2019). Dans un tel cas, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques consécutifs à l'accident peut d'emblée être niée.

On peut encore relever que, même s'il avait été reconnu à l'accident un degré de gravité moyenne, il devrait entrer dans la catégorie des accidents à la limite des cas de peu de gravité. Dans un tel cas de figure, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (cf. consid. 4b/bb supra). Il y a dès lors lieu d'examiner ci-après si et dans quelle mesure les différents critères sont réalisés

Le critère relatif aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident peut sans aucun doute être écarté, vu le contexte. Tel est également le cas du critère relatif à la gravité et la nature particulière des lésions physiques, qui ne sont en l'espèce pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. On rappellera à cet égard qu'on entend par lésions physiques de nature particulière des atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un oeil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; cf. TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2 et la référence). Les pièces au dossier ne permettent pas non plus de retenir l'existence d'erreur dans le traitement médical qui aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du

traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et que mises à part lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). Les mêmes conclusions s'imposent dans le cas présent puisqu'entre 2015 et 2019, la prise en charge de l'assuré au plan somatique s'est résumée à trois interventions chirurgicales (en décembre 2015, septembre 2016 et mai 2018) qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation dépassant quelques jours, et à un traitement conservateur. Malgré les contraintes certes imposées par ces traitements, la durée de traitement ne peut pas être qualifiée de particulièrement longue au sens de la jurisprudence. Quatre critères des sept prévus par la jurisprudence étant écartés, on peut renoncer à examiner en détail les trois derniers (les douleurs physiques persistantes, les difficultés apparues au cours de la guérison et complications importantes ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques), puisque même à supposer qu'ils se vérifient, ils ne suffiraient pas à atteindre les quatre critères exigés, aucun d'eux ne revêtant un caractère suffisamment sévère pour suffire à lui seul.

En définitive, le caractère adéquat d'éventuelles atteintes psychiques, non démontrées en l'espèce au moment où l'intimée a statué sur l'invalidité du recourant, devrait quoi qu'il en soit être écarté.

c) Compte tenu des éléments qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que seules pouvaient être mises en relation de causalité avec l'accident du 10 décembre 2015 les lésions au coude droit, que ces atteintes pouvaient être considérées comme stabilisées au plus tard en mai 2019 et qu'elles n'empêchaient pas le recourant de mettre en

valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès lors que les traitements n'étaient plus susceptibles d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé, l'intimée était en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières et au remboursement des frais médicaux au 13 août 2019, en application de l'art. 19 al. 1 LAA. Certes, l'art. 21 LAA permet dans certains cas la prise en charge de mesures médicales au-delà de l'échéance prévue par l'art. 19 al. 1 LAA, mais cette possibilité n'est toutefois donnée que dans le cas où l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ce qui n'est pas le cas du recourant (TF 8C_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3 ; TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

8. La question de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles étant tranchée, il convient d'aborder le dossier sous l'angle économique et de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

a)aa) Aux termes de l’art. 18 al. 1 LAA, si l’assuré est invalide à 10% au moins par suite d’un accident, il a droit à une rente d’invalidité, pour autant que l’accident soit survenu avant l’âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu’il n’y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l’état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l’amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l’assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

bb) Pour évaluer le taux d’invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l’assuré aurait pu obtenir s’il n’était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu’il pourrait obtenir en exerçant l’activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (revenu avec invalidité). C’est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

cc) La comparaison des revenus s’effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l’un avec l’autre, la différence permettant de calculer le taux d’invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

dd) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l’atteinte à la santé, en l’adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu’au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l’employeur ou, à défaut, sur l’évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

On ne tiendra compte d’une hypothétique évolution salariale en raison d’un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu’une éventuelle promotion ou d’un changement d’emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d’intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPGA).

ee) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle

concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l’atteinte à la santé doit être pris en considération si l’activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu’elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

Lorsque la personne assurée n’a pas repris d’activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l’Office fédéral de la statistique dans l’Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d’aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l’économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l’ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l’année prise en considération. On tiendra également compte de l’évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l’ESS et l’année déterminante pour l’évaluation de l’invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

Le Tribunal fédéral a confirmé à plusieurs reprises l'application du niveau de qualification 4 (jusqu'à l'ESS 2010) ou de compétences 1 (dès l'ESS 2012) pour déterminer le revenu exigible dans des activités monomanuelles légères. Pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (cf. TF

8C_772/2020 du 9 juillet 2022 consid. 5.6; 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

b) aa) Dans le cas d'espèce, pour fixer le revenu d'invalide, l'intimée s'est fondée sur les ESS 2016 concernant le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans les secteurs privés et publics, montant qu'elle a ensuite adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises, de 41,7 heures, et indexé selon l'évolution des salaires jusqu'en 2018, pour aboutir au résultat de 68'022 francs. Considérant que le recourant ne devait pas s'attendre à des perspectives de salaires amoindries, l'intimée n'a pas opéré d'abattement sur le revenu d'invalide précité. R._____ a en outre arrêté le salaire sans invalidité à 64'271 fr., en prenant en compte le salaire mensuel de 4'861 fr. perçu treize fois l'an en 2015 par le recourant de la [...], qu'elle a indexé à 2018. Le salaire d'invalide (68'022 fr.) étant supérieur au salaire sans invalidité (64'271 fr.), le recourant ne subissait pas de perte de gain du fait de l'accident, et ne pouvait dès lors pas se voir allouer une rente d'invalidité.

bb) Le calcul de l'intimée prête le flanc à la critique sur quelques points, qui restent cependant sans conséquence sur l'issue du présent litige. C'est en effet sans fondement que l'intimée n'a procédé à l'indexation des revenus avec et sans invalidité que jusqu'en 2018, puisque les revenus à prendre en considération sont ceux prévalant l'année de l'évaluation de l'invalidité, en l'occurrence en 2019. Doit ainsi encore être pris en compte le taux d'indexation de 0,9% applicable à l'évolution des salaires entre 2018 et 2019. L'intimée s'est en outre

écartée de la jurisprudence du Tribunal fédéral en appliquant les données statistiques relatives aux domaines public et privé, au lieu de celles relatives au domaine privé, telles qu'elles ressortent des ESS TA1_skill_level (cf. consid. 8a/ee supra). En procédant à un nouveau calcul sur les bases précités, le Cour de céans aboutit à un revenu d'invalide de 68'011 fr., toujours supérieur au revenu sans invalidité, de 64'772 francs.

cc) Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir arrêté son revenu sans invalidité sans demander à son employeur de la renseigner sur le revenu exact qu'il aurait perçu en 2019, s'il n'avait pas été accidenté et était resté à son service. Ce grief doit être écarté puisque le calcul du revenu sans invalidité par l'indexation du dernier salaire perçu avant l'accident est suffisamment concret pour satisfaire aux règles établies par la jurisprudence. Le recourant ne peut pas non plus être suivi lorsqu'il reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte ses perspectives d'avancement, puisqu'une telle évolution ne ressort que de ses allégations, sans être étayée par des indices concrets susceptibles de la rendre vraisemblable.

dd) C'est également en vain que le recourant requiert un abattement de 20% sur son salaire d'invalide, pour tenir compte de ses sévères limitations fonctionnelles au bras droit, à l'épaule et aux cervicales, de son éloignement du marché du travail durant plusieurs années et du fait qu'il doit exercer une activité à temps partiel. Agé de 44 ans et au bénéfice d'un permis d'établissement en 2019, il ne peut se prévaloir d'un désavantage salarial en raison de l'exercice d'une activité à taux réduit, puisqu'une capacité de travail de 100% lui a été reconnue dans une activité adaptée. Sans activité lucrative depuis moins de quatre ans, il ne peut pas non plus soutenir que ses expectatives salariales souffriront d'un éloignement caractérisé du marché du travail, *a fortiori* dans les activités simples et répétitives pour lesquelles aucune formation spécifique n'est requise, telles que prises en compte par l'intimée. Quant aux limitations fonctionnelles, seules pourraient entrer en ligne de compte celles affectant le coude droit, puisque les autres atteintes de l'assuré ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 10 décembre 2015. Or les

restrictions fonctionnelles reconnues, qui exigent du recourant qu'il évite les efforts répétitifs du bras droit ainsi que le port de charges occasionnels de 5kg et exceptionnels de 10kg, ne sauraient être qualifiées de sévères. Elles ne suffisent pas à réduire les perspectives salariales dans une mesure permettant un abattement sur son salaire d'invalide. Si par impossible un abattement devait être concédé en lien avec ces limitations, il ne pourrait excéder 5%, ce qui ne suffirait pas à ouvrir le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents, puisque le préjudice économique, de 161 fr., ne permettrait même pas d'atteindre une invalidité de 1% (64'772 fr. – [68'011 fr. x 90%] = 161 fr., correspondant à une invalidité de 0.2%). A titre indicatif, et sur le plan purement théorique puisque les circonstances du cas d'espèce ne le justifient pas, même un abattement de 10% aboutirait à une invalidité largement inférieure à 10%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (64'772 fr. – [68'011 fr. x 90%] = 3'560 fr. ; 3'560 fr. : 64'772 = 5.4%).

Le recourant ne saurait au demeurant se prévaloir des taux d'abattement de 15% et 20% évoqués par l'OAI dans son projet de décision du 26 mars 2020 et son formulaire de calcul du 3 novembre 2020. Selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire (ATF 133 V 549 consid. 6.2 ; 131 V 362 consid. 2.3). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité. En l'occurrence, le formulaire de calcul du salaire exigible du 3 novembre 2020 ne renseigne pas clairement sur les motifs de l'abattement envisagé. Sous la rubrique « Explication de la réduction », il est indiqué qu'un premier calcul en mars 2020 avait retenu un abattement de 15% « en relation avec les limitations fonctionnelles et notamment celle relevant d'une activité principalement mono manuel[le] », et qu'après un nouvel

examen, une réduction supplémentaire de 5% pouvait être admise « au motif qu'à l'activité mono manuel[le] s'ajout[ait] le port de charge occasionnel de 5kg, exceptionnel de 10kg ». Hormis le fait qu'on peut douter de la pertinence de la référence à une activité monomanuelle compte tenu des limitations retenues, l'appréciation ressortant du formulaire de calcul de l'OAI ne saurait être suivie dans la mesure où l'OAI n'y mentionne pas précisément les motifs initiaux ayant conduit à reconnaître un abattement de 15%, mais se limite à indiquer qu'il avait alors pris en compte « notamment » les limitations fonctionnelles relevant d'une activité monomanuelle. Dès lors que l'assurance-invalidité prend en compte l'ensemble des atteintes invalidantes, il se peut que son évaluation de l'abattement englobe des limitations fonctionnelles relatives à d'autres atteintes non prises en compte par l'assureur-accidents, qui ne retient que les atteintes en lien de causalité avec un accident assuré. On notera encore qu'il ne ressort pas du dossier en mains du tribunal que le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité ait fait l'objet d'une décision d'ores et déjà entrée en force. En tout état de cause, au niveau de l'assurance-accidents, un abattement de 20%, proche du taux maximal de 25%, ne saurait en aucun cas être reconnu pour les seules limitations fonctionnelles touchant le coude droit du recourant.

c) Au vu des éléments qui précèdent, c'est de manière fondée que l'intimée a retenu que le recourant ne subissait pas de préjudice économique permettant l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, un tel préjudice n'existant tout simplement pas, ou n'atteignant en tous les cas pas les 10% minimum requis par l'art. 18 LAA.

9. Reste à examiner le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement à déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a arrêté ladite indemnité à 5%.

a) Selon l’art. 24 al. 1 LAA, l’assuré qui, par suite de l’accident, souffre d’une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l’intégrité.

Conformément à l’art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l’assurance-accidents ; RS 832.202), 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. Elle est réputée importante lorsque l’intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l’ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu’elle définit le caractère durable de l’atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L’indemnité est fixée en même temps que la rente d’invalidité ou, si l’assuré ne peut pas prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA).

Aux termes de l’art. 25 al. 1 LAA, l’indemnité pour atteinte à l’intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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, qui s’apprécie d’après les constatations médicales. C’est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l’atteinte à l’intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu’il n’est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu’elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L’évaluation de l’atteinte à l’intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d’une part constater objectivement les limitations, et d’autre part, estimer l’atteinte à l’intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L’indemnité pour atteinte à l’intégrité est calculée selon les directives figurant à l’annexe 3 de l’OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l’intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b,

113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) Dans son rapport d'expertise du 7 février 2019, le Dr J._____ a reconnu que le recourant présentait une atteinte à l'intégrité de son coude droit, en raison de l'arthrose avérée débutante huméro-radiale développée ensuite de l'accident du 12 décembre 2015 et des traitements qui ont suivi. Il a arrêté le taux de l'atteinte à 5%.

Le recourant conteste cette appréciation et conclut au gré de ses écritures à une IPAI de taux variable, allant jusqu'à 45%. Dans ses déterminations du 2 décembre 2021, il a finalement requis une IPAI de 20% minimum, avant de demander le 7 juillet 2022 qu'il soit encore en sus tenu compte de la prothèse radiale posée le 9 juin 2022. A l'appui de ses conclusions, il a produit des rapports des 27 mai 2019 et 14 février 2020 du Dr D._____, lequel procède à une évaluation alternative de l'IPAI de la manière suivante :

- soit 20%, avec la précision :
  - arthrose du coude, disant modérée, 5 à 10% => 10%
  - pathologie de l'épaule par analogie à périarthrite d'épaule : 10%
- soit 45%, avec la précision :
  - épaule mobile jusqu'à l'horizontale : 15%

- coude : mobilité réduite : 10%
- coude, arthrose moyenne : 10%
- rachis par analogie : + 10%

A noter que dans son rapport du 27 mai 2019, le Dr D._____ prenait encore en compte une atteinte à l'intégrité de 30% justifiée par la dépression.

Cette évaluation ne saurait être suivie. Tout d'abord, le droit à l'IPAI doit être examiné en fonction de la seule atteinte au coude droit, dès lors qu'il s'agit-là de l'unique trouble pour lequel un lien de causalité avec l'accident a été reconnu. L'avis du Dr D._____, dénué de toute motivation, n'explique en outre pas pourquoi, alors que la table 5.2 de la CNA, régissant les atteintes à l'intégrité dues à l'arthrose, prévoit une IPAI de 5 à 10% en cas d'arthrose moyenne du coude, il conviendrait de s'écarter des 5% retenus par le Dr J._____ et d'opter plutôt pour l'extrémité supérieure de la fourchette. De même, l'orthopédiste traitant ne justifie pas pour quelle raison il cumule, pour la même atteinte au coude droit, 10% supplémentaires pour une atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels du coude, sur la base de la table 1.2. Il n'explique pas en quoi l'atteinte à l'intégrité reconnue en raison de l'arthrose, laquelle provoque elle-même des troubles fonctionnels de l'articulation, ne suffirait pas à compenser de manière adéquate et suffisante l'atteinte du coude droit, *a fortiori* vu la fonctionnalité finalement grandement préservée du coude, qui conserve une mobilité de 125-10-0 (cf. rapport d'expertise du Dr J._____ p. 8), proche de la mobilité normale de cette articulation. Le recourant ne saurait non plus être suivi lorsqu'il soutient que le Dr J._____ a fondé son appréciation sur une arthrose débutante alors que celle-ci revêt les caractéristiques d'une arthrose sévère, compte tenu du diagnostic de chondropathie de stade IV retenu selon le rapport d'imagerie du 13 décembre 2018 D'une part, on ne saurait conclure à une arthrose sévère puisque le diagnostic posé est celui d'une chondropathie, du degré le plus avancé, certes, et non celui d'une arthrose. D'autre part, indépendamment du fait qu'il évoque une arthrose débutante, le Dr J._____ lui attribue *de facto* le degré de gravité moyenne, puisqu'il

reconnaît de ce fait une atteinte à l'intégrité et que selon la table 5.2 de la CNA, une arthrose légère ne donne pas le droit à une IPAI. Aucun élément au dossier ne permet d'établir que le recourant souffrait d'une arthrose sévère, ni que s'ajouterait à l'arthrose un facteur aggravant, tel qu'une instabilité de l'articulation.

c) En définitive, le recourant n'apporte aucun élément d'ordre médical objectif de nature à remettre sérieusement en cause l'appréciation du Dr J._____, de sorte que la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter de l'IPAI de 5% reconnue par l'intimée, qui prend en compte de manière adéquate l'atteinte à l'intégrité dont le recourant souffrait au moment de la décision entreprise, et qu'il convient donc de confirmer. La question de savoir si d'éventuelles séquelles tardives de l'accident seraient susceptibles d'ouvrir un droit à une IPAI sort de l'objet du présent litige et devra faire l'objet d'une nouvelle demande du recourant à l'intimée (ATF 127 V 456 consid. 4 ; TF 8C_219/2018 consid. 4.3. du 5 juillet 2018).

10. Si l'assureur 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 de rechercher d'autres preuves. Une telle manière de procéder ne viole le droit d’être entendu (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 131 I 153 consid. 3).

En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d’expertise formulée par le recourant. Une telle mesure d’instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

11. **a)** Au vu des éléments précités, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n’y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d’allouer de dépens, dès lors que le recourant n’obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 19 novembre 2019 par R._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jeanne-Marie Monney (pour le recourant), à Lausanne,
- R._____, à […],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :