

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 novembre 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Gutmann et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à
Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

**Art. 4 et 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 2
OLAA**

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, était employé auprès de l'entreprise K. _____ SA en tant qu'aide-plâtrier à 100% depuis le 15 janvier 2007, lorsque le 18 janvier 2017, dans le cadre de son travail, il a chuté d'une échelle d'une hauteur de 2m50. Il a été en incapacité de travail totale depuis lors.

Le 23 janvier 2017, l'employeur de l'assuré a rempli une déclaration de sinistre qu'il a adressée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), laquelle a pris en charge le cas, en versant des indemnités journalières en faveur de l'assuré à compter du 21 janvier 2017.

Selon un rapport du 26 janvier 2017 de l'Hôpital D. _____ où l'assuré a séjourné du 23 au 26 janvier 2017, le diagnostic de terrible triade du coude gauche a été posé. Le 24 janvier 2017, l'assuré a subi une opération (réduction ouverte et ostéosynthèse de la tête radiale gauche, réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture stade III de la coronoïde gauche. Refixation du ligament latéral externe du coude gauche). Les suites postopératoires ont été simples avec un bilan radiologique, effectué le lendemain de l'opération, satisfaisant. Un traitement antalgique, le port d'une attelle amovible durant quatre semaines puis de la physiothérapie après deux semaines d'opération ont été prescrits.

Face à un important déficit d'amplitude articulaire essentiellement en pronosupination constaté trois mois après l'opération, le Dr G. _____, spécialiste en orthopédie auprès de l'Hôpital D. _____ qui a opéré l'assuré, a proposé à celui-ci une nouvelle intervention consistant en une arthrolyse du coude par voie ouverte avec ablation d'une plaque sur la tête radiale et excision d'ostéophyte (cf. rapport du 17 juillet 2017). Cette intervention a été réalisée le 17 août 2017. L'assuré se plaignait également d'une tendinite calcifiante de l'épaule gauche pour laquelle le médecin précité a suggéré une infiltration qui a été effectuée le même jour que l'opération du coude (cf. rapport du 18 août 2017).

Dans un rapport du 3 octobre 2017, le Dr G._____ a constaté une mobilité quasi complète en pronosupination mais limitée en flexion/extension avec cependant une amélioration très nette en physiothérapie et toujours d'importantes douleurs résistantes aux antalgiques.

Compte tenu d'une mauvaise évolution avec beaucoup de paresthésies, dysesthésies à la face antérieure de l'avant-bras gauche et également des douleurs ainsi qu'un Tinnel positif s'agissant du nerf ulnaire dans sa région épitrochléenne du coude gauche, le Dr G._____ a proposé à l'assuré d'effectuer un bilan électro-neuromyographique par le Dr L._____, spécialiste en neurologie, ainsi qu'un bilan par IRM [imagerie par résonance magnétique] (cf. rapport du 30 octobre 2017).

Dans son rapport du 5 décembre 2017, le médecin précité a constaté la présence d'une neuropathie sensitive du nerf ulnaire gauche avec probable lésion au niveau du coude, le reste de l'examen neurologique s'étant révélé normal. Il a en outre relevé l'absence d'une pathologie au niveau de l'épaule gauche.

Le 12 février 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en invoquant une fracture de l'avant-bras gauche ainsi qu'une atteinte au coude et au thorax.

A la même date, l'assuré a été examiné par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son rapport, le médecin précité a relevé une certaine discordance entre le vécu d'un handicap subjectif qui semblait majeur et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui allaient dans le sens d'un résultat tout à fait correct après une lésion grave du coude gauche chez un patient avec lequel on s'accordait pour dire que la communication était difficile. Il a préconisé un séjour à la Clinique B._____ ([...]).

L'assuré a séjourné à la Clinique B. _____ du 27 février au 27 mars 2018. Dans un rapport établi le 12 avril 2018 par les médecins de cette Clinique, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de syndrome de stress post-traumatique non totalement résolu ont été posés sur le plan psychique. Sur le plan neurologique, il a été constaté la persistance d'une neuropathie purement sensitive, discrète du nerf ulnaire gauche, dans un contexte post-traumatique. Aucun diagnostic n'a été retenu sur le plan orthopédique, les fractures du coude gauche ayant été bien consolidées selon les examens radiologiques effectués. Quant à l'épaule gauche, de l'arthrose acromioclaviculaire a été constatée ainsi que l'absence de lésion du sous-scapulaire, du supra-épineux et de l'infra-épineux, hormis un tendon du supra-épineux en hypersignal au niveau de la région de l'insertion (cf. arthro-IRM du 20 juin 2017). Plus généralement, il a été relevé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient et son retour au travail. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été mentionnées : activités en force avec le coude gauche surtout avec rotations répétées et/ou flexion/extension répétées, port de charge lourdes répétées. Les médecins de la Clinique B. _____ ont précisé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 6 mois au maximum, soit à une année de la dernière intervention. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de plâtrier a été considéré comme défavorable et celui dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites comme étant en théorie favorable, la réinsertion étant toutefois rendue plus difficile au vu des facteurs contextuels et personnels de l'assuré.

A l'issue d'une consultation orthopédique effectuée à la Clinique B. _____ le 7 mars 2018, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué, dans un rapport du 8 mars 2018, qu'il fallait poursuivre la rééducation, que les doses de Dafalgan (3 x 1g/jour)

pouvaient être diminuées et qu'il fallait espérer que le patient progresse un peu au niveau de la force dans les 6 à 8 mois à venir.

Dans un rapport d'examen final du 5 juin 2018, le Dr F. _____ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tout en précisant que les limitations fonctionnelles retenues à l'issue du séjour à la Clinique B. _____ devaient être considérées comme définitives. Le médecin précité a rappelé que le résultat objectif de la lésion grave du coude gauche de l'assuré était tout à fait correct et que c'était manifestement des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, qui étaient responsables d'un vécu subjectif qui restait probablement assez catastrophique. Du point de vue thérapeutique, le Dr F. _____ ne voyait pas quelle mesure serait susceptible d'améliorer notablement la situation. Le médecin d'arrondissement a en outre retenu un taux de 15% par analogie à une arthrose moyenne à grave du coude gauche auquel s'ajoutait une augmentation de 2.5% pour tenir compte de la neuropathie cubitale, soit une indemnité pour atteinte à l'intégrité [IPAI] fondée sur un taux de 17.5%, qui prenait en compte une certaine aggravation prévisible.

Dans un rapport du 5 juin 2018 de la CNA faisant suite à un entretien avec l'assuré, il lui a été expliqué que, selon le médecin d'arrondissement, sa situation médicale n'évoluerait plus de manière sensible, ce qui permettait de considérer que la situation était stabilisée.

Par communication du 11 juillet 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières en sa faveur au 31 juillet 2018 et qu'elle allait examiner le droit à une rente.

Par décision du 10 septembre 2018, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité pour les séquelles de l'accident correspondant à une diminution de gain de 15% à compter du 1^{er} août 2018, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité calculée sur un taux de 17.5%.

Par courrier du 4 octobre 2018, l'assuré, avec le concours de son conseil, s'est opposé à la décision précitée. Il a en substance fait valoir que sa situation médicale n'était pas stabilisée en août 2018 mais seulement à fin novembre 2018, sollicitant ainsi la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'à cette date. Il a également soutenu que le taux d'atteinte à l'intégrité ne serait pas de 17.5% mais de l'ordre de 45%.

L'assuré a complété son opposition le 20 novembre 2018, en précisant qu'un traitement était en cours auprès du Dr A._____, spécialiste en anesthésiologie, et qu'un nouveau traitement (bloc stellaire gauche) susceptible d'améliorer sa situation de santé était projeté, si bien que l'on ne pouvait parler de stabilisation à proprement parler. Le médecin précité confirmait, dans un rapport du 26 octobre 2018, la présence d'une composante neuropathique claire de la douleur sur le territoire du nerf ulnaire gauche. Par ailleurs, le test de l'épaule gauche effectué lors de la consultation s'était révélé sans particularité.

Par courrier du 15 février 2019, l'assuré a fourni un rapport, daté du 14 janvier 2019, du Dr A._____, dans lequel ce médecin a fait état d'une incapacité de travail de 100% en raison de douleurs persistantes importantes et a précisé que le traitement par bloc stellaire gauche se poursuivait. Le Dr A._____ a également répondu, le 12 décembre 2018, au conseil de l'assuré que celui-ci présentait un syndrome douloureux régional complexe dès lors qu'il remplissait les critères de Budapest. Enfin, l'assuré a également produit un courrier du 12 novembre 2018 de son médecin traitant, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, précisant qu'il bénéficiait d'un traitement d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Après plusieurs sollicitations de prolongation de délai, l'assuré a demandé, par courrier du 5 juin 2019, à ce que la décision sur opposition de la CNA n'intervienne pas avant le résultat des investigations médicales faites dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations auprès de l'OAI. Il a notamment produit un rapport du Dr A._____ du 18 avril

2019, dans lequel ce médecin a rappelé les différents traitements effectués sans succès (deux blocs sur le ganglion stellaire gauche avec Chirocaïne 0.5% 5ml, fin 2018, majoration du traitement de Neurontin à 400mg 3x/jour, bloc tronculaire sur les nerfs ulnaires à gauche avec anesthésie complète de la région douloureuse début 2019, perfusion de Kétamine en avril 2019, acupuncture).

Par avis du 16 septembre 2019, le Dr V. _____ du Service médical régional AI (SMR) a eu l'occasion de se prononcer sur la situation médicale ainsi que sur la capacité de travail de l'assuré. Il a en particulier retenu ce qui suit :

« **Discussion** : Assuré de 59 ans, sans formation, victime d'un accident dans le cadre de son AH [activité habituelle] de plâtrier peintre le 18.01.17 (LM) avec une IT [incapacité de travail] totale depuis. Dans l'axe somatique, l'atteinte a été considérée comme stabilisée par la SUVA [CNA] lors d'un examen médical du 05.06.18 (GED 28.08.19 p74/75) avec des séquelles à type de douleurs neuropathiques sensibles confirmées par un examen neurologique avec ENMG [électro-neuro-myographie]. Si l'AH n'est plus exigible tenant compte des LF [limitations fonctionnelles] admises (activités en force avec le coude gauche (rotations répétées et /ou flexion extension répétées, port de charges lourdes répétées)), il n'y avait pas de limitations concernant une AA [activité adaptée] retenue. Par la suite, le suivi et traitements des douleurs subjectives par divers médecins n'apportera pas d'amélioration (Allodynies persistantes). Dans l'axe psychiatrique, si des antécédents de vécu traumatique (guerre en Bosnie et deuils) sont mentionnés et n'avaient pas empêché l'assuré de travailler jusqu'à l'accident, le psychiatre traitant explique que les ressources adaptatives de l'assuré se sont amenuisées suite à l'accident, ce qui péjore le pronostic de réadaptation dans une activité adaptée. LF : fatigue, concentration diminuée avec faible résistance au stress, anxiété avec impatience et irritabilité. A noter que l'assuré est aidé par sa compagne dans les actes élémentaires de la vie quotidienne tel que toilette et habillage et que la Clinique B. _____ mentionnait des facteurs contextuels et personnels qui risquaient de rendre difficile une réinsertion dans une AA bien que théoriquement possible. Ainsi, nous retenons une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle pour raisons somatiques depuis l'accident et une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] nulle depuis l'accident dans le contexte psychiatrique évoqué avec un pronostic défavorable et des facteurs contextuels. Des investigations médicales supplémentaires pour préciser la CTAA ne semblent pas opportunes compte tenu des éléments au dossier. Cet avis tient donc lieu de rapport final. »

Par projet de décision du 23 septembre 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière dès

le 1^{er} août 2018, soit six mois après le dépôt tardif de la demande de prestations.

Par décision sur opposition du 5 juin 2020, la CNA a rejeté l'opposition formulée par l'assuré contre sa décision du 10 septembre 2018. Elle a confirmé qu'elle était en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2018, en se fondant sur l'avis du Dr F. _____, ainsi que sur celui des médecins de la Clinique B. _____ qui n'allait pas, contrairement à ce que soutenait le recourant, à l'encontre de l'appréciation du médecin d'arrondissement. Les limitations fonctionnelles provisoires posées à l'issue du séjour du recourant à la Clinique B. _____ ont été estimées comme définitives par le Dr F. _____. Celles-ci n'empêchaient pas le recourant d'exercer une activité adaptée à 100% permettant de limiter le préjudice économique causé par l'accident assuré. L'intimée s'est référée aux DPT [descriptifs de postes de travail] pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, lequel se montait à 55'885 fr. 20 par année. Elle a relevé qu'en se basant sur l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] au lieu des DPT, le revenu d'invalidé serait supérieur à ce montant, même en appliquant un abattement de 15%. Quant au gain réalisable sans accident, il se montait à 65'457 francs. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissait à un préjudice économique de 14.6%. Le taux de 15% de la rente allouée apparaissait ainsi correct. Pour répondre au grief du recourant selon lequel le pourcentage de 15% s'avérait sous-évalué, l'intimée a rappelé qu'elle n'avait pas à répondre des troubles de la sphère psychique dont il souffrait. Les critères jurisprudentiels applicables ne permettaient en outre pas de considérer que l'accident du 18 janvier 2017, à ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, fût en relation de causalité adéquate avec les troubles psychiques affectant le recourant. Concernant l'IPAI, il y avait lieu de tenir compte des constatations médicales objectives et non du vécu subjectif du recourant. Quant à l'atteinte à l'épaule gauche, il s'agissait de troubles d'étiologie dégénérative qui ne pouvaient être mis sur le compte de l'accident assuré. Le pourcentage de 17.5% retenu pouvait ainsi être confirmé. Enfin, s'agissant d'un droit éventuel à une allocation pour impotent [API], le

recourant était en mesure de recourir à des moyens permettant de lui garantir une certaine indépendance, si bien qu'il ne pouvait y prétendre.

B. Par acte du 6 juillet 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit mis au bénéfice, d'une part, d'une rente d'invalidité de plus de 15% et, d'autre part, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 17.5%. Il a également conclu au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction des éventuelles prestations pour impotence en sa faveur. Le recourant s'est référé à ses précédentes écritures rédigées dans le cadre de la procédure d'opposition, en soutenant que l'estimation de 15%, s'agissant de la rente, faite par l'intimée et les médecins, n'était pas correcte. S'il a reconnu une dimension psychique prise en compte dans le cadre de l'octroi de la rente à 100% accordée par l'OAI qui ne devait pas l'être du point de vue de l'assurance-accidents, il a estimé que cette dimension était pour peu de chose dans l'octroi de la rente AI. Il a reproché à l'intimée de s'être focalisée sur les imageries radiologiques, sans tenir compte des douleurs résistantes à tout traitement. Concernant l'IPAI, il a relevé qu'il y avait lieu de tenir compte d'une petite composante liée à la lésion de la coiffe des rotateurs et de lui octroyer une indemnité à hauteur de 45% du gain assuré. Il a renvoyé pour le surplus à ses précédents courriers. Enfin, il a estimé que l'intimée aurait dû instruire la question de l'impotence soulevée à plusieurs reprises dans ses courriers.

Par réponse du 31 août 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a en substance fait valoir que, contrairement à ce que soutenait le recourant, l'atteinte à l'épaule gauche n'avait pas été banalisée mais s'était avérée banale en l'absence de lésion de la coiffe des rotateurs, d'atteinte neurologique et de particularité constatée au test. Elle a relevé que tant la Clinique B. _____ que le Dr F. _____ avaient constaté que des facteurs contextuels avaient des répercussions négatives sur les aptitudes fonctionnelles du recourant, qu'ils étaient

responsables d'un vécu subjectif restant probablement assez catastrophique et que ceux-ci n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, si bien qu'elle n'avait pas à en répondre. De même, l'affection psychiatrique diagnostiquée n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'évènement survenu le 18 janvier 2017 qui devait être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*. Ainsi, il y avait lieu de reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations orthopédiques et de confirmer, par conséquent, les revenus avec et sans invalidité pris en compte pour aboutir à une perte de gain de 14.6% donnant droit à une rente de 15%. Concernant l'IPAI, l'intimée a rappelé que l'arthro-IRM du 20 juin 2017 n'avait pas montré d'atteinte à la coiffe des rotateurs de nature traumatique et qu'aucun élément ne permettait de conclure à une atteinte importante et durable à ce niveau. Partant, il se justifiait de confirmer le taux de 17.5% appliqué pour calculer l'IPAI. Enfin, s'agissant de l'API, l'intimée a constaté qu'elle s'était prononcée de manière hâtive sur cette question qui sortait de l'objet du litige et qu'il convenait de rendre une décision en bonne et due forme après instruction complémentaire.

Répliquant le 23 novembre 2020, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a soutenu que l'accident devait plutôt être qualifié de grave à la limite inférieure de cette catégorie, compte tenu notamment des répercussions que cet évènement avait eu dans sa vie de tous les jours. Il a noté qu'un complément d'instruction concernant l'impotence devait avoir lieu. Enfin, il s'est étonné de la discrépance entre l'appréciation de l'OAI qui lui avait reconnu une invalidité totale et l'appréciation de la CNA qui avait considéré qu'elle était limitée à 15%, relevant que les atteintes somatiques étaient prééminentes dans l'appréciation de l'OAI. Il a encore considéré que la lésion à l'épaule gauche était survenue lors de l'accident et qu'il y avait lieu d'en tenir compte notamment dans l'évaluation de l'IPAI, précisant que l'usure articulaire présente avant l'accident n'était absolument pas invalidante jusqu'au jour de l'accident.

Par duplique du 14 décembre 2020, l'intimée a rappelé que pour qualifier l'évènement accidentel, il convenait de se fonder, d'un point

de vue objectif, sur l'accident lui-même et non sur le ressenti subjectif de l'assuré. Par ailleurs, le recourant n'apportait pas d'élément sur le plan médical permettant de conclure à l'existence d'un lien de causalité pour le moins probable entre la tendinite calcifiante de l'épaule gauche et l'accident assuré. En tout état de cause, elle pouvait se départir des conclusions de l'OAI dans la mesure où elle n'avait à répondre ni des troubles de la sphère psychique, ni des troubles invoqués au niveau de l'épaule. Enfin, elle a précisé que l'instruction concernant le droit à une éventuelle API poursuivait son cours.

Dans des déterminations du 18 janvier 2021, le recourant a maintenu ses conclusions, en se référant notamment à son opposition du 4 octobre 2018, pour ce qui était du versement des indemnités journalières auxquelles il considérait avoir droit jusqu'au mois de novembre 2018 inclus. Il est également revenu sur les taux appliqués à la rente et à l'IPAI. Il a encore allégué qu'une expertise pluridisciplinaire devait être ordonnée si la Cour ne pouvait acquérir une conviction précise à ce stade.

Sur demande de la juge instructrice du 22 janvier 2021, le dossier du recourant, constitué auprès de l'OAI, a été produit le 2 février 2021.

Invité à se déterminer sur ce dossier, le recourant a indiqué, par courrier du 4 mars 2021, qu'il n'avait rien à ajouter, en renvoyant à ses précédentes écritures.

Également invitée à se déterminer sur le dossier AI, l'intimée a, par courrier du 8 mars, relevé que l'OAI avait retenu les mêmes limitations fonctionnelles qu'en matière AA sur le plan physique, lesquelles n'entravaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée et qu'en revanche, elle avait tenu compte d'une composante psychique et de facteurs contextuels défavorables qui conduisaient à une capacité de travail nulle dans une activité adaptée et, partant, à un degré d'invalidité de 100%. L'intimée n'ayant pas à tenir compte de l'atteinte de la sphère

psychique – invalidante – affectant l’assuré, la discrédance entre le taux d’invalidité de 100% retenu par l’OAI et celui de 15% arrêté par l’assureur-accidents s’avérait justifiée. Elle s’est en outre référée à un courrier du 20 novembre 2018 du conseil du recourant à l’OAI, par lequel il a laissé entendre que l’invalidité de son client était nettement plus élevée du point de vue de l’AI, en raison de l’atteinte psychique sévère, que du point de vue de la LAA. Enfin, les pièces médicales consignées dans le dossier AI ne laissaient pas entrevoir la nécessité d’un traitement *ad hoc* susceptible d’améliorer notablement l’état de santé de l’assuré, au-delà du 31 juillet 2018, et ne permettaient pas non plus de retenir l’existence de troubles fonctionnels à l’épaule gauche.

Le recourant s’est encore déterminé par écriture du 26 mars 2021, en mentionnant notamment qu’il admettait que toutes les difficultés psychiques n’étaient pas forcément en relation de causalité avec le sinistre. Toutefois, en raison des atteintes somatiques, il considérait que le potentiel qu’on lui prêtait n’était pas réaliste et qu’il devrait bénéficier d’une rente supérieure à 15%.

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. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières en faveur du recourant au 31 juillet 2018, à lui accorder une rente limitée à un taux de 15% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 17.5%, étant précisé qu'un éventuel droit à une allocation pour impotent doit encore faire l'objet d'une instruction puis d'une décision de la part de l'intimée.

3. 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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 citées).

c) 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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3)

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. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). 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. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par 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_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). 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 citées) :

- 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, 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_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

4. a) 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 l'assuré - 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - 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).

b) 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).

c) 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_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

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).

b) 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 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 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 al. 2 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_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

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 tous les assurés 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 l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de

l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

6. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

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

sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

7. a) S'agissant, en premier lieu, de la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières en faveur du recourant au 31 juillet 2018, on relèvera que celui-ci n'a pas pris de conclusion formelle à ce sujet dans son recours. Ce n'est en effet que dans ses déterminations du 18 janvier 2021 qu'il est revenu sur le fait que, selon lui, il aurait dû bénéficier des indemnités journalières jusqu'au mois de novembre 2018, en se référant notamment à son opposition du 4 octobre 2018. Quoi qu'il en soit, cette question fait partie de l'objet du litige et il y a lieu de l'examiner. En l'occurrence, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières en faveur du recourant au 31 juillet 2018 en se fondant sur le rapport de la Clinique B._____ du 12 avril 2018, ainsi que sur l'avis du 5 juin 2018 de son médecin d'arrondissement, le Dr F._____. Durant son séjour à la Clinique B._____ qui s'est déroulé du 27 février au 27 mars 2018, le recourant a bénéficié d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie. Sa participation aux thérapies a été considérée comme moyenne en physiothérapie, la focalisation importante sur la douleur ayant empêché la mise en place d'un programme de réadaptation adéquat. En ergothérapie, la participation a été meilleure mais les spécialistes ont dû constater qu'aucune thérapie ne semblait l'aider. La situation n'était alors pas stabilisée tant du point de vue médical que des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation pouvait être attendue dans un délai maximal de 6 mois. A l'issue de la consultation orthopédique du 7 mars 2018, l'on pouvait espérer que le patient progresse un peu au niveau de la force dans les 6 à

8 mois à venir en poursuivant la rééducation et que les doses d'analgésiques administrées puissent être diminuées. Dans son rapport d'examen final du 5 juin 2018, le Dr F. _____ a retenu que le résultat de la lésion grave du coude gauche était tout à fait correct, si bien qu'il ne voyait pas, du point de vue thérapeutique, quelle mesure était susceptible d'améliorer notablement la situation, étant précisé que l'ergothérapie, interrompue pour des motifs qui lui échappaient, n'était que peu susceptible d'aider beaucoup le patient. Le recourant soutient que sa situation médicale n'était pas stabilisée au 31 juillet 2018, les médecins de la Clinique B. _____ ayant mentionné un délai de stabilisation de 6 mois. Il en donne également pour preuve les diverses mesures thérapeutiques tentées au-delà de cette date (blocs stellaires [cf. rapport du Dr A. _____ du 14 janvier 2019], traitement par AINS [cf. rapport du Dr R. _____ du 12 novembre 2018], Gabapentine et perfusions de Kétamine [cf. rapport du Dr A. _____ du 18 avril 2019]). Il sied de relever, à l'instar de l'intimée, que le délai de 6 mois mentionné par les médecins de la Clinique B. _____ avant d'atteindre une stabilisation de l'état de santé du recourant représente une durée maximale et non minimale. Aussi, dans la mesure où le Dr F. _____ n'a pas entrevu, lors de l'examen du 5 juin 2018, de mesure thérapeutique susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré, la stabilisation de l'état de santé ne saurait être fixée au 30 novembre 2018 seulement. Par ailleurs, le Dr A. _____ a relevé l'échec des traitements médicamenteux et invasifs (cf. rapport du 18 avril 2019), rejoignant ainsi l'appréciation du Dr F. _____. En outre, les médecins de la Clinique B. _____ escomptaient des progrès chez le recourant dans un délai de 6 à 8 mois sous l'effet de mesures de rééducation. Or, celui-ci n'a pas suivi de telles mesures et aucun progrès n'a été enregistré. Enfin, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF U 551/06 du 14 décembre 2017 consid. 7.3), une thérapie consistant en de la physiothérapie et de la médication ne constitue pas en soi un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé d'un assuré. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2018, aucune mesure thérapeutique n'ayant permis d'améliorer notamment les séquelles

accidentelles présentées par le recourant à compter de cette date. Elle était ainsi légitimée à examiner le droit à une rente d'invalidité.

b) Le recourant conteste ensuite le degré d'invalidité de 15% retenu par l'intimée et met en avant le fait que l'OAI lui a accordé une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100%. Il se réfère à cet égard à l'avis SMR du Dr V._____ du 16 septembre 2019, dans lequel ce médecin a conclu à une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et soutient que la dimension psychique est pour peu de chose dans l'appréciation de la capacité de travail. On ne peut suivre le recourant dans son argumentation. En effet, contrairement à ce qu'il allègue, il ressort clairement de l'avis SMR précité que c'est l'aspect psychiatrique qui a conduit à l'OAI à octroyer une rente d'invalidité entière au recourant. Le Dr V._____ a expressément mentionné que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était nulle depuis l'accident « pour raisons somatiques » tandis que la capacité de travail dans une activité adaptée était également nulle depuis l'accident « dans le contexte psychiatrique évoqué [antécédents de vécu traumatique, ressources adaptatives amenuisées à la suite de l'accident] avec un pronostic défavorable et des facteurs contextuels ». Ainsi, pour fonder son appréciation, l'OAI a tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant. Or 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 (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité et vice-versa (ATF 133 V 569 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). En l'occurrence, l'intimée a considéré que les atteintes autres que celle du coude gauche n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré et qu'elle n'avait ainsi pas à en tenir compte dans l'évaluation du degré d'invalidité du recourant.

aa) Pour ce qui est de l'atteinte à l'épaule gauche, l'examen par arthro-IRM pratiqué le 20 juin 2017, soit près de cinq mois après l'accident, n'a pas révélé d'atteinte traumatique fraîche au niveau des tendons du supra-épineux, du sous-scapulaire et de l'infra-épineux. En revanche, une dégénérescence sous forme d'arthrose acromio-claviculaire était visible. Dès lors qu'il s'est plaint d'une tendinite calcifiante de l'épaule gauche, le recourant a bénéficié d'une infiltration sous-acromiale de cette épaule en même temps que l'arthrolyse du coude gauche et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la tête radiale réalisée le 17 août 2017 (cf. rapport du Dr G. _____ du 18 août 2017). Du point de vue neurologique, aucune pathologie n'a été retenue au niveau de l'épaule gauche (cf. rapport du Dr L. _____ du 5 décembre 2017). Par ailleurs, lors de la consultation au sein du Centre d'antalgie du Centre hospitalier H. _____ le 17 octobre 2018, le test de l'épaule gauche s'est révélé sans particularité (« sp »). Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, l'atteinte à l'épaule gauche n'a pas été banalisée mais s'est avérée banale en l'absence de lésion de la coiffe des rotateurs, d'atteinte neurologique et de particularité constatée au test. Force est d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'existence d'un lien de causalité entre les troubles d'origine dégénérative de l'épaule gauche du recourant et l'accident doit être niée.

bb) Concernant les troubles de la sphère psychique dont souffre le recourant, il sied de relever le vécu traumatique de celui-ci en lien avec la perte d'un enfant lors de la guerre en [...] en 1995, puis le suicide d'un autre enfant en 2016. Compte tenu de ces circonstances tragiques, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et l'atteinte psychique ne peut être admise sans autre. La question de l'existence d'un lien de causalité naturelle peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où, comme on le verra ci-après, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit de toute manière être niée (TF 8C_236/2016 du 11 août 2016 consid. 4.2 ; 8C_137/2013 du 4 juillet 2013 consid. 5 et 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4) dès lors que les critères jurisprudentiels applicables pour reconnaître un tel lien ne sont en

l'occurrence pas remplis. Tout d'abord, si le fait de chuter d'une échelle d'une hauteur de 2m50 a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif - seul déterminant en l'espèce - particulièrement dramatique. Ainsi, cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*, au vu des forces générées (cf. à cet égard TF 8C_547/2020 du 1^{er} mars 2021). Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'événement litigieux ne présentait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques. De même, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Quant aux conditions des douleurs physiques persistantes, à la durée du traitement médical, aux complications apparues au cours de la guérison et au degré et à la durée de l'incapacité de travail, il y a lieu de relever que les différents médecins ayant examiné le recourant ont indiqué que les problématiques décrites par ce dernier n'étaient pas en lien avec leurs observations objectives (cf. rapports du Dr F._____ des 12 février 2018 et 5 juin 2018 et rapport du 12 avril 2018 de la Clinique B._____). Le Dr F._____ a ainsi relevé une certaine discordance entre le vécu d'un handicap subjectif qui semblait majeur et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui allait dans le sens d'un résultat tout à fait correct après une lésion grave du coude gauche. Il a également mentionné que c'étaient manifestement des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux qui étaient responsables d'un vécu subjectif qui restait probablement assez catastrophique. Quant aux médecins de la Clinique B._____, ils ont précisé que des facteurs contextuels et personnels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient et son retour au travail (patient centré sur la douleur et révolté, auto-évaluation très élevée de la douleur, auto-évaluation très élevée du handicap, auto-évaluation très basse de ses capacités fonctionnelles et vision très négative de son futur). Or l'intensité des douleurs doit être

examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). Le recourant présente en outre un vécu traumatique qui a également joué un rôle dans la survenance de ses difficultés psychiatriques (cf. rapport de la Clinique B._____ du 12 avril 2018). Ainsi, il n'est pas démontré - au stade de la vraisemblance prépondérante - que trois de ces critères seraient remplis de sorte qu'il y a lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'événement litigieux.

cc) Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée uniquement sur l'atteinte au coude gauche pour évaluer le degré d'invalidité du recourant. Elle s'est en particulier référée à l'appréciation des médecins de la Clinique B._____, ainsi qu'à l'avis du Dr F._____, pour déterminer les limitations fonctionnelles du recourant (activités en force avec le coude gauche surtout avec rotations répétées et/ou flexion/extension répétées, port de charges lourdes répétées) et pour considérer que celui-ci disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

En l'espèce, aucune pièce médicale au dossier ne permet de remettre en cause l'avis du Dr F._____ et celui-ci des médecins de la Clinique B._____. En effet, le Dr A._____ a listé les différents traitements entrepris - sans succès - et conclu à une incapacité de travail de 100% mais n'a aucunement motivé son appréciation (cf. rapports des 14 janvier 2019 et 18 avril 2019). Le Dr R._____, quant à lui, s'est contenté de mentionner que son patient suivait un traitement d'AINS sans se prononcer sur sa capacité de travail. Enfin, le Dr V._____ rejoint l'avis des médecins de la Clinique B._____ et du Dr F._____ puisqu'il conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle pour des raisons somatiques depuis l'accident et retient une capacité de travail nulle dans une activité adaptée uniquement pour des raisons psychiatriques. Dans ces conditions, il n'y a pas de motifs de s'écarter du rapport des médecins

de la Clinique B._____ et de l'avis du Dr F._____ auxquels on peut conférer une pleine valeur probante.

c) Le recourant ne critique pas le calcul de rente effectué par l'intimée. Ce calcul doit cependant être contrôlé d'office.

En l'occurrence, l'intimée a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en se fondant sur l'appréciation convaincante des médecins de la Clinique B._____ ainsi que sur celle du Dr F._____. Elle s'est en particulier référée aux DPT (n° 10859584, 3432, 5788, 3487 et 9803) pour déterminer le revenu d'invalidé. En considérant ces activités légères, adaptées à l'atteinte au coude gauche du recourant, le gain réalisable annuel moyen s'élevait à 55'885 fr. 20 pour l'année de référence 2018. L'intimée a relevé, dans la décision litigieuse, que même si elle s'était référée à l'ESS en appliquant un taux d'abattement de 15%, le revenu d'invalidé aurait été supérieur (57'295 fr. 10) à celui qu'elle a retenu. Le calcul effectué par l'intimée est correct et peut être confirmé.

Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée à hauteur de 65'457 fr. ne prête pas non plus le flanc à la critique. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un taux de 14.6%, donnant droit à une rente de 15%.

d) Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 45 % au moins, pour tenir compte des douleurs ressenties, des troubles du sommeil, ainsi que des troubles à l'épaule gauche.

L'intimée a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 17.5 % sur la base des conclusions du Dr F._____. Dans son avis du 5 juin 2018, ce médecin s'est référé à la table 5 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, prévoyant un taux situé entre 10 et 25% en cas d'arthrose grave du coude et a considéré qu'un taux de

15% pouvait être appliqué par analogie à une arthrose moyenne à grave du coude gauche. La neuropathie cubitale justifiait en outre une augmentation du taux de 2.5%, ce qui aboutissait à un dommage permanent de 17.5%.

L'évaluation du Dr F. _____ paraît convaincante. Elle n'est d'ailleurs remise en cause par aucun avis médical versé au dossier.

En outre, comme l'a relevé à juste titre l'intimée, l'atteinte à l'intégrité doit être évaluée sur la base de constatations médicales objectives et non sur les effets particuliers ressentis par un individu donné. Il n'y a donc pas lieu de prendre en considération le vécu subjectif de l'assuré.

Enfin, pour ce qui est de l'épaule droite, une tendinite calcifiante a été évoquée par le Dr G. _____ (cf. rapport du 17 juillet 2017). Or ce trouble d'origine dégénérative ne saurait être mis sur le compte de l'accident assuré.

Il s'ensuit que le pourcentage de 17.5% retenu par l'intimée pour l'IPAI peut être confirmé.

e) Le recourant estime, dans un dernier moyen, qu'il peut prétendre à une allocation pour impotent. Si dans la décision sur opposition litigieuse, l'intimée a considéré que celui-ci ne remplissait pas les conditions pour bénéficier d'une telle allocation, elle a reconnu, au stade de la réponse au recours du 31 août 2020, qu'elle s'était prononcée de manière hâtive sur cette question qui sortait de l'objet du litige et qu'il convenait de rendre une décision en bonne et due forme après instruction complémentaire. Il y a ainsi lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle instruisse sur ce point avant de rendre une décision.

8. Dans ses déterminations des 18 janvier et 4 mars 2021, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

En l'occurrence, le dossier est complet, si bien qu'il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, dès lors que les faits pertinents sur le plan médical ont pu être constatés à satisfaction de droit et librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

9. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

On précisera encore, à toutes fins utiles, que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire et que Me Carré, le conseil de celui-ci désigné d'office, a déjà perçu une indemnité équitable pour l'activité qu'il a déployée jusqu'au 28 septembre 2021 dans le cadre de son mandat (cf. décision du 15 octobre 2021). Il a en outre indiqué, par courrier du 21 mars 2022, qu'il n'avait pas de liste d'opérations à produire pour la période postérieure à la décision du 15 octobre 2021.

**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 5 juin 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée, en tant qu'elle concerne la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

III. La cause est renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour qu'elle statue sur le droit du recourant à l'allocation pour impotent.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 Olivier Carré (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :