

## **GE\_GERICHTE ATAS/279/2020 vom 8. April 2020**

GE Cour de justice, 2020-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_279\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_279_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/279/2020 du 8 avril 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/279/2020 del 8 aprile 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 43**

Le 17 septembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit un rapport médical établi le 11 septembre 2019 par la docteure K\_\_\_\_\_. À teneur de ce dernier, le diagnostic était un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré avait été vu quatre fois en consultation. Pendant les entretiens, un état dépressif en lien avec son état psychique et sa situation actuelle était exprimé. Il se plaignait de douleurs chroniques, qui avaient des répercussions importantes dans sa vie quotidienne. Il disait avoir beaucoup changé. Il se montrait irritable, frustré et avait tendance à l'isolement. Il décrivait un sentiment d'impuissance importante, d'inutilité et se disait fatigué. Il exprimait des idées noires passives et avait des troubles du sommeil et de l'appétit.

#### **E. 44**

Le 9 octobre 2019, l'intimée a observé qu'on ne pouvait suivre le recourant lorsqu'il prétendait que le dernier rapport produit attestait d'un état dépressif sévère consécutivement à son accident. Ce document ne faisait que poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Elle maintenait en conséquence ses conclusions en rejet du recours.

#### **E. 45**

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

A/2053/2019 - 15/28 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques (le 21 avril 2019) au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss

LPA). 5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 6. 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). 7. 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). 8. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); 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 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs

A/2053/2019 - 16/28 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience

générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont

A/2053/2019 - 17/28 - les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - 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. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans ce dernier cas de figure, pour que le caractère adéquat de l'atteinte psychique puisse être retenu, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3 et la référence). S'agissant d'un assuré dont la main droite avait été écrasée contre un mur lors du déplacement d'un meuble lourd, occasionnant des lésions certes graves, mais limitées à deux doigts de la main, le Tribunal fédéral a considéré qu'on ne pouvait d'un point de vue objectif, conférer un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à cet accident. Il fallait prendre en considération le déroulement de l'accident dans son ensemble et non pas seulement le caractère impressionnant des atteintes physiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015). Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré

A/2053/2019 - 18/28 - (arrêt 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts 8C\_361/2007 consid. 5.3; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Le point de savoir si les douleurs physiques sont suffisamment importantes peut toutefois demeurer indéterminé dans la mesure où, en plus des critères examinés plus haut, aucun des autres critères n'est rempli. En effet, aucune complication dans le processus de guérison ou erreur médicale n'est à déplorer et on ne peut pas parler d'une longue incapacité de travail imputable aux lésions physiques (voir a contrario arrêt 8C\_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). S'agissant du critère des douleurs physiques importantes, il a été admis dans le cas d'une assurée qui en présentait toujours avec une intensité de 7/10, qui allaient persister sa vie durant, l'obligeant à suivre un traitement pénible au long cours (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018). Le Tribunal fédéral a retenu, dans un arrêt du 22 janvier 2020 (8C\_277/2019), que si le critère de la persistance des douleurs physiques avait été à juste titre admis par l'instance précédente, celui-ci n'avait pas revêtu une intensité particulière. En effet, des périodes d'amélioration étaient documentées dans le dossier et il ne ressortait pas des déclarations de l'assuré à son médecin qu'il aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Le Tribunal fédéral a considéré qu'on ne pouvait retenir des complications importantes, dans le cas d'un assuré dont la fonction de l'épaule n'avait pas été rétablie et qui ne pouvait plus utiliser son membre supérieur droit au-dessus de la ligne horizontale, ce qui ne signifiait pas encore que cette situation résultait de complications importantes, qui n'étaient d'ailleurs pas établies. On se trouvait plutôt en présence de l'échec d'un traitement. L'échec d'un traitement médical ne signifiait pas pour autant qu'une erreur ait été commise (arrêt 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013). Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le

A/2053/2019 - 19/28 - médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément

déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 suffisants 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 ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

A/2053/2019 - 20/28 - selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon

lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

A/2053/2019 - 21/28 - 12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. a. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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) b. L'invalidité est une notion économique et

non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGa, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à

A/2053/2019 - 22/28 - l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b). c. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGa). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

A/2053/2019 - 23/28 - d. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). e. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). f. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le

A/2053/2019 - 24/28 - Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des

DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible. (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Si le revenu avec invalidité est fondé sur les ESS, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, ligne «total » secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité, parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 14. Dans sa décision du 23 avril 2019, la SUVA s'est référée au rapport d'évaluation pluridisciplinaire établi le 19 janvier 2018 par les médecins de la CRR, qui ont retenu les limitations fonctionnelles définitives suivantes : pas de ports répétés de charges supérieures à 5-10 kg et pas d'activités bimanuelles nécessitant une prise de force avec la main droite. Dans son avis du 6 février 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu les mêmes limitations et précisé, le 26 février 2019, que la capacité de travail du recourant était entière, sans limitation de temps, ni de rendement. La CRR et le A/2053/2019 - 25/28 - Dr I\_\_\_\_\_ ont pris en compte pour fixer la capacité de travail résiduelle du recourant le fait qu'il souffrait d'un CRPS du membre supérieur droit. Le rapport établi le 5 mars 2018 par le Dr E\_\_\_\_\_ ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de la CRR et du Dr I\_\_\_\_\_, dès lors qu'il retient les mêmes limitations fonctionnelles et qu'il a fixé la capacité de travail à 80%, en raison du temps nécessaire au traitement d'ergothérapie. Il a ainsi pris en compte un élément qui n'était pas pertinent, la capacité de travail devant être fixée sur le plan médico- théorique, à savoir uniquement en fonction des limitations fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé du recourant. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations au 1er avril 2018 et il ne se justifie pas en conséquence de procéder à des mesures d'instruction complémentaires ni, en particulier, à une expertise. 15. a. Le recourant a encore invoqué que ses troubles psychiatriques étaient en lien de causalité avec l'accident du 13 août 2015, lesquels réduisaient sa capacité de travail et son rendement. Il a produit à cet égard un rapport médical établi le 11 septembre 2019 par la Dresse K\_\_\_\_\_, qui pose le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, sans préciser si ce diagnostic est incapacitant. b. Il convient d'examiner si les critères développés par la jurisprudence permettent de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et son accident du 13 août 2015. L'accident du 13 août 2015 peut être qualifié de gravité moyenne, dès lors que le recourant a été coupé profondément à deux doigts. L'on ne

peut pas retenir que les circonstances concomitantes de l'accident ont été particulièrement dramatiques ou un caractère particulièrement impressionnant de l'accident, au vu de la jurisprudence précitée relative à un cas relativement similaire à celui du recourant, dans lequel l'assuré avait eu une main écrasée contre un mur avec des lésions graves, mais limitées à deux doigts de la main. Même si l'atteinte qu'a subie le recourant était d'une certaine importance, elle n'était pas propre à entraîner des troubles psychiques, selon l'expérience de la vie, dès lors qu'elle s'est limitée à deux doigts. Bien que l'atteinte ait évolué négativement avec l'apparition d'un CRPS, l'on ne peut retenir le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, celui-ci ayant principalement consisté en une opération effectuée le jour de l'accident, étant rappelé qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte à cet égard la prise de médicaments antalgiques et la prescription de physiothérapie, selon la jurisprudence. Le critère des douleurs physiques persistantes peut être retenu, mais doit être relativisé, dès lors que le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué, le 5 mars 2018, que le traitement en cours, notamment les antidouleurs, amélioreraient la capacité de travail résiduelle et que l'ergothérapie améliorerait la qualité de vie du recourant. Il n'apparaît ainsi pas

A/2053/2019 - 26/28 - que celui-ci ait été, constamment et de manière significative, entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Le recourant a fait valoir que lors de son séjour à la CRR, en août 2016, il avait eu une injection sur un nerf, ce qui était une erreur médicale. Si le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé, le 27 septembre 2017, qu'une infiltration plexuelle en août 2016 avait exacerbé toute la symptomatologie de l'assuré, il ne ressort pas du dossier qu'il s'agirait là d'une erreur médicale. Le Dr J\_\_\_\_\_ a, en particulier, évoqué un mauvais vécu par le recourant du bloc axillaire en 2016, sans laisser entendre qu'il y aurait eu une erreur médicale. Il n'est pas rendu vraisemblable que l'assuré aurait été victime d'une erreur médicale. Le seul fait qu'un traitement ne se révèle pas favorable, ne peut pas pour autant être considéré comme une erreur médicale. L'on peut admettre que des difficultés sont apparues au cours de la guérison du recourant par l'apparition du CRPS, mais cela doit être relativisé, dans la mesure où l'atteinte est limitée au membre supérieur droit de celui-ci. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas rempli, lorsque, comme en l'espèce, l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente. Dès lors qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, les critères retenus n'apparaissent pas suffisants en nombre et intensité pour retenir le caractère adéquat du lien de causalité. C'est donc à juste titre que l'intimée n'a pas pris en compte les troubles psychiques du recourant pour déterminer son droit à une rente d'invalidité. 16. a. Bien que l'OAI ait déterminé le revenu avec invalidité de l'assuré sur la base des ESS, la SUVA pouvait se référer aux DPT, qui constituent des données plus concrètes que les ESS. Le recourant a fait valoir que les DPT retenues étaient incompatibles avec ses atteintes à la santé. Il estimait ne pas pouvoir exercer une activité d'aide de cafétéria, en raison du fait qu'il ne parlait pas le français et ne pouvait faire d'activités bi-manuelles. Ces arguments ne sont pas convaincants, dès lors qu'il s'agit principalement dans ce poste de débarrasser des tables, porter des plateaux pesant moins de 5 kg et éventuellement d'encaisser de la marchandise, ce qui est compatible avec les limitations fonctionnelles du recourant, qui ne sont que le port de charges supérieures à 5-10 kg et les activités bi-manuelles nécessitant une prise en force avec la main droite. Par ailleurs, l'absence de maîtrise du français n'est pas déterminante s'agissant d'une activité de rangement, qui ne nécessite pas ou peu d'échange avec les clients, ce d'autant plus qu'il s'agit en l'occurrence de grandes cafétérias, ce qui implique la présence de collègues pouvant intervenir en cas de besoin. Par

ailleurs, le recourant s'est contenté d'alléguer que les postes de collaborateur de production, de rectificateur ou d'ouvrier de scierie apparaissaient incompatibles avec ses limitations fonctionnelles importantes et ses douleurs chroniques à la main

A/2053/2019 - 27/28 - droite, sans préciser pour quels motifs, ce qui n'apparaît pas d'emblée évident, la description des postes ne prévoyant pas de mouvement que le recourant ne peut plus faire. Il en résulte que l'intimée pouvait se fonder sur les DPT pour évaluer le revenu avec invalidité du recourant et qu'elle a retenu, en conséquence, à juste titre un revenu avec invalidité CHF 58'540.-. Il sera en outre relevé que le revenu avec invalidité retenu par l'intimée est favorable au recourant, dès lors qu'il est moins élevé que celui retenu par l'OAI sur la base des ESS. b. S'agissant du gain de valide, l'intimée s'est référée à juste titre aux revenus que l'assuré aurait pu toucher sans l'invalidité dans sa dernière activité, étant rappelé que ce revenu doit être évalué de la manière la plus concrète possible et qu'il convient en principe de se référer au dernier salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé. Il en résulte que l'intimée n'était pas liée par le fait que l'OAI s'est référé aux ESS. L'intimée a tenu compte du courriel adressé à elle le 8 novembre 2017 par l'employeuse – qui indiquait qu'en 2017, le salaire-horaire de l'assuré aurait été de CHF 24.95 – et a établi le taux d'invalidité pour une activité à temps plein de 42,5 heures de travail par semaine, en application de la convention collective. Elle a calculé le revenu en tenant compte de 52 semaines travaillées (incluant en conséquence les vacances et les jours fériés) et ajouté l'indemnité contractuelle de CHF 50.- par mois. Elle a ainsi retenu un revenu sans invalidité de CHF 59'732.- ( $[24.95 \times 42,5 \times 52] + 8,33\% + [50 \times 12] = 59'732.-$ ). La chambre de céans parvient, pour sa part, avec le même calcul, à CHF 60'332.-. Si l'on retient ce dernier montant, plus favorable au recourant, le taux d'invalidité est de 3% ( $[(CHF\ 60'332.- - CHF\ 58'540.-) = CHF\ 1'792.- \times 100 / CHF\ 60'332.- = 2,9\%$  arrondis à 3%). Ce taux d'invalidité est insuffisant pour ouvrir au recourant le droit à une rente d'invalidité. 17. Infondé, le recours sera rejeté. 18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2053/2019 - 28/28 -

**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.