

# **GE\_GERICHTE ATAS/1149/2021 vom 10. November 2021**

GE Cour de justice, 2021-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1149\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1149_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1149/2021 du 10 novembre 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1149/2021 del 10 novembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

### **E. 3**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident de 2012 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit pour cet accident (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2) et au nouveau droit pour l'accident survenu le 17 juillet 2017.

### **E. 4**

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière et à une IPAI de 50%.

### **E. 6**

6.1. Le recourant a fait valoir qu'une expertise médicale devait être ordonnée et qu'il estimait être en incapacité totale de travailler, même dans une activité adaptée, ce qui était attesté par ses médecins.

#### **E. 6.2**

Les faits pertinent suivants ressortent de la procédure :

##### **E. 6.2.1**

Dans un rapport du 29 janvier 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assuré ainsi que les déclarations de celui-ci et ses constatations

A/3790/2020 - 5/26 - objectives. Il a posé les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule gauche et de syndrome de type épaule-main réactionnelle à distance du membre supérieur droit. Dans son appréciation du cas, il a indiqué qu'il existait une grande discordance - puisque lorsque le patient se rhabillait, il retrouvait des modalités fonctionnelles de l'épaule, en particulier de la gauche - entre l'utilisation et la raideur du sujet, sa fixation sur ses pathologies et les possibilités de réadaptation fonctionnelle dont il était possible, compte tenu des avis précédents et en attente de l'avis du psychiatre d'arrondissement, qu'elle soit d'origine psychogène. En ce qui concernait les lésions objectives, la capsulite rétractile de l'épaule gauche était en discrète amélioration. En ce qui concernait le membre supérieur droit, il présentait maintenant une capsulite rétractile et l'évolution était lente, difficile et compliquée. Il était nécessaire d'attendre l'avis du psychiatre d'arrondissement pour une évaluation plus globale de l'état. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était très défavorable. L'activité pour laquelle l'assuré avait été reclassé et licencié était incertaine et dépendait essentiellement de la récupération des deux membres supérieurs dont il était classique de prononcer la stabilisation à deux ans de l'événement initial. Les limitations fonctionnelles ne permettaient pas une reprise d'activité quelconque sur le plan fonctionnel, compte tenu de l'absence de mobilité des deux membres supérieurs et en particulier de la main droite (dominante).

#### **E. 6.2.2**

Dans un rapport du 29 août 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assuré selon les pièces communiquées, les déclarations de l'assuré et ses constatations. L'ensemble des examens n'avait pu établir la moindre lésion anatomique produite par l'événement du 17 juillet 2017 en vraisemblance prépondérante. La réalité même sur l'épaule gauche de l'algodystrophie restait largement sujette à caution. Il était possible que l'assuré ait présenté une algodystrophie, mais celle-ci paraissait actuellement au décours et il fallait encourager l'assuré à utiliser sa main et ne pas l'exclure. Sur le plan subjectif, la douleur était constante, surtout au niveau du membre supérieur droit. L'ancienne lésion de 2012 pourtant stabilisée depuis longtemps était sans cesse référée avec des hyperalgies et une indifférence dans l'utilisation de la main. Il existait quand même certaines discordances puisque le suivi visuel de l'assuré à la sortie de l'immeuble de la SUVA avait montré une aisance relative à la marche sur un court trajet, contrairement à une certaine raideur au cours de l'examen, avec perte du balan des épaules. Les craintes du patient rendaient l'ensemble des éléments subjectifs au premier plan (douleur éva 7, anxiété). Objectivement, il était clair qu'il y avait eu un gain notamment sur l'épaule gauche, qui était maintenant utilisable pratiquement jusqu'à l'horizontale. Cette épaule gauche était stabilisée de sa capsulite rétractile. Les limitations pour cette épaule étaient : les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale pour le port de charges répétées supérieures à 5 à 10 kg.

A/3790/2020 - 6/26 - En ce qui concernait le membre supérieur droit, la causalité était établie avec une vraisemblance prépondérante. Il fallait reconnaître que la description de l'événement et la destruction d'une voiture aussi massive que le véhicule de l'assuré accréditait le fait que, compte tenu du port de la ceinture, il y avait pu avoir impaction sur la racine du membre supérieur droit. Bien qu'il n'y ait pas eu de création de lésion, la réactivation ou la création d'une algoneurodystrophie dans sa forme froide pouvait être

reconnue, contrairement à ce que le Dr E\_\_\_\_\_ avait retenu lors de sa précédente appréciation. Il persistait maintenant, dans un état qui était stabilisé, une limitation ancienne des mobilités de la main droite en rapport avec l'événement de 2012, qui empêchait une dextérité fine entre le pouce et l'index, l'utilisation d'un tournevis et de monter une échelle. En ce qui concernait la capsulite rétractile des deux épaules, les éléments de séquelles d'algoneurodystrophie, ceux-ci étaient reportés au niveau de l'épaule gauche et ces deux entités atteignaient maintenant de façon bilatérale les fonctions de l'assuré aux membres supérieurs. Les limitations fonctionnelles pour cette épaule droite étaient aussi : les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale pour le port de charges répétées supérieures à 5 à 10 kg. Compte tenu de la stabilisation sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles présentées et appliquées permettaient sur le plan théorique médico-asséculurologique une activité à 100% sans perte de rendement. Toutefois les facteurs contextuels psychologiques limitaient complètement cette appréciation médico-théorique dans son effectivité.

### **E. 6.2.3**

Dans un certificat établi le 6 novembre 2019, le docteur F\_\_\_\_\_, médecine générale, du Centre de Santé territorial de Macon, a indiqué avoir examiné l'assuré et que son état de santé, suite à ses accidents de 2012 et 2017, ne semblait plus s'améliorer (séquelles) et l'empêchait d'envisager toute activité professionnelle avec une capacité à 100%.

### **E. 6.2.4**

Le 11 décembre 2019, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué avoir reçu le même jour l'assuré qui, depuis ses accidents de 2012 et 2017, présentait des symptômes du membre supérieur droit : douleurs de l'épaule, du coude, poignet et main, signes plus précisément de la main droite d'allure algodystrophique, avec douleurs intenses et perte de force au serrage, paresthésie, perte de mobilité des doigts, œdème plutôt matinal, pâleur au froid, maladresse à la préhension. Il sollicitait l'avis d'un spécialiste de la main.

### **E. 6.2.5**

Un rapport établi le 20 décembre 2019 par la doctoresse G\_\_\_\_\_, chirurgie de la main FMH et chirurgie orthopédique FMH, indiquait que l'assuré s'était présenté pour un second avis à sa consultation le 18 décembre 2019 pour les suites de ses deux accidents concernant son membre supérieur droit. Avant son accident de 2017, l'assuré travaillait chez D\_\_\_\_\_, où il effectuait une activité principalement monomanuelle avec son membre supérieur gauche, qui consistait en la vérification des crayons. L'assuré était satisfait de cette activité, même si les douleurs étaient encore fortement présentes. Concernant sa main droite, il présentait

A/3790/2020 - 7/26 - un index quasiment exclu, mais la mobilité du pouce était conservée. Il présentait un léger œdème de la main, principalement localisé sur le deuxième rayon en palmaire. La force n'avait pas pu être mesurée en raison des douleurs du patient, qui décrivait des brûlures et des décharges électriques sur tout le membre supérieur. La reprise d'une activité en tant que soudeur était impossible. En revanche, il était apte à reprendre une activité monomanuelle en utilisant principalement son membre supérieur gauche, pour une activité du même type qu'il avait chez D\_\_\_\_\_ d'Ache.

### **E. 6.2.6**

Le 3 janvier 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en 2012 les limitations concernant la main droite exclusivement étaient : une raideur de l'articulation métacarpophalangienne et interphalangienne du deuxième rayon et une hypoesthésie au niveau de la pulpe du troisième doigt avec diminution de la force de préhension au niveau de l'apparence pouce-index. Pour l'accident de 2017, cet événement concernait les épaules droite et gauche. Pour cela, il fallait reprendre les séquelles décrites dans l'examen du 28 août 2019.

#### **E. 6.2.7**

Dans une appréciation du 26 mars 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assuré suivant les pièces communiquées et indiqué que l'événement du 17 juillet 2017 n'avait pas provoqué de lésions en lien de causalité naturelle à l'épaule gauche de même qu'à l'épaule droite de l'assuré, qui n'avait eu qu'une contusion simple des deux épaules avec pour conséquence au niveau gauche une capsulite rétractile actuellement stabilisée dont l'épaule présentait les séquelles. Les limitations fonctionnelles en lien avec l'accident du 17 juillet 2017 étaient celles appliquées à l'épaule gauche, soit les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale avec pour le côté gauche, le port de charges répété supérieur à 5 kg de façon fréquente, et 10 kg de façon exceptionnelle. Les rapports du Dr F\_\_\_\_\_ ne modifiaient pas l'exigibilité précédemment déterminée. Celle-ci, comme le confirmait la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste du membre supérieur, était compatible avec la reprise du travail, tel qu'aménagé chez D\_\_\_\_\_.

#### **E. 6.2.8**

Le 5 juin 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a résumé dans une appréciation médicale l'évolution de l'état de santé de l'assuré selon les pièces communiquées. Dans son appréciation répondant aux questions de l'administration, il a indiqué que l'accident du 17 juillet 2017 avait entraîné sur l'épaule gauche une capsulite rétractile réactionnelle. À la question de savoir si les troubles de l'épaule droite étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 juillet 2017, il a répondu qu'il n'y avait pas eu de nouvelles lésions stricto sensu sur cette épaule, mais que l'accident avait réactivé une algodystrophie, qui avait entraîné des conséquences dans la limitation des mouvements des épaules.

#### **E. 6.2.9**

Dans un rapport établi le 23 juin 2020, Monsieur H\_\_\_\_\_, masseur-kinésithérapeute, a indiqué que la main droite de l'assuré était toujours douloureuse au moindre contact. Celui-ci était dans l'impossibilité totale de serrer un objet et

A/3790/2020 - 8/26 - l'ouverture et la fermeture actives de sa main lui était impossible, rendant celle-ci encore plus douloureuse à la moindre tentative d'effort, notamment de serrage. Il ressentait des sensations de fourmillements dans sa main, de façon quasi permanente, accentuées aussi par une tentative d'effort. Le matin, sa main était gonflée et raide. Il présentait aussi une transpiration très marquée de sa main. Au jour de l'examen, l'évaluation des douleurs selon EVA de sa main droite était avant séance de soins de 8 et après de 4. La physiothérapie atténuant ses douleurs devait être prolongée. La main droite était non fonctionnelle.

#### **E. 6.2.10**

Dans un certificat médical établi le 2 juillet 2020, le Dr F\_\_\_\_\_ a certifié avoir examiné le même jour l'assuré et que son état de santé, suite à ses accidents de 2012 et 2017, le mettait dans l'incapacité d'exercer sa profession de technicien- soudeur et le privait de nombreuses activités quotidiennes banales. L'assuré insistait sur le fait qu'il était très actif avant ses accidents.

6.3.1. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

6.3.2. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.3.3. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 phr. 1 LAA).

6.3.4. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

A/3790/2020 - 9/26 - ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

#### **E. 6.4**

En l'espèce, le 28 août 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé, dans un rapport du 28 août 2019, que compte tenu de la stabilisation sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles présentées et appliquées permettaient au recourant, sur le plan théorique médico-asséculo-logique, une activité à 100% sans perte de rendement. Son état de santé était stabilisé, avec une limitation ancienne des mobilités de la main droite en rapport avec l'événement de 2012, qui empêchait une dextérité fine entre le pouce et l'index, l'utilisation d'un tournevis et de monter une échelle. En ce qui concernait la capsulite rétractile des deux épaules, les éléments de séquelles d'algoneurodystrophie au niveau de l'épaule gauche, ils atteignaient maintenant de façon bilatérale les fonctions de l'assuré aux membres supérieurs. Les limitations fonctionnelles pour l'épaule droite étaient les mouvements répétitifs de l'épaule au-dessus du plan de la poitrine en direction de l'horizontale pour le port de charges répétées supérieures à 5 à 10 kg. Le rapport établi le 6 novembre 2019 par le Dr F\_\_\_\_\_ retient que l'état de santé du recourant l'empêchait d'envisager toute activité

professionnelle avec une capacité à 100%. Ce très bref rapport n'est pas motivé et ne remet pas sérieusement en cause les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_, ce d'autant plus que le 2 juillet 2020, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé du recourant, suite à ses accidents de 2012 et 2017, le mettait dans l'incapacité d'exercer sa profession de technicien-soudeur, sans exclure cette fois une capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport établi le 20 décembre 2019 par la Dresse G\_\_\_\_\_ est plus probant que celui du Dr F\_\_\_\_\_, vu sa spécialité en chirurgie orthopédique de la main, et confirme que le recourant est apte à reprendre une activité monomanuelle en utilisant principalement son membre supérieur gauche pour une activité du même type qu'il avait chez D\_\_\_\_\_. Le rapport établi le 23 juin 2020 par le masseur-kinésithérapeute du recourant, M. H\_\_\_\_\_, n'est pas probant dès lors qu'il n'émane pas d'un médecin et il ne remet pas non plus en cause la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par le Dr E\_\_\_\_\_, puisqu'il ne décrit que les difficultés du recourant à faire usage de sa main atteinte. En conclusion, l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ est probante et suffit pour attester de la capacité de travail du recourant sur le plan orthopédique, dès lors qu'elle n'est pas remise en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Il ne se justifie donc pas de faire procéder à une nouvelle expertise sur le plan orthopédique. Il n'y a pas non plus lieu à instruction complémentaire sur le plan psychiatrique, faute de lien de causalité adéquate entre les accidents de 2012 et de 2017 et les atteintes psychiques du recourant, comme cela va être démontré ci-après.

A/3790/2020 - 10/26 -

## **E. 7**

7.1.1. Le recourant a fait valoir qu'il y avait un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et ses accidents de 2012 et 2017. S'agissant de l'accident de 2017, il se prévalait du certificat médical du 6 mars 2019 établi par la doctoresse I\_\_\_\_\_, algologue, de la consultation des douleurs chroniques de l'hôpital Nord- Ouest Villefranche-sur-Saône, selon laquelle il présentait un syndrome douloureux régional complexe évolué, associé à un syndrome de stress post-traumatique très sévère, nécessitant une prise en charge somatique et psychique. Les certificats médicaux du Dr F\_\_\_\_\_ précisaient que son état de santé, suite aux accidents de 2012 et 2017, semblait ne plus s'améliorer. Pour ses troubles psychiques, le recourant était suivi par le docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre à Mâcon, depuis maintenant plusieurs années, lequel avait attesté que les séquelles résiduelles de ses accidents restaient conséquentes et qu'il existait de ce fait une incapacité de travail secondaire des suites de cet accident du travail dans un contexte post-traumatique sévère. Vu les rapports médicaux précités, l'intimée aurait dû qualifier son accident de 2017 de moyennement grave à la limite des cas graves. L'intimée s'était trompée lorsqu'elle mentionnait que les lésions subies n'étaient pas d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Ses médecins traitants mentionnaient bien que ses troubles psychiques étaient en lien avec ses accidents. Contrairement à ce qu'indiquait l'intimée, son traitement médical avait été particulièrement long et pénible. Cela faisait presque 9 ans depuis son premier accident qu'il était suivi par des professionnels de la santé qui s'accordaient tous à dire que son état ne s'améliorerait pas. L'intimée aurait également dû qualifier l'accident de 2012 de moyennement grave à la limite des cas graves, au vu des certificats médicaux, notamment celui du Dr J\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2020, qui attestait d'un syndrome post-traumatique suite à ses deux accidents, syndrome qui avait également été constaté par la Dresse I\_\_\_\_\_ le 6 mars 2019. 7.1.2. Pour l'intimée, la question de savoir s'il était juste ou non d'examiner la causalité adéquate

des troubles psychiques en se limitant à l'événement du 17 juillet 2017, à la suite duquel ces troubles étaient apparus pour la première fois, pouvait rester ouverte dans la mesure où, l'existence d'un lien de causalité entre ces troubles et l'événement du 26 septembre 2012 devait de toute manière être niée. En l'occurrence, l'assuré avait présenté le 26 septembre 2012 un traumatisme par écrasement du niveau de la main droite (dominante), qui s'était soldé par une fracture ouverte de la tête du second métacarpien et une fracture d'écrasement de la phalange distale des troisième et quatrième rayons. Suite à l'apparition d'une raideur métacarpo-phalangienne, l'assuré avait bénéficié le 24 avril 2013 d'une reprise chirurgicale avec ablation du système d'ostéosynthèse et une ténoarthrolyse palmaire du deuxième rayon de la main droite. À l'issue de son examen final du 4 mars 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ avait admis, après avoir relevé qu'il persistait essentiellement une raideur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et inter-phalangienne du deuxième rayon et une hypostésie au niveau de la pulpe du

A/3790/2020 - 11/26 - troisième doigt, que le cas était stabilisé et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Au vu du déroulement de l'accident, celui-ci pouvait être rangé dans la catégorie des accidents de degré moyen stricto sensu. On ne pouvait attribuer à l'accident en cause un caractère particulièrement impressionnant. Quant aux lésions subies, elles n'étaient pas d'une gravité ni d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. S'agissant du caractère, du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ce critère n'était pas rempli lorsque l'assuré était apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présentait, selon la jurisprudence. Rien au dossier ne permettait de considérer que des erreurs médicales auraient été commises ou encore des difficultés, voire des complications importantes, seraient apparues au cours de la guérison. On ne pouvait enfin parler d'un traitement médical particulièrement long et pénible. La question de la persistance des douleurs physiques pouvait rester ouverte, dans la mesure où seul le critère du degré et de la durée de la capacité de travail pouvait tout au plus être pris en compte. Deux critères remplis étaient insuffisants pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques développés par le recourant à partir de l'événement du 26 septembre 2012. L'intimée s'est référée à la décision sur opposition querellée s'agissant de l'événement de 2017. Elle considérait dans cette dernière qu'au vu des forces générées par l'accident du 17 juillet 2017 et des légères blessures constatées par la suite, on pouvait raisonnablement considérer que cet accident était plus proche d'un accident devant être qualifié de degré moyen, à la limite d'un accident de peu de gravité que d'un accident de degré moyen stricto sensu, en citant à titre de comparaison l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_912/2009 du 26 février 2010. L'accident en cause n'était pas particulièrement impressionnant et il ne s'était pas produit dans des circonstances concomitantes dramatiques. En outre, les lésions physiques et leur gravité n'étaient pas propres, selon l'expérience, à engendrer des troubles psychiques. Le traitement médical n'avait pas été particulièrement pénible sur une longue période. Il n'avait pas non plus été entaché d'erreurs ayant entraîné une aggravation notable des séquelles. Il fallait en revanche admettre le critère de la durée de l'incapacité de travail pour des raisons physiques. Si une capsulite rétractile à l'épaule gauche était apparue avec le temps, il existait de sérieux doutes sur son éventuelle origine traumatique, dans la mesure où elle était inscrite dans le contexte d'un diabète insulino-dépendant et que son apparition était plutôt tardive. Pour ce qui concernait le membre supérieur droit, l'accident semblait avoir réactivé une algodystrophie, mais celle-ci n'était déjà plus active, lors des examens médicaux effectués

le 6 décembre 2017 par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine manuelle à l'Hôpital L\_\_\_\_\_, qui avait précisé dans son rapport du

### **E. 7.3**

Les faits pertinent suivants ressortent de la procédure :

#### **E. 7.3.1**

Lors de l'accident du 26 septembre 2012, un gros tube de 20 kg est tombé sur la main droite de l'assuré alors qu'il utilisait son plasma pour le couper, ce qui lui a écrasé la main et provoqué des coupures sur plusieurs secteurs de ses extrémités supérieures à droite. L'assuré a subi une intervention chirurgicale (ostéosynthèse par vis et embrochage) le même jour aux HUG.

#### **E. 7.3.2**

L'assuré a déclaré à la SUVA le 28 février 2013 que l'évolution de son état n'était pas favorable. Il avait encore des douleurs au majeur et à l'annulaire de la main droite. La flexion de l'index droit était très limitée, étant précisé qu'il était droitier. Il ne prenait plus de médicaments, mais poursuivait des séances de physiothérapie. Pour l'instant, il était toujours en incapacité travail totale pour une durée indéterminée. Au moment de l'accident, il travaillait sur un chantier pour la découpe de la ferraille et de la soudure.

#### **E. 7.3.3**

En raison de l'apparition d'une raideur méta-carpo-phalangienne, l'assuré a fait l'objet, le 24 avril 2013, d'une reprise chirurgicale avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une ténoarthrolyse palmaire du deuxième rayon de la main droite.

#### **E. 7.3.4**

L'assuré a informé la SUVA, lors d'un entretien de juin 2013, qu'il souhaitait reprendre son travail de soudeur, ne serait-ce que pour pouvoir tourner la page. Il avait eu une très forte angoisse le jour de l'accident, car il avait senti que sa main était coincée sans pouvoir la voir et savoir si elle existait encore. S'il ne pouvait reprendre son ancienne activité, il était tout à fait ouvert pour apprendre un autre métier.

#### **E. 7.3.5**

Selon une notice téléphonique du 12 septembre 2013, l'assuré avait repris son travail à 100% le 9 septembre 2013 et pour l'instant cela se passait plutôt bien.

#### **E. 7.3.6**

Le 13 décembre 2013, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait dû arrêter deux mois auparavant son travail, car il avait trop mal. Il pensait avoir repris trop tôt. Il n'avait pas consulté de médecin.

#### **E. 7.3.7**

Selon le rapport de la CRR du 18 juillet 2014, à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré étaient des douleurs d'intensité estimée entre

A/3790/2020 - 18/26 - 0 et 8/10 sur l'EVA. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Sur le plan antalgique, le traitement de Lyrica avait été augmenté à 150 mg parallèlement à un traitement de Dafalgan. Au terme du séjour, l'évolution subjective et objective était

favorable. Il y avait une amélioration de la mobilité des doigts et une diminution des troubles de la sensibilité de la pulpe de D4 et une disparition d'une zone d'allodynie en regard de la MCP2. Il persistait un enroulement incomplet des doigts, prédominant en D2 et même si l'intégration était en amélioration, D2 restait exclu la plupart du temps dans les actes de la vie quotidienne. La participation du patient à la thérapie avait été jugée comme élevée et aucune incohérence n'avait été relevée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : activités nécessitant le port de charges répétées de plus de 10 kg, de la dextérité fine ou la préhension avec la main droite. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. On pouvait s'attendre à une amélioration de la mobilité des doigts et de la sensibilité. La situation devait être réévaluée dans trois mois.

#### **E. 7.3.8**

Le 4 mars 2015, l'assuré a été examiné par le Dr C\_\_\_\_\_ qui a, dans son rapport du même jour, posé les diagnostics de fracture ouverte du deuxième métacarpien et fracture ouverte au niveau de la phalange distale des troisième et quatrième rayons. Le cas était stabilisé selon lui. L'ancienne activité de soudeur nécessitant la manipulation permanente d'engins lourds n'était plus exigible. L'assuré pouvait faire une activité professionnelle réalisée en position assise ou debout, sans utilisation répétée d'engins lourds, type marteau ou pelle, de la main droite; sans demande de dextérité fine entre le pouce et l'index, ni usage du tournevis ou d'une échelle. Dans ces conditions, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement.

#### **E. 7.3.9**

L'assuré a effectué de mars à mai 2016 un stage de formation pratique en tant qu'opérateur électronique au sein de la société D\_\_\_\_\_, laquelle l'a engagé pour une durée déterminée allant du 1er mars au 21 juillet 2017.

#### **E. 7.3.10**

Le 17 juillet 2017, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il circulait au volant de son véhicule automobile. À teneur de la déclaration de sinistre, en voulant éviter un véhicule au passage de la douane de Pierre-à-Bochet, il avait percuté le trottoir. Sous l'effet du choc, il avait perdu connaissance et avait été transporté aux HUG où le diagnostic de douleur du membre supérieur droit post-traumatique a été posé.

#### **E. 7.3.11**

L'assuré a indiqué à la SUVA le 24 août 2017, qu'il avait vu une voiture venant en face et qu'il ne se souvenait de plus rien ensuite. Sa voiture avait heurté le trottoir de la douane de Pierre-à-Bochet. Il n'y avait pas d'autre véhicule impliqué dans l'accident.

#### **E. 7.3.12**

Selon un rapport établi le 19 juillet 2017 par le service des urgences des HUG, l'assuré avait indiqué avoir eu un accident alors qu'il roulait en voiture à

A/3790/2020 - 19/26 - 30 ou 40 km/h avec un choc frontal de la voiture contre un poteau. Il disait avoir voulu éviter une voiture qui lui coupait la priorité. Lorsqu'il avait repris connaissance, il avait eu des douleurs au niveau de la colonne cervicale et thoracique, de la main et du bras droit. Il n'y avait pas eu de déclenchement de l'airbag et la ceinture de sécurité était en place.

### **E. 7.3.13**

Selon le rapport établi par la police routière le 22 août 2017, l'assuré circulait au volant de son véhicule automobile sur la route d'Ambilly. Peu après le poste de douane de Pierre-à-Bochet, il s'était légèrement déporté vers la gauche afin de contourner par la gauche un terre-plein formant une chicane pour les véhicules. Ce faisant, inattentif, il s'était retrouvé nez à nez avec un automobiliste resté inconnu, qui avait entamé la même manœuvre, en sens inverse. L'assuré avait tenté vainement d'éviter une collision en freinant d'urgence tout en déviant sa trajectoire vers la droite. Il n'était plus resté maître de son véhicule et avait heurté avec la roue avant droite le bord du terre-plein. Suite à ce choc, son véhicule avait terminé sa course contre un panneau de signalisation routière. Lors de l'accident, l'assuré avait été légèrement blessé, mais l'avant de son véhicule avait été fortement endommagé.

### **E. 7.3.14**

Le 12 décembre 2017, le Dr K\_\_\_\_\_, mandaté par la SUVA pour une appréciation de la capacité de travail de l'assuré, a indiqué que l'assuré effectuait un travail de physiothérapie qui semblait lui faire du bien. Il existait également une forme d'état dépressif réactionnel que l'assuré mentionnait lui-même et pour lequel il avait sollicité un soutien psychologique. Le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'entorse cervicale et d'algoneurodystrophie secondaire de la main droite dans un contexte de traumatisme datant de 2013 (recte 2012). À ce jour, il n'avait pas d'arguments pour une allodynie. L'assuré évitait cependant toute utilisation de sa main droite. Il n'y avait pas d'argument clinique pour une algodystrophie active ce jour. Le bilan neurologique effectué à l'époque était rassurant quant à une éventuelle atteinte radiculaire bien qu'elle ne puisse être exclue. L'entorse cervicale était au second plan, évoquée uniquement sur question. Dans ce contexte, l'assuré présentait toujours une incapacité de travail à 100% dans son activité à D\_\_\_\_\_ d'Ache pour une période supplémentaire de six semaines. Il existait des séquelles de l'accident de 2012, qui se superposaient à l'accident récent. Si la reprise ne pouvait être effectuée dans le courant du mois de janvier au maximum vers le 31 janvier, l'assuré devrait être convoqué pour une appréciation auprès du médecin de l'agence pour discuter d'un complément d'investigation à la CRR. Un soutien psychologique semblait nécessaire.

### **E. 7.3.15**

Le 11 juin 2018, la CRR a indiqué qu'à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles étaient au premier plan des douleurs de la main droite, à type de crampes, s'étendant globalement jusqu'à l'épaule droite, d'intensité allant de 4/10 et pouvant augmenter jusqu'à 7-8/10, sans facteur favorisante identifiée. Au deuxième plan, le recourant se plaignait d'une douleur et de raideur de l'épaule gauche, et de cervicalgies, soit des tensions d'intensité estimée à 5-6/10 et pouvant aller jusqu'à

A/3790/2020 - 20/26 - 8/10 aux mouvements de son épaule. Dans les deux cas, les douleurs étaient calmées au repos et avec la prise de médicaments.

### **E. 7.3.16**

Dans son rapport du 27 avril 2018, le Dr M\_\_\_\_\_, de la CRR, a indiqué que le status neurologique ne mettait pas en évidence d'anomalie compatible avec une atteinte organique du système nerveux central ou périphérique. En revanche, on pouvait mettre en évidence des atypies lors de l'examen neurologique, qui démontrait des surcharges fonctionnelles (par exemple les mouvements spontanés du chef peu limités et un syndrome cervical majeur

lors de l'examen dirigé ; une quasi exclusion du membre supérieur gauche pour le déshabillage, une déambulation avec un ballant spontané du membre supérieur gauche lors des déplacements, une importante limitation du ballant lors de l'examen de la marche à l'intérieur de la salle d'examen ; une faiblesse de certains muscles de la main, sans signe d'atteinte motrice centrale ou périphérique associé.

#### **E. 7.3.17**

Le 6 mars 2019, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu en consultation l'assuré le 28 février 2019 pour une évaluation de douleurs chroniques post- traumatiques des membres supérieurs. L'assuré avait développé des douleurs très intenses, notamment du membre supérieur droit, avec un syndrome douloureux régional complexe de la main droite identifié par une scintigraphie en 2017, puis la symptomatologie s'était étendue à l'épaule droite, concomitante à une capsulite gauche initiale. Les répercussions, tant de l'accident que de la chronicisation des douleurs étaient extrêmement importantes dans toutes les sphères de la vie quotidienne et dans la sphère psychique. Il existait un syndrome de stress post-traumatique avec une dépression sévère. L'assuré exprimait un grand sentiment d'inutilité et y avait une conjugopathie consécutive. Il était suivi mensuellement par le Dr J\_\_\_\_\_ et prenait des antidépresseurs. Il s'agissait d'un syndrome douloureux régional complexe évolué associé à un syndrome de stress post-traumatique très sévère. La prise en charge proposée devait être à la fois somatique et psychique.

#### **E. 7.3.18**

Dans son rapport du 29 août 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré déclarait ne pas aller bien et voir son psychologue une fois par mois. Il faisait de la physiothérapie trois fois par semaine pour l'épaule et la main. Il était surtout gêné par la douleur au niveau de la main et de l'épaule droites. Il prenait de l'Ibuprofène trois jours par semaine, mais pas de Tramadol. Il n'avait pas revu le Dr I\_\_\_\_\_. Il avait maigri depuis le début de l'année, surtout pour des raisons psychologiques. Il ressassait le fait qu'il ne pouvait plus faire son travail de soudeur qu'il adorait, ni le travail qu'il avait chez D\_\_\_\_\_. Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que lors de l'accident de 2017, la voiture avait eu un choc frontal contre un poteau et que l'assuré avait voulu éviter une autre voiture qui lui coupait la priorité. Il y avait eu une apparition de douleurs au niveau de la colonne cervicale et thoracique, de la main et du bras droits. Il n'y avait pas eu de déclenchement d'airbag.

A/3790/2020 - 21/26 - Sur le plan subjectif, la douleur était constante, surtout au niveau du membre supérieur droit, l'ancienne lésion de 2012 pourtant stabilisée depuis longtemps était sans cesse référée par les hyperalgies et une indifférence en particulier dans l'utilisation de la main. Il fallait reconnaître que la description de l'événement et la destruction d'une voiture aussi massive qu'une Audi A6 accréditait le fait que, compte tenu du port de la ceinture, il y avait pu avoir impaction sur la racine du membre supérieur droit. Bien qu'il n'y ait pas eu de création de lésion, la réactivation ou la création d'une algoneurodystrophie dans sa forme froide pouvait être reconnue.

#### **E. 7.3.19**

Dans son certificat médical du 26 octobre 2020, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il suivait régulièrement l'assuré suite à ses accidents de 2012 et 2017, avec des conséquences physiques et psychiques. Il souffrait d'un syndrome post-traumatique sévère et d'une dépression.

### **E. 7.3.20**

Dans son certificat médical du 19 avril 2021, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il suivait régulièrement l'assuré pour un soutien psychologique et psychiatrique consécutivement à des séquelles résiduelles qui restaient conséquentes avec bras droit et main droite touchés sévèrement. Il existait de ce fait une incapacité de travail secondaire aux suites de cet accident du travail dans un contexte post- traumatique sévère. Donc une incapacité résiduelle importante qui nécessitait la poursuite de soins psychiatriques et fonctionnels de rééducation par kinésithérapie.

### **E. 7.4**

En l'espèce, tant l'accident de 2012 que celui de 2017 doivent être considérés comme des accidents de degré moyen stricto sensu. Au vu de la casuistique ressortant de la jurisprudence du Tribunal fédéral, on doit en effet retenir que les forces en jeu au moment des accidents étaient d'importance moyenne et on ne peut leur attribuer un caractère particulièrement impressionnant. S'agissant de l'accident de 2012, même si l'accident n'est pas anodin, car l'assuré a eu la main écrasée par un tube de 20 kg et qu'il a eu peur de la perdre, il ne saurait être qualifié d'accident grave, ni même de gravité moyenne à la limite supérieure, étant relevé que le recourant n'a pas subi d'amputation de doigts. Il en est de même s'agissant de l'accident de 2017, car bien que le recourant ait perdu connaissance et que son véhicule ait subi des dégâts importants, la vitesse du véhicule n'était pas très importante et il n'y pas eu de déclenchement de l'airbag suite au choc. L'on ne peut retenir que le traitement a été particulièrement long et intense s'agissant de l'accident de 2012, l'assuré ayant subi une opération le jour même puis une seconde moins d'un an après. S'agissant de l'accident de 2017, le traitement, sur le plan somatique, a été essentiellement de la physiothérapie. Il n'apparaît pas que les douleurs du recourant aient été d'une intensité particulière, dans la mesure où elles variaient d'intensité et qu'elles étaient calmées par le repos ou la prise de médicaments. Il ne ressort pas du dossier que le recourant a été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs.

A/3790/2020 - 22/26 - Rien au dossier n'indique que des erreurs médicales auraient été commises dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. L'on doit en revanche admettre que des difficultés sont apparues au cours de la guérison, dès lors que le recourant souffre d'un SDRC, qui suppose la présence d'une douleur persistante et disproportionnée par rapport à l'événement initial (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1). Il y a toutefois lieu de relativiser la gravité de cette problématique qui ne peut être qualifiée de complications importantes. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail n'est pas rempli en l'espèce, dès lors que ce n'est que le 4 mars 2015, soit moins de trois ans depuis l'accident du 29 septembre 2012, que le Dr C\_\_\_\_\_ a estimé que le cas était stabilisé et que l'on pouvait exiger du recourant une activité professionnelle réalisée à 100% sans baisse de rendement. S'agissant de l'accident de 2017, c'est l'aspect psychiatrique qui a essentiellement empêché le recourant de travailler, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. En conclusion, seul un critère peut être considéré rempli et encore de façon relative, ce qui est insuffisant pour retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques dont souffre le recourant et ses accidents de 2012 et 2017. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en compte les troubles psychiques du recourant pour déterminer ses prestations. 8. 8.1.1. Le recourant a conclu à la reconnaissance d'une atteinte

à l'intégrité de 50%, faisant valoir qu'il fallait tenir compte de ses troubles psychiques, qui étaient en lien de causalité adéquate avec ses accidents. Par ailleurs, les rapports médicaux de ses médecins traitants attestaient que l'atteinte qu'il avait subie était grave et qu'elle subsisterait tout sa vie, ce qui permettait de remettre en question l'estimation du Dr E\_\_\_\_\_. 8.1.2. Selon l'intimée, les certificats médicaux produits par le recourant ne permettaient pas réellement de comprendre en quoi l'estimation globale de l'atteinte à l'intégrité effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_ serait discutable. 8.2. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phr.). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

A/3790/2020 - 23/26 - L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico- théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1 phr. 1); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la

diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, phr. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 phr. 1). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de A/3790/2020 - 24/26 - l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du

## E. 12

janvier 2004 consid. 5.2). • amputations (doigts): 5% (ATAS/1112/2011 du 24 novembre 2011 ; cf. également RAMA 1997 p. 207) ; 7,5% (ATF 113 V 218) ; • fracture du radius gauche avec mobilité restreinte du poignet : 5% (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_687/2011 du 28 juin 2012) ; • amputation transmétacarpienne de l'index droit: 7,5% (ATF 113 V 220 consid. 3a) ; • algodystrophie au pied gauche suite à une entorse grave du lisfranc avec fracture du métatarse 2 à gauche: 10% (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_640/2009 du 23 juin 2010) ; • amputation partielle de trois doigts de la main droite chez un droitier et limitation fonctionnelle du bras droit en raison d'une très grave contusion de l'avant-bras: 25 % (RAMA 1987 p. 306). 8.3. Les faits pertinents suivants ressortent de la procédure : 8.3.1. Le 5 mars 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a constaté qu'après ablation du matériel et ténoarthrolyse, il persistait chez l'assuré une raideur notable au niveau de l'index et une hypo-sensibilité douloureuse au niveau de la pulpe du troisième doigt. Conformément à la table d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité n°3 relative à la perte d'un segment des membres supérieurs, on se situait par comparaison dans le cas de la figure n°7, p. 3.2. avec l'équivalent fonctionnel d'une amputation de l'index correspondant à un taux de 6%. Dans le cas présent, un taux de 5% était finalement retenu. 8.3.2. Le 28 août 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que compte tenu des limitations fonctionnelles, il existait une IPAI, qui intéressait les épaules droite et gauche et se surajoutait à l'IPAI fixée pour la main à 5%. 8.3.3. Dans son appréciation médicale du 30 août 2019, le Dr E\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité globale de l'assuré à 25% dont les 5% déjà attribués, en se référant à la table 1 relative aux troubles fonctionnels des membres supérieurs,

A/3790/2020 - 25/26 - selon laquelle une périarthrite scapulo-humérale moyenne correspondait à une atteinte de 10%. 8.3.4. Dans ses rapports des 25 mars et 5 juin 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé son évaluation de l'IPAI du 30 août 2019. 8.4. En l'espèce, le Dr E\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'atteinte à l'intégrité du recourant de façon convaincante. Ses conclusions ne sont pas sérieusement remises en cause par celles des médecins traitants de celui-ci, lesquelles ne se sont pas prononcées spécifiquement à ce sujet. Il n'y a pas lieu de tenir compte des atteintes psychiques du recourant, dès lors qu'il a été retenu qu'elles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec les accidents du recourant, selon les

critères jurisprudentiels applicables en la matière. 9. Le recourant n'ayant pas émis de critiques contre l'établissement des taux d'invalidité effectué par l'intimée et ceux-ci n'appelant pas la critique, il n'y a pas lieu de les examiner plus en détail. 10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3790/2020 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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