

GE_GERICHTE A/582/2017 vom 25. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_582_2017

FR: GE_GERICHTE A/582/2017 du 25 février 2019

IT: GE_GERICHTE A/582/2017 del 25 febbraio 2019

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Gazmend ELMAZI recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) était employé depuis le 1^{er} octobre 2012 par la société C_____ SARL, constructions métalliques, en qualité d'aide-monteur, et était assuré à ce titre contre les accidents LAA par la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA, la CNA ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 12 octobre 2012, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Alors qu'il tenait un verre de la main gauche (non-dominante) et, de la main droite, une ventouse positionnée sur le verre, il s'est coupé la main gauche: il a accidentellement actionné le bouton permettant de relâcher la ventouse, et en voulant retenir le verre de la main gauche, pour éviter qu'il tombe, il s'est coupé la main, malgré le port de gants. Admis aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le jour-même, il a été diagnostiqué une plaie tranchante de la paume de la main gauche avec section du nerf radial de D2 (index), zone 3, traité le jour-même aux HUG (docteurs Y_____ et L_____ de l'unité de chirurgie de la main), par suture micro-chirurgicale. Le patient est sorti de l'hôpital le lendemain. Les HUG ont attesté d'une incapacité totale de travail, initialement jusqu'au 30 novembre 2012, régulièrement prolongée par la suite. Le traitement a d'abord consisté dans la prescription d'antalgiques, la pose d'une attelle postérieure, avec le poignet en flexion, pour une durée de deux semaines postopératoires; puis de la physiothérapie, et de l'ergothérapie, mais également un traitement antidouleurs et de désensibilisation CRPS (= SDRC - syndrome douloureux régional complexe).! [endif]>! [if> 3. La CNA a pris cet accident professionnel en charge. ! [endif]>! [if> 4. Entre-temps l'employeur a mis fin au contrat de travail, avec effet au 21 décembre 2012.! [endif]>! [if> 5. La suite du traitement a été assurée notamment par le Docteur D_____, spécialiste en chirurgie de la main, à la clinique de la Colline.! [endif]>! [if> 6. Il ressort d'un rapport d'échographie de la main gauche du 6 février 2013 par le Cabinet d'Imagerie Médicale (CIM) - docteur E_____, radiologue FMH -, pour un bilan échographique après résection et suture du nerf palmo-digital radial de D2 (index), au niveau du status post-opératoire, la présence d'un important épaissement du nerf avec aspect hétérogène, compatible avec un névrome d'environ 5.6 x 2.8 x 5.4 mm de taille maximale. Il se trouve au niveau de la partie tout à fait distale du muscle abducteur du pouce. La pression locale avec la sonde réveille des paresthésies au niveau de l'index. Absence d'hyperhémie significative locale; mise en évidence, également, d'une discrète irrégularité du premier lombrical, compatible avec une lésion traumatique locale ancienne. Pas de collection liquidienne; les tendons fléchisseurs de l'index sont normaux. Pas de ténosynovite. Absence de signes de lésion

traumatique.![endif]>![if> 7. Le 16 avril 2013, le médecin d'arrondissement (Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) a examiné l'assuré. Il ressort de ses constatations que l'on ne décèle pas de troubles évidents de la thymie. L'examen ne concerne que les membres supérieurs, hormis un examen succinct des membres inférieurs et de la colonne qui ne met pas en évidence de lésion pouvant être imputée à l'événement déclaré. La main gauche se trouve en permanence en flexion pendant toute la durée de l'entretien. La flexion est au niveau de la radio-carpienne, la métacarpo-phalangienne, IPP et IPD. Hypersudation nette de la paume de la main gauche. La palpation déclenche des douleurs vives selon le patient. Pas de modification de la température de la main. Pas de signes cutanés d'hyper-vascularisation. La mobilité de l'épaule est discrètement réduite par épargne antalgique. On arrive toutefois à obtenir une bonne abduction et les rotations interne et externe. À la palpation on retrouve une douleur importante au niveau de la cicatrice, localisée dans la commissure D1, D2. La palpation déclenche des douleurs. Il conclut que dans les suites de l'événement accidentel, à 6 mois, le patient présente des signes d'une algodystrophie. Le médecin propose que le patient soit rapidement évalué à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour qu'une thérapie adaptée soit pratiquée.![endif]>![if> 8. Selon le rapport de la CRR [docteurs G_____, chef de clinique, et H_____, médecin-assistant, spécialiste en médecine physique et réadaptation et du sport] du 19 juin 2013] (pièce 45 dossier CNA) l'assuré a été hospitalisé dans cet établissement du 7 au 29 mai 2013, pour un complément de rééducation et une prise en charge pluridisciplinaire. Les diagnostics retenus étaient : thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de la main gauche; CRPS type II main gauche; plaie de la paume de la main gauche le 12/10/2013 (recte: 2012) avec section du nerf radial de D2 main gauche en zone 3, suturé le même jour; névrome au niveau de la suture du nerf palmo-digital radial de D2 (selon échographie du 6 février 2013 [- ci-dessus ch. 6]) ; neuropathie sensitivo-motrice du nerf médian au canal carpien gauche (ENMG du 21/05/2013) ; tabagisme actif (15 PA). Lors de son admission, le patient se plaint de douleurs permanentes de la main gauche, d'intensité estimée entre 6-7/10 et 9/10, localisée en région thénarienne et de la base du pouce gauche, associée à des sensations de fourmillements et picotements. Globalement la main changerait de couleur, transpire plus. Le patient a remarqué que l'ongle de l'index poussait moins vite. Il indique que le Lyrica aide bien à diminuer ses douleurs. Il est limité dans toute activité et dit ne plus utiliser sa main gauche.![endif]>![if> L'évaluation psychiatrique ne retient pas de diagnostic psychopathologique. Sont relevés des facteurs contextuels d'ordre familial en lien avec une inquiétude quant à l'état de santé de son père et personnel, liée à son projet professionnel de devenir coiffeur indépendant. Pendant le séjour il a suivi des prises en charge de physiothérapie, d'ergothérapie, psychosomatique, et une consultation de chirurgie de la main. Au terme du séjour, tant subjectivement qu'objectivement, il n'y a pas d'évolution et l'on note même une régression des performances (tests fonctionnels). La mise en route d'un programme de rééducation est limitée par le fait que le patient est centré sur ses douleurs. Aucune incohérence n'a été relevée. À la sortie, l'ergothérapie sera poursuivie pour accompagner le patient et entretenir les amplitudes articulaires, et essayer d'améliorer l'intégration de sa main gauche. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. On peut s'attendre à une longue évolution. Même s'il est trop tôt pour se prononcer sur les limitations définitives, le pronostic de réinsertion dans son activité d'ouvrier dans la construction métallique est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident. La situation a déjà été annoncée à l'AI. Incapacité de

travail (ci-après : IT) dans la profession actuelle : 100 % du 25/05 au 29/06 2013. Le patient sera convoqué par le service d'antalgie des HUG. Rapport de consultation spécialisée au centre de traitement de la douleur (CRR) du 27 mai 2013 (pour SDRC): actuellement le patient se plaint de douleurs de type élancements, décharges électriques ainsi qu'une douleur au frottement de la région (main gauche). En même temps, il se plaint de douleurs dans la région cervico-scapulaire et l'épaule. Les mouvements de l'épaule sont très douloureux, pas de limitations à la mobilisation passive de l'articulation. Traitement actuel: Lyrica et Co-Dafalgan (180 mg de codéine et 3 g de paracétamol) pour permettre une diminution de la douleur. Pas de révision chirurgicale proposée pour l'ablation du névrome. Rapport de physiothérapie REA: le patient signale ne pas pouvoir conduire, avoir des difficultés pour le boutonnage et la manipulation des lacets de chaussures, et ne pas pouvoir faire les courses. En fin de séjour, le thérapeute observant que le patient est droitier, retient qu'il ignore totalement son membre supérieur gauche qu'il garde contre son corps. Aucune participation de ce membre lors des activités de la vie quotidienne et lors d'exercices spécifiques à la clinique. Traitements individuels: impossible en passif comme en actif. Traitements en groupes: exercices individualisés en salle de gymnastique, entraînement thérapeutique sur des appareils de fitness pour le membre inférieur et le rachis, piscine, marche à l'extérieur. La ponctualité et la coopération sont qualifiées de moyennes: exercices limités par les douleurs. Aucune proposition de poursuite ambulatoire n'est formulée. Rapport d'ergothérapie: le patient pourrait utiliser davantage sa main gauche dans les activités, mais il est auto-limité par ses douleurs. En fin de séjour, le patient déclare avoir davantage de douleurs qu'au début du séjour. Il remarque une régression de la mobilité malgré sa volonté de progresser. Quant à son attitude durant la thérapie: ponctualité moyenne, arrive fréquemment en retard. Participation faible. Sans stimulation verbale, il ne fait que des exercices passifs. Lorsqu'on le pousse à essayer de faire certains exercices simples et globaux avec la main gauche, il s'auto-limite avant même d'avoir essayé. Il est quasiment impossible à mobiliser passivement, bien que, par exemple, l'ouverture des doigts soit possible sans exercer de force (mais avec de grandes manifestations douloureuses du patient) et que lorsqu'on lâche le doigt, celui-ci tienne en extension durant quelques secondes sans aucun effort de la part du patient. En conclusion le patient a régressé sans raison évidente depuis le début du séjour. Sa main gauche est maintenant comme « figée » et l'intéressé ne la mobilise activement que sur demande avec de fortes douleurs ressenties. La main présente une forte sudation, elle n'est intégrée à aucune activité, même sur stimulation verbale. Grandes autolimitations. Aucune technique ne s'est avérée efficace. 9. Le 12 septembre 2013, le docteur I_____, spécialiste au CH8 centre de chirurgie et thérapie de la main de la Colline (ci-après : CH8), a établi un rapport médical intermédiaire. Diagnostic: algodystrophie dans les suites d'une plaie de D2 gauche; évolution: amélioration limitée, toujours douleurs, raideur et phénomène vasomoteur; pronostic réservé; traitement actuel: physiothérapie; pas de reprise de travail prévue; durée prévisible du traitement: indéterminée. 10. L'assuré a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 novembre 2013. 11. Le 2 décembre 2013, un rapport du CH8 décrit globalement l'évolution comme relativement stationnaire. 12. Par courrier du 21 janvier 2014, le centre multidisciplinaire de la douleur des HUG a adressé à la CNA la copie d'un rapport du 14 janvier 2014 (Dr J_____, chef de clinique au service d'anesthésiologie), établi à l'intention des médecins de la CRR, suite à la consultation ambulatoire des 28 août, 9 octobre et 14 novembre 2013, par rapport au CRPS/SDRC. Le courrier d'accompagnement précise que les patients sont

adressés au Centre de manière ponctuelle, par les médecins traitants, pour évaluation, propositions thérapeutiques et ajustements antalgiques, l'objectif n'étant en aucun cas une expertise; et le Centre n'assume pas de suivi de la prise en charge.![endif]>![if> En plus du traitement dès la sortie de la CRR, un traitement par TENS a été mis en place en quelques semaines, sans apporter de bénéfices. À l'anamnèse psychosociale: l'assuré habite avec une compagne, et il est le père d'un enfant de 6 ans. Aide-monteur dans le bâtiment, il a l'intention de devenir coiffeur indépendant. En arrêt depuis le problème actuel, ses attentes n'ont, pour l'instant, pas pu être satisfaites, et il affirme être surchargé avec l'impression de devoir porter tout sur ses épaules. Le score de Beck pour la dépression est coté à 14/63. Proposition: en relation avec le SDRC de la main gauche, la pose de blocs stellaires à but antalgique pourrait être prise en considération, mais le patient émet pour l'instant de très grosses réserves pour une approche semi-invasive et préfère poursuivre avec une prise en charge purement conservatrice. S'agissant des traitements en cours, les médicaments permettraient de soulager les douleurs d'environ un tiers; la physiothérapie quotidienne constitue la base du traitement du SDRC, et il est fortement recommandé de la poursuivre. Le fait que le patient admet une surcharge psychique amène les examinateurs à proposer une prise en charge psychothérapeutique, dans le cadre de laquelle un traitement antidépresseur pourrait éventuellement être introduit (molécules reconnues pour leur effet antalgique type amitriptyline ou duloxétine). 13. Il résulte d'un rapport du 13 février 2014 relatif à un entretien et évaluation du team prestations de la CNA avec l'assuré, du 28 janvier 2014 que, selon lui, il ne va pas bien. Il n'y a pas d'évolution. Il ne peut pas déplier le bras complètement ni ouvrir la main, ni porter un objet. La nuit, son bras se bloque au niveau du coude et il n'a plus de sensations. Selon le Dr J_____ il devrait consulter un psychiatre et discuter de cela avec la Dresse K_____ (chirurgienne de la main au CH8). L'assuré est suisse depuis 2002; il y a obtenu un diplôme de coiffeur dans une école privée, profession qu'il a exercée pendant plusieurs années. Il avait comme projet d'ouvrir un salon avec son épouse. En attendant que cette dernière termine sa formation, et avant de se mettre à son compte, il avait été engagé comme aide-monteur dans une entreprise de constructions métalliques.![endif]>![if> 14. Par courrier du 14 février 2014 le Dr L_____ (clinique des Grangettes) a répondu à une demande d'avis du Dr F_____ (CNA) concernant une intervention chirurgicale (névrome): après échec du traitement conservateur, un geste chirurgical lui semble raisonnable, puisqu'il est possible que le névrome entretienne l'allodynie et le CRPS. Avant de proposer une opération il y aurait lieu d'attendre de voir si le traitement par Amitriptyline aide le patient (83 % de succès selon une étude); par la suite une anesthésie locale, éventuellement sous forme endoveineuse, comme déjà proposé, serait souhaitable, pour définir si le patient bénéficierait d'une amélioration par un geste chirurgical. L'anesthésie simule le résultat qui peut être obtenu par la chirurgie. Selon la littérature, pour des névromes digitaux en continuité, traités par résection et conduit veineux on retrouve une amélioration des symptômes chez 94 % des patients.![endif]>![if> 15. Le Dr M_____, FMH en médecine interne, médecine générale et médecin-traitant, a établi un rapport intermédiaire à l'intention de la CNA, le 2 juin 2014. Diagnostic: s/p section du nerf radial gauche; évolution: persistance d'une paresthésie et absence de sensibilité du coude allant jusqu'à l'avant-bras et à la main gauche; pas d'évolution ; état anxio-dépressif réactionnel; pronostic: mauvais; il faut s'attendre à ce qu'un dommage demeure: paralysie, paresthésie bras et main gauche.![endif]>![if> 16. La doctoresse N_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, psychiatre-traitante, a répondu à un questionnaire de la CNA, reçu le 8 juillet 2014. Elle a pris en charge le patient dès le 13 mai 2014, en raison de douleurs

chroniques et une symptomatologie dépressive et anxieuse. Symptômes et plaintes de l'assuré: principalement douleur continue et intense au bras gauche; cette douleur induirait un état d'irritabilité et énervement très important, avec des explosions de colère fréquentes; tristesse, rumination anxieuse, diminution de l'énergie, aboulie, appréhension importante, tensions internes, peur de l'avenir, sentiment de frustration et impuissance, peu d'espoir, symptômes neurovégétatifs d'anxiété; diagnostic: épisode dépressif moyen à sévère (F32.11), anxiété généralisée (F41.1); de l'avis du médecin, les origines de ces troubles sont la douleur chronique et l'effondrement narcissique (rêves brisés). Le traitement est médicamenteux (Cipralex 20 mg/jour et Lyrica 150 mg 2x/jour), pour améliorer l'état dépressif et anxieux, et psychothérapeutique, pour le soutien du patient et pour l'amener à une représentation de ses troubles et à une mentalisation. L'évolution et le pronostic des troubles psychiques dépendent en grande partie du contrôle de la douleur. Elle ne s'est pas prononcée sur le rôle éventuel des composantes sociales ou familiales. ![/endif]>[/if> 17. Dans le cadre d'un entretien avec le case management (CNA) du 28 juillet 2014, l'assuré a mentionné que son médecin traitant actuel, le Dr M_____, lui avait indiqué ne rien pouvoir faire pour lui, à part le soulager des douleurs par antidouleurs et séances de physiothérapie, qu'il effectue à raison d'une fois par semaine. S'agissant de la Dresse N_____, l'assuré la voit régulièrement; ils parlent beaucoup. Il a tenu à préciser: « je la consulte mais je ne suis pas malade de la tête ». Elle lui a prescrit du Cipralex (2 c. le matin) et également conseillé des séances d'acupuncture. Informé par le case management des conditions pour une prise en charge partielle, il a répondu que n'ayant pas les moyens de payer il ne prendrait pas de rendez-vous. Sa psychiatre traitante ne lui a pas indiqué dans combien de temps il pourrait reprendre contact avec le Dr J_____, qu'il n'avait pas revu depuis le dernier entretien du 20/05/2014.![endif]>![if> 18. Le 5 novembre 2014 l'assuré a bénéficié d'une cure de névrome au niveau de la suture du nerf palmo-digital radial de D2 avec interposition d'allogreffe, par le docteur O_____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (HUG). Les indemnités journalières ont été versées à l'aune de l'incapacité de travail attestée.![endif]>![if> 19. Un nouvel entretien avec le case management a eu lieu le 13 janvier 2015. L'assuré a notamment dit que son état était pire qu'avant la dernière opération. Il n'arrivait pas à bouger ses doigts. S'il touchait sa cicatrice, il ressentait une forte douleur. Actuellement il prenait du Lyrica (150g [recte : mg] matin et soir), et depuis qu'il avait baissé ses médicaments, surtout le Tramal, il se sentait mieux. Il continuait ses séances auprès de sa psychiatre. Il n'en pouvait plus de rester à la maison. Il souhaitait pouvoir débiter une formation au plus vite, et allait prendre contact avec l'OAI pour un éventuel cours de français (il le parlait mais ne savait pas l'écrire). Avec sa femme, ils avaient comme projet d'ouvrir un salon de coiffure ensemble. À cause de son accident, tout était tombé à l'eau. Sa compagne était au chômage jusqu'en mai 2015 et ne touchait que CHF 500.- par mois. Ils avaient eu un deuxième enfant. Actuellement ils vivaient à six dans l'appartement de 5 pièces des parents de l'assuré.![endif]>![if> 20. Le Dr O_____ a établi un rapport intermédiaire le 2 février 2015 : le patient était sous Lyrica et ergothérapie. Le pronostic était réservé concernant la reprise d'activité. Les consultations avaient lieu toutes les 4 à 6 semaines.![endif]>![if> 21. La Dresse N_____ a répondu à un questionnaire de la CNA, le 19 février 2015: depuis le dernier rapport (juin 2014) le tableau clinique avait évolué, avec peu de variations. A trois mois post-opératoires de cure de névrome il était déçu car il ne voyait pas de changement. Son chirurgien lui aurait dit d'attendre 6 mois pour voir les résultats de l'opération. Quant à ses plaintes actuelles, du

côté symptomatique il continuait à se plaindre de douleurs à la main et au bras gauche, d'avoir perdu davantage de mouvements et de sensibilité dans la main après la dernière opération, ce qui augmentait le sentiment de frustration, d'impuissance et de perte d'espoir, qui induisaient un état constant d'irritabilité et d'énervement. Patient triste, ruminations anxieuses, diminution de l'énergie, aboulie, anxiété persistante avec tensions internes, appréhension et peur de l'avenir. Les diagnostics étaient toujours les mêmes. Le traitement était médicamenteux (Saroten ret. 25 mg, 1 cp/j.) pour calmer la douleur; et en outre Lyrica et Dafalgan géré par le chirurgien. Le Saroten venait d'être introduit, de sorte qu'il était prématuré d'évaluer l'effet thérapeutique. En général, l'évolution et le pronostic des troubles psychiques dépendaient en grande partie du contrôle de la douleur. 22. Le Dr O _____ a établi un nouveau rapport intermédiaire le 1^{er} juin 2015: le patient rapportait une stagnation des douleurs. Le traitement était toujours le même. Quant aux séquelles futures, le médecin indiquait l'impossibilité de préhension, activité mono-manuelle à prévoir. 23. Le médecin d'arrondissement (Dr F _____) a procédé à un examen médical "final" le 3 juillet 2015. Après l'énumération des pièces composant le dossier médical, il a noté que l'assuré lui avait confirmé les faits exposés dans le résumé du dossier. Parmi les éléments récents, le patient avait dernièrement (une semaine) consulté le Dr P _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main à l'Hôpital de la Tour, pour un deuxième avis. Ce dernier ne proposait aucune modification au traitement actuel, pendant au moins 6 semaines. Concernant l'évolution clinique, le patient indiquait toujours des difficultés à utiliser sa main, en particulier la pince de son pouce avec les doigts longs; cette limitation était surtout liée à la douleur (permanente). Elle était calmée par les antalgiques, mais dès la fin de l'effet de ceux-ci elle revenait; troubles du sommeil avec des douleurs qui le réveillaient la nuit; il arrivait à faire environ 2 à 3 heures de sommeil de suite. Depuis quelques mois, apparition de douleurs au niveau de son coude gauche, mal systématisées. Force: l'assuré constatait une diminution de la capacité de serrage et de port de charges lourdes avec sa main gauche; il notait également une augmentation de la transpiration de sa main et de son avant-bras; ceci était aggravé en cas de changement de température (chaleur ou froid). Traitement actuel: Co-Dafalgan et Lyrica; une séance d'ergothérapie ou de physiothérapie hebdomadaire. Sur le plan familial: marié, 2 enfants (Ndr. Selon la base de données de l'office cantonal de la population (CALVIN), l'intéressé était toujours célibataire,- ce qui est toujours le cas à ce jour; en revanche ses 2 enfants sont enregistrés). À l'examen clinique, l'assuré était en bon état général apparent; on ne décelait pas de troubles évidents de la thymie. L'examen concernait exclusivement les membres supérieurs hormis un examen succinct de la colonne et des membres inférieurs qui ne mettait pas en évidence d'anomalie pouvant être imputée à l'événement déclaré, et l'assuré était d'accord avec cette affirmation. Mobilité des épaules: tout à fait symétrique ddc; aucune limitation lors du testing musculaire. Coude gauche: aucune limitation de la mobilité en flexion/extension. Coude droit: aucune anomalie. Poignet: aucun déficit de la mobilité en flexion/extension à gauche; inclinaison radiale et cubitale symétrique (D/G); pronation et supination complète à gauche. Au niveau de la main, il gardait une position de type antalgique. Limitation de la mobilité spontanée, il gardait la main en position « comme pour porter un verre », avec une flexion modérée de MP P1-P2, P2-P3. L'extension de son index restait difficile, mais possible. L'assuré évoquait des douleurs importantes lors de la mobilisation. La cicatrice localisée au niveau de la commissure D1, D2 était calme. L'assuré affirmait avoir une hypersensibilité. Pas de troubles majeurs de la transpiration. Pas de troubles vasomoteurs à l'examen clinique du jour. Trophisme musculaire: bras (29.5 cm à

droite, 29 cm à gauche), coude (25 cm ddc) avant-bras (26 cm à droite, 25.5 cm à gauche. La position pouce-D5, des 4, D3 et D1 est possible mais l'assuré évoque des douleurs importantes lors de cette mobilisation. L'imagerie n'apporte aucun élément. Diagnostic: s/p section du nerf radial D2 main gauche en octobre 2012; s/p période d'algodystrophie de la main gauche.![endif]>![if> Appréciation: cet assuré né en 1986, de profession manuelle sans formation particulière valable en Suisse (avait fait une formation de coiffeur dans son pays d'origine), présente actuellement des séquelles d'un traumatisme de la main gauche avec chirurgie à deux reprises: la première en urgence pour la section et suture d'un nerf collatéral D2; la seconde pour une cure de névrome, réalisée le 5/11/2014 avec interposition d'allogreffe selon le rapport opératoire. Les suites opératoires à bientôt 8 mois de la chirurgie sont toujours défavorables avec une limitation de la fonction, selon l'assuré. Objectivement on trouve très peu de signes d'amyotrophie. Sur le plan professionnel, le retour à son activité ancienne semble difficile, 2 ans et demi après son accident. En conclusion: attendre le rapport du Dr P_____, ainsi que le résultat du consilium du 25/08/2015 aux HUG, pour donner une suite à ce dossier. 24. Dans son rapport de consultation spécialisée (2 e avis) du 19 juin 2015, le Dr P_____, après avoir résumé la problématique, considère qu'il est « licite » d'attendre encore au moins 6 mois, compte tenu de la distance entre l'allogreffe et les récepteurs pour savoir si le patient récupérera une sensibilité au niveau de l'hémi-pulpe, laquelle est dominante, de sorte que toute résection nerveuse est à éviter, compte tenu du préjudice qui pourrait en résulter. La question majeure est au syndrome irritatif local. Il estime qu'une reprise chirurgicale nerveuse est inutile compte tenu des délais et de la mémorisation de la douleur et des douleurs allodymiques du nerf. La question pourrait se poser d'ici quelques mois, et la couverture de la greffe nerveuse par un lambeau matelassé type inter-osseux postérieur, de manière à mettre le nerf en profondeur, ce qui devrait faire diminuer les douleurs, mais sans pouvoir donner de garantie au patient. Le patient précise par ailleurs avoir des douleurs ascendantes vers l'épaule et le membre supérieur. Ce contexte de chirurgie nerveuse n'est pas très favorable à une réintégration sociale. Il faudra donc bien réfléchir quant à l'opportunité de ce traitement par lambeau, sachant que devant des névromes douloureux, une multitude de traitements est décrite dans la littérature, ce qui montre l'absence de consensus.![endif]>![if> 25. Le Dr O_____ a établi un nouveau rapport intermédiaire le 13 septembre 2015: pas d'évolution. Pronostic réservé.![endif]>![if> 26. Le 2 novembre 2015, la psychiatre traitante a répondu à un questionnement de la CNA: depuis le dernier rapport, on notait une légère amélioration de l'humeur, mais une anxiété très importante restait au premier plan. Plaintes actuelles du patient: tension interne très importante, angoisse accompagnée d'une agitation, irritabilité, ruminations anxieuses, appréhension, peur de l'avenir; du côté somatique, algodystrophie persistante avec douleurs importantes, ainsi que mobilité réduite de la main gauche. Les diagnostics sont: anxiété généralisée (F41.1), épisode dépressif léger à moyen (F32.0). Traitement: toujours médicamenteux et psychothérapeutique. Pronostic: réservé et lié en grande partie à la possibilité de contrôler la douleur. La psychiatre remarquait incidemment que la douleur chronique est un facteur irritatif donnant lieu à des états dépressifs et anxieux.![endif]>![if> 27. L'assuré a à nouveau séjourné à la CRR du 8 au 22 décembre 2015 (séjour consécutif à l'intervention chirurgicale (névrome), vu la persistance, à un an, des douleurs neurogènes limitant l'utilisation de la main gauche) : ce séjour avait pour but l'évaluation des limitations fonctionnelles. Diagnostics: allodynie péricatricielle palmaire gauche; neuropathie sensitivomotrice myélinique du nerf médian au canal carpien gauche (ENMG 21/12/2015), SRDC de type II de la main gauche, au

décours; le 12 octobre 2012: plaie de la paume de la main gauche (événement accidentel). Interventions : rappel des deux interventions chirurgicales (12/10/2012 et 5/11/2014); probables troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. Les plaintes à l'entrée (08/12/2015) étaient décrites. Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour: sur le plan psychiatrique, probable trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. L'assuré semblait disposer de peu de moyens hormis les médicaments pour gérer sa douleur et ne pouvait actuellement pas entendre le discours médical l'incitant à bouger sa main puisque pour lui, sa main empirait avec les thérapies. Il ne pouvait cependant pas non plus concevoir que sa main resterait dans l'état, et se disait en recherche de solutions (opération, consultations,...) qui amélioreraient sa main. Aux termes du séjour, le patient alléguait un moral plus abaissé qu'à l'entrée, en raison de la recrudescence des douleurs et de l'échec des différentes thérapies. Il reprendrait contact avec sa psychiatre-traitante pour la suite de la prise en charge. Sur le plan neurologique, neuropathie sensitive de la branche interdigitale radiale de l'index gauche (ENMG 21/12/2015). Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels chez un patient centré sur les douleurs dans l'attente d'une solution externe influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient. Pendant le séjour il avait suivi les prises en charge de physiothérapie, d'ergothérapie, et psychosomatique. Traitement: aucune modification du traitement antalgique, et fourniture d'un gant Thermoskin en raison d'une sensibilité au froid. Aux termes du séjour, l'évolution subjective et objective était non significative. Le bilan de la sensibilité était superposable à celui de 2013 et les bilans fonctionnels étaient peu modifiés. La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme moyenne, chez un patient centré sur les douleurs. Hormis les autolimitations, aucune incohérence n'avait été relevée. Le consilium psychiatrique du 11 décembre 2015 au sein du service de psychosomatique (Dresse Q _____, chef de clinique) concluait qu'au terme du bilan, on relevait la présence d'une symptomatologie mixte anxieuse et dépressive d'intensité modérée, liée essentiellement à l'inactivité, au manque de projets et/ou douleurs chroniques. Les troubles relevaient actuellement plutôt d'un trouble de l'adaptation que d'un franc état dépressif. Ils influençaient certes les douleurs et les limitations fonctionnelles, mais l'intensité des symptômes actuellement présentés n'avaient pas de valeur incapacitante. Au contraire, si ce patient pouvait à nouveau élaborer des projets et être un peu décentré de ses douleurs, il y aurait très certainement un impact favorable sur son humeur. Étant donné les très bons contacts qu'il entretenait avec sa psychiatre et les difficultés à venir, il paraissait indispensable qu'il puisse poursuivre son suivi ambulatoire à sa sortie. Le rapport d'ENMG du 21 décembre 2015 a conclu que l'évaluation clinico-électrophysiologique mettait en évidence sur le plan clinique une atteinte sélective de la branche interdigitale radiale de l'index gauche avec anesthésie tacto-algique et thermique et la présence d'un signal de Tinel à la percussion de ce nerf au niveau cicatrice en regard de la région thénarienne. L'examen électrophysiologique montrait la présence d'une neuropathie purement myélinique sensitivo-motrice du nerf médian gauche focal au carpe; atteinte très discrète et sans traduction à l'examen neuro-sonographique. Par rapport à l'évaluation clinico-électrophysiologique de 2013, cette atteinte pouvait être considérée comme stable sans évolution, et selon l'avis de l'examineur (Dr R _____, médecin associé spécialiste FMH en neurologie), elle n'expliquait pas les douleurs exprimées par le patient. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues: activité nécessitant une

préhension fine avec la main gauche non dominante. Même si un traitement de Lipo-filling pouvait diminuer les douleurs localement, et améliorer la qualité de vie du patient, il n'y avait pas de gains fonctionnels significatifs à en attendre et la situation paraissait stabilisée du point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs non médicaux chez un patient qui restait centré sur la douleur. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues était défavorable, en lien avec l'absence de qualification reconnue chez un patient dans l'attente de solutions externes. Incapacité de travail dans la profession actuelle : 100 % du 22 décembre 2015 au 17 janvier 2016 pour une longue durée. À la sortie il était prévu un suivi en chirurgie de la main aux HUG (consultation le 23/12/2015 avec le Dr S_____ ; suivi psychiatrique auprès de la psychiatre-traitante.). 28. Le 10 février 2016, (rapport du 17 février 2016), le docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre-conseil de la CNA, a procédé à une appréciation psychiatrique aux fins d'établissement d'un lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident du 12 octobre 2012. Dans un résumé des antécédents sur la base des pièces communiquées, l'examineur observait que l'on notait non seulement des douleurs neurogènes, mais également une diminution de l'utilisation du MSG. Sur le plan de l'évaluation psychiatrique, il était mis en évidence lors du deuxième séjour à la CRR un probable trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive (alors que lors du premier séjour, aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu). Cette atteinte psychique était clairement mise en relation avec la dégradation de l'état de la main. Cet assuré avait bénéficié de suivis à intervalles réguliers auprès de sa psychiatre-traitante qui, en 2014, avait posé un diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère et d'un état d'anxiété généralisée. Lors du séjour à la CRR en décembre 2015, on ne relevait que des symptômes légers de la lignée dépressive et plutôt anxieuse (dans l'anamnèse plutôt que sur le plan objectif). L'assuré présentait également beaucoup d'autolimitations voire des comportements d'exclusion. Le trouble de l'adaptation était avant tout en lien avec la présence de douleurs chroniques. Quant à l'appréciation: dans cette situation il s'agissait de retenir la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident survenu en 2012. Mais il fallait relever que selon cette évaluation, les troubles psychiques restaient d'intensité légère et n'étaient pas source d'une incapacité de travail. Ils ne nécessitaient pas non plus a priori un suivi spécialisé intensif, ni la mise en place d'une médication psychotrope. Enfin, le spécialiste restait très réservé quant au pronostic dans cette situation qui ne lui était présentée que très tardivement, soit après près de 3 ans d'évolution, car à son avis elle allait dans le sens d'un processus d'invalidation. Il ne souhaitait pas recevoir cet assuré, en tout cas pas avant 3 à 6 mois, puisqu'il avait bénéficié d'une évaluation à la CRR il y avait environ un mois et demi seulement. 29. Le médecin d'arrondissement (Dr F_____) a procédé à un complément d'appréciation médicale, le 3 mai 2016 (rapport du 9 mai) à la suite du séjour à la CRR. L'évaluation complémentaire avait été effectuée sur pièces. Le Dr F_____ se réfère à son examen du 3 juillet 2015 en ce qui concerne le résumé du dossier. Selon lui la situation médicale pouvait être considérée comme définitivement stabilisée. Il n'y avait pas lieu d'attendre une amélioration notable d'un traitement chirurgical ultérieur. Compte tenu de l'évaluation complète faite à la CRR, un nouvel examen médical à l'agence n'était pas indispensable. D'ailleurs le dernier examen à l'agence avait eu lieu le 3 juillet 2015 et il n'y avait pas de modification majeure ni de la clinique ni de la thérapeutique proposée depuis cette date. L'IPAI ferait l'objet d'une appréciation séparée. S'agissant de l'exigibilité (LF), elle était

décrite par les médecins de la CRR, et il proposait de l'accepter. En ce qui concerne le traitement à prendre en charge pour les factures, il proposait la prescription de gants de protection. Un traitement par ergothérapie pourrait être proposé ainsi que de la physiothérapie, afin de permettre de garder la CT pour un emploi adapté, et ceci pendant les 18 mois qui suivraient la clôture du dossier. Un traitement d'antalgiques pourrait aussi être pris en charge à raison de 3 à 4 emballages (eo) par mois. 30. Le Dr F_____ a procédé, le même jour, à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité (IPAI). Constatations : patient de 29 ans travaillant dans la construction métallique ; plaie de la paume de la main gauche avec section du nerf collatéral radial de D2 gauche, le 12/10/2012. Réopéré en raison d'un névrome avec persistance d'une allodynie. Sur le plan fonctionnel, douleurs constatées persistantes avec une situation médicale stabilisée. L'atteinte à l'intégrité était fixée à 6 %. Cette estimation était basée sur la table 3 des barèmes d'indemnisation publiés par les médecins de la CNA. Il retenait par analogie le dessin N° 7 de cette table (N° 3). Aucune modification ultérieure de cette appréciation n'était à envisager. 31. Par courrier du 23 mai 2016, la CNA Genève a annoncé à l'assuré qu'elle mettait fin, au 23 mai 2016, à la prise en charge des frais de traitement (sauf exceptions précisées), et aux indemnités journalières, celles-ci étant cependant versées jusqu'au 31 août 2016. La question du droit à d'autres prestations d'assurance était en examen. L'OAI allait, lui aussi, examiner si l'assuré avait droit à des prestations de la part de l'AI. Enfin elle informait l'assuré sur son droit de prolonger pour 6 mois maximum l'assurance obligatoire, par convention spéciale. 32. Le Dr F_____ a encore été prié par le case management de se prononcer de manière plus précise que dans son avis du 3 mai 2016 sur les limitations à retenir, afin de pouvoir procéder à l'examen du droit à une éventuelle rente. Dans son appréciation médicale du 19 août 2016 (rapport du même jour), il a renvoyé, pour le détail, à son examen médical du 3/07/2015 et à son appréciation médicale du 3/05/2016, consécutive au séjour de l'assuré à la CRR. En ce qui concerne l'exigibilité (LF), lors du séjour à la CRR, les médecins avaient proposé d'éviter les activités nécessitant une préhension fine de la main gauche. Compte tenu des lésions séquellaires, le Dr F_____ estimait souhaitable de rajouter à cette exigibilité les aspects suivants: éviter les ports de charges légères à moyennes; > 15-20 kg à cadence modérée; > 25 kg devaient être évités; tous les gestes qui nécessitaient une motricité fine ne seraient plus possibles, en particulier avec la main gauche. La main droite était indemne et fonctionnelle. Les activités demandant un maniement des 2 mains seraient également à éviter, telles que perceuses et visseuses. Il fallait aussi éviter les activités qui nécessitaient de se tenir en équilibre, comme sur les échelles ou un échafaudage. En respectant ces limitations, l'assuré pourrait travailler à temps complet. 33. Intervenant par l'intermédiaire d'un conseil, l'assuré se référant au courrier susmentionné du 23 mai 2016, et constatant qu'il ne répondait pas aux exigences d'une décision, a sollicité une décision formelle. 34. La division Prestations d'assurance de la CNA à Lucerne a rendu, le 13 septembre 2016, la décision formelle demandée. Elle a refusé l'allocation d'une rente d'invalidité: l'assuré était à même, en ce qui concerne les séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas effectuer de travaux exigeant une préhension fine de la main gauche. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 59'123.- qui, comparé au gain de CHF 63'947.- réalisable sans l'accident, déterminait une perte de gain de 7.54 % ; inférieure au seuil légal de 10 %, elle ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Si, outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes devaient réduire la capacité de gain, la

CNA ne pouvait pas en répondre, dans la mesure où de tels troubles n'apparaissent pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. En revanche, il résultait de l'appréciation médicale une atteinte à l'intégrité de 6 % déterminant une indemnité (IPAI) de CHF 7'560.-. L'effet suspensif d'une éventuelle opposition a été écarté.!

Par courrier recommandé du 14 octobre 2016, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition contre cette décision. Il concluait à l'allocation d'une rente entière, vu les séquelles physiques et psychiques de l'accident et, au plan physique, à ce que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit portée à 40 %. Enfin, l'assistance juridique gratuite était requise.!

Il a notamment produit, à l'appui de ses écritures, plusieurs documents médicaux complémentaires : - copie d'un bref courrier du médecin traitant (Dr M _____) du 2 septembre 2016 au médecin-conseil de l'OAI se bornant à énumérer les affections dont souffrait le patient: un état dépressif; les divers aspects de l'atteinte à la main gauche et une tendinite de l'épaule gauche de compensation ;!

- copie d'un courrier de la psychiatre-traitante au SMR du 2 septembre 2016 se référant au précédent rapport (AI), rappelant que l'assuré souffrait d'une anxiété généralisée (F41.1) et d'un trouble dépressif moyen à sévère (F32.11). Elle indiquait de que depuis ses précédents rapports l'état psychique n'avait pas trop changé, surtout le trouble anxieux. Elle indiquait en conclusion qu'à ce jour, la persistance des troubles psychiques du patient était due entre autres à la douleur chronique ainsi qu'à la confrontation à une réalité de pertes et de limitations physiques dont il n'arrivait pas à faire le deuil, lequel était aussi difficile concernant la réalité des limites de l'aide médicale. Au présent, la CT du patient était nulle ;!

- copie d'un rapport à l'OAI du 7 septembre 2016 du Dr U _____, chef de clinique de l'unité de chirurgie de la main des HUG, et chirurgien traitant depuis le 28 janvier 2016. Il confirmait que le cas était considéré comme stabilisé. Il décrivait le traitement et les plaintes du patient par rapport à ses douleurs. Il observait que les 2 dernières consultations (11/05 et 31/08/ 2016) avaient porté sur les soucis asséurologiques du patient (AI et CNA), évoquant incidemment qu'il semblerait qu'il ait été décidé que le patient ne soit pas en mesure de bénéficier de rente d'invalidité et qu'on l'encourageait à reprendre un travail ou à s'inscrire au chômage. Il concluait que l'on était en présence d'un patient qui présentait une exclusion complète de la main gauche pour toutes les activités de la vie quotidienne et qui n'était pas en mesure de reprendre un travail sans être encadré en vue d'une réorientation professionnelle. Il relevait que selon les tables de la SUVA la non-utilisation de la main équivalant à une main amputée représentait une invalidité de 40 %. Il estimait dès lors souhaitable que l'OAI réévalue la situation.!

- des certificats (arrêt de travail pour accident) d'incapacité de travail à 100 % portant sur la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2016;!

36. Par décision sur opposition du 18 janvier 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée contre la décision initiale du 13 septembre 2016, précisant qu'un éventuel recours n'aurait aucun effet suspensif. Il n'était perçu aucun frais ni alloué de dépens. La décision attaquée avait expressément écarté les troubles psychiques de l'assuré du droit aux prestations litigieuses, faute de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. L'opposant ne le conteste pas expressément, mais souligne l'importance de ces troubles dans l'évaluation de la rente d'invalidité. Selon l'appréciation du Dr T _____, psychiatre-conseil de la CNA du 17 février 2016, il faut retenir la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident survenu en 2012; ainsi la décision attaquée ne peut être suivie sur ce point, l'examen de la causalité adéquate restant ouverte. En l'espèce, il convient de classer l'accident en cause dans la catégorie des accidents de moyenne gravité, plutôt vers la limite inférieure de cette

catégorie. Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte, il faut un cumul de 4 critères au moins parmi les 7 consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière. En l'occurrence, rien ne permet de considérer que l'accident ait été particulièrement impressionnant ou se soit déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques. Le traitement n'a pas non plus été anormalement long en particulier compte tenu de l'atteinte subie. Critère de 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, il se justifie certes de noter que les mains sont importantes pour les travailleurs manuels. Mais en l'espèce, vu les circonstances, qu'il s'agit de la main non-dominante, selon la jurisprudence, ce critère ne peut être retenu. Pas d'erreur médicale à retenir non plus. Ensuite un CRPS/SDRC grade II a certes été retenu; mais il a été médicalement considéré comme étant au décours. Au demeurant, pour admettre l'existence d'un rapport de causalité entre un accident et une algodystrophie, la jurisprudence impose, notamment, une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'événement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci (maximum 6 à 8 semaines): en l'espèce il est question de 5 mois (19.03.2013). En revanche le critère des douleurs persistantes doit être retenu. Selon le rapport d'examen de la CRR, les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il en va de même de celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques. On est en présence d'un arrêt de travail de 100 % d'une durée de plus de 3 ans, sans interruption. Cela étant, compte tenu notamment du fait que, toujours selon les médecins de la CRR, des facteurs contextuels, - dont il n'y a pas lieu de tenir compte dans la présente évaluation, chez un patient centré sur les douleurs dans l'attente d'une solution externe -, influencent négativement les aptitudes fonctionnelles que ce dernier rapporte; tout comme les troubles psychiques en tant que tels. Force est de constater qu'au regard de l'ensemble des circonstances seuls deux critères (incapacité de travail et douleurs) peuvent être retenus mais dans leur forme simple: ils ne suffisent pas à eux seuls à fonder l'admission d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident assuré. S'agissant de l'examen du droit à une rente d'invalidité, au plan médical, compte tenu des seules séquelles organiques naturelles et adéquates de l'accident assuré, il ressort du rapport de la CRR du 14 janvier 2016, notamment que le CRPS II était au décours. Sur le plan neurologique, une neuropathie sensitive de la branche interdigitale radiale de l'index gauche (ENMG du 21/12/2015) a été retenue. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Cependant des facteurs contextuels influencent négativement les inaptitudes fonctionnelles rapportées par le patient. La participation de ce dernier aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient centré sur les douleurs. Hormis les autolimitations, aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues par la CRR : activité nécessitant une préhension fine avec la main gauche non dominante. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (LF) ci-dessus est défavorable en lien avec l'absence de qualification reconnue chez un patient dans l'attente de solution externe. Selon le médecin d'arrondissement, et ses appréciations des 9 mai et 19 août 2016, en ce qui concerne les LF, il était souhaitable d'y rajouter les limitations suivantes : port de charges légères à moyennes, supérieures à 15-20 kg à cadence modérée; charges supérieures à 25 kg doit être évitées; tous les gestes qui nécessitent une motricité fine de la main gauche ne sont plus possibles; la main droite est indemne et fonctionnelle; activités demandant un

maniement des deux mains à éviter (perceuses et visseuses,..); de même les activités qui nécessitent de se tenir en équilibre, tels que les échelles ou d'échafaudages. En respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus cet assuré pourrait travailler à temps complet. Les motifs de l'opposition ne laissent pas de retenir l'attention. Toutefois ils ne révèlent pas d'indices laissant planer un doute sur les conclusions documentées et rendues en toute connaissance de cause par le Dr F _____ notamment, et reposent essentiellement sur des avis retenant les troubles psychiques, précisément écartés. Certes l'opposant se repose sur le point de vue exprimé par le Dr S _____, qui considère que le patient présente une exclusion complète de la main gauche pour toutes les activités de la vie quotidienne et n'est pas en mesure de reprendre un travail sans être encadré en vue d'une réorientation professionnelle, et que cela représente, selon les tables de la CNA une invalidité de 40 %. L'opposant se repose sur ce rapport pour réclamer une rente entière notamment; à cet égard le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu l'atteinte objectivable et non pas l'attitude auto-limitative de l'assuré tel qu'observée à la CRR, et lesdites tables concernent l'atteinte à l'intégrité. Les conclusions du médecin d'arrondissement ont entière valeur probante. Les mêmes conclusions et raisonnements valent pour la contestation de l'atteinte à l'intégrité. Il est constant que l'assuré a obtenu un diplôme de coiffeur à Genève, après une formation de 2002 à 2004, ce qui ne joue cependant aucun rôle dans l'état du dossier au titre de l'examen du droit à une rente LAA. Sur le plan économique, l'opposant, dûment représenté par un mandataire professionnellement qualifié, ne conteste en aucune manière les faits retenus pour le calcul de la rente, même à titre subsidiaire. La CNA rappelle qu'elle s'est fondée sur 5 DPT qu'il a annexées à la décision entreprise, rappelant que la comparaison des revenus peut également être opérée sur la base des salaires statistiques (ESS), qui en l'espèce ne permettrait pas non plus d'aboutir à l'octroi d'une rente. Enfin la CNA a confirmé le taux d'évaluation de l'IPAI, observant que l'appréciation du Dr U _____ qui articule le taux de 40% prend en compte, non seulement les éléments objectifs (retenus par le Dr F _____), mais encore l'attitude auto-limitative de l'assuré, observé à la CRR. Pour le surplus une expertise ne se justifiait pas, vu la pleine valeur probante des médecins de l'assurance-accidents.!

37. Par mémoire du 20 février 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, d'un recours contre la décision sur opposition du 18 janvier 2017. Il conclut préalablement à l'audition du recourant, ainsi que de ses médecins traitants, de même qu'à la mise en place d'une ou plusieurs expertises, s'agissant en particulier de l'état de santé actuel du recourant et de sa capacité à exercer une activité professionnelle en dépit des séquelles accidentelles, ainsi qu'une expertise pour déterminer le déroulement exact de l'accident dont il a été victime et les circonstances déterminantes du cas d'espèce (type, épaisseur taille et poids de la vitre ayant entraîné l'accident). Il conclut principalement à l'annulation de la décision de la CNA du 18 janvier 2017, avec suite de dépens; subsidiairement dire et constater que les troubles psychiques affectant le recourant sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident professionnel de 2012 et condamner en conséquence la CNA à verser une rente d'invalidité au recourant ; lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 50'400.- avec suite de dépens. !

Le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des troubles psychiques dans les éléments de l'état de santé engageant sa responsabilité. Selon lui, l'accident litigieux devrait être classé à la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, considérant au surplus que le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident devrait être retenu, en plus des douleurs persistantes admises par l'intimée, y rajoutant le critère de la durée

anormalement longue du traitement médical, et celui du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, relevant que celles-ci lui ont définitivement empêché d'exercer la profession de coiffeur qu'il avait pour objectif d'exercer dans le cadre d'un salon de coiffure avec son épouse. Il reproche en outre à l'intimée de ne pas avoir apprécié le taux d'invalidité correctement, relevant que les DPT retenus par l'intimée démontreraient au contraire l'incapacité totale de l'intéressé à pouvoir retrouver un emploi. S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité par rapport à l'enquête suisse sur la structure des salaires, il considère que l'intimée ne justifie pas le taux de 10 % d'abattement supplémentaire retenu, et considère que celui-ci devrait être de 25 %, maximum prévu par la législation applicable. Il reproche enfin à l'intimée d'avoir considéré l'atteinte à l'intégrité de façon insuffisante, en la fixant à hauteur de 6 %, alors que selon lui l'impossibilité de pouvoir, à vie, utiliser sa main gauche revient à une amputation taxée par les barèmes de la CNA à hauteur de 40 %.

38. Par écriture spontanée du 21 avril 2017, le recourant a encore produit un rapport du 11 avril 2017 du Docteur V_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a posé le diagnostic d'atteinte lésionnelle de la branche radiale collatérale de l'index gauche avec allodyie syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de la main gauche. Ce médecin conclut que l'examen ENMG confirme une atteinte du nerf collatéral radial de l'index gauche, probablement sous-évaluée en raison de l'enregistrement à distance des électrodes de surface (elle devrait être plus marquée au vu de la clinique). Quant à son appréciation, ce médecin considère que ce patient souffre de séquelles neurogènes de cette atteinte lésionnelle traumatique de sa main gauche. Les médications actuelles ne sont que partiellement antalgiques. Y aurait-il eu lieu de proposer un patch de Neurodol Tissugel (capsaïcine) afin de désensibiliser les récepteurs de cette partie de la main ? D'autre part y aurait-il lieu dans un second temps de « reprogrammer » son membre supérieur gauche en médecine de neuro-rééducation ? Finalement y aurait-il eu lieu d'encourager ce patient à retrouver une activité professionnelle: il est père de 2 enfants et très volontaire en ce sens.

39. L'intimée a conclu au rejet du recours par mémoire de réponse du 21 avril 2017. S'agissant de la qualification de l'accident, et contrairement à ce que soutient le recourant, si jusqu'ici la CNA a retenu que l'accident devait être classifié dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite inférieure, au vu des forces générées lors de l'accident, il apparaît toutefois que celui-ci devrait être qualifié d'accident insignifiant, respectivement de peu de gravité. D'un point de vue objectif le recourant s'est coupé à la main gauche, non dominante, alors qu'il tentait de retenir une vitre qu'il a accidentellement fait tomber. Les forces en présence ne semblent pas suffisantes pour retenir un cas de gravité moyenne. Tel est également la conclusion de l'intimée, au vu des blessures médicalement constatées, puisque seule une entaille à la main gauche ayant entraîné une section du nerf radial en D2, zone 3, a été diagnostiquée. Cette question peut toutefois rester ouverte dans la mesure où la causalité adéquate entre l'accident du recourant du 12 octobre 2012 et les troubles psychiques doit, dans l'hypothèse où la chambre des assurances devrait qualifier l'événement de gravité moyenne à la limite inférieure, être écartée: l'intimée conteste la réalisation du critère de caractère particulièrement impressionnant, de même que celui du traitement anormalement long, se fondant notamment sur la jurisprudence de la chambre de céans et sur la jurisprudence fédérale qui considère que la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitement par manipulation même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère. En l'occurrence, sous réserve de deux opérations subies par le recourant, il y a lieu de retenir que le traitement a essentiellement consisté en des séances d'ergothérapie respectivement de

physiothérapie et en la prise d'antalgiques. S'agissant du critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, la seule blessure à retenir (nerf radial en D2, zone 3, à la main non dominante) ne permet pas de retenir ce critère. Les critères des erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, de même que les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ne sont pas non plus réalisées en l'espèce. À lecture du dossier n'apparaît pas qu'une erreur médicale ait été réalisée par le corps médical. Le recourant ne soutient pas le contraire. Aucun rapport médical n'a pour le surplus mentionné que le névrome développé par le recourant ait été une complication importante. Même à supposer que soient réalisés les critères du degré et de la durée de l'incapacité de travail et de la persistance des douleurs physiques, ceux-ci ne revêtent pas une intensité suffisante pour fonder à eux seuls la responsabilité de l'intimée quant à ses troubles. Force est de constater que le cumul des 3 critères relatifs aux accidents de gravité moyenne stricto sensu (8C_259/2016) ou de 4 critères pour les accidents de gravité moyenne à la limite inférieure n'est pas satisfait (8C_259/2016 du 23 janvier 2017 considérant 6. 2) Sur la contestation de l'examen du droit à une rente d'invalidité réalisée par l'intimée : le recourant retient à tort que la décision entreprise, respectivement l'intimée, n'aurait pas retenu les éléments ressortant du rapport du Dr S_____ (pièce 286 intimée). Elle en a bel et bien tenu compte mais considère que ce rapport doit être écarté au motif que son auteur s'est fondé, à tort, sur l'attitude auto-limitative de l'assuré tel qu'observée à la CRR, alors que ce sont les atteintes objectives qui doivent être prises en compte. Les atteintes relevées par les Drs M_____ et S_____, postérieurement à la décision initiale du 13 septembre 2016, savoir une tendinite de compensation à l'épaule gauche ainsi qu'un trémor de la main gauche, ne se présentent pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 octobre 2012. Dans les limitations fonctionnelles retenues, à juste titre par l'intimée, les 5 DPT au dossier sont justifiées. À titre subsidiaire une DPT supplémentaire est produite dans l'hypothèse où la chambre de céans devrait nier la pertinence de l'une ou l'autre des DPT produites. S'agissant de la prise en compte des statistiques ESS il est succinctement rappelé que les troubles psychiques ont été écartés par l'intimée à défaut de causalité adéquate. L'ampleur de l'abattement retenu par l'intimée est fondée sur les limitations fonctionnelles objectives constatées par son médecin d'arrondissement et les médecins de la CRR. Celles du Dr S_____ ont été écartées (exclusion complète de la main gauche pour toutes les activités de la vie quotidienne) en raison de l'attitude auto-limitative du recourant, et ne sont donc pas objectives. De plus l'assuré est encore jeune et n'est pas dépourvu de formation professionnelle (coiffeur, activité exercée pendant plusieurs années). S'agissant du grief relatif à la fixation du taux appliqué pour l'atteinte à l'intégrité, dans la mesure où le recourant se fonde sur le rapport du Dr S_____, une fois encore celui-ci a été rejeté, quant à sa valeur probante, par l'intimée, pour les motifs précédemment exposés. 40. La CNA s'est encore déterminée par courrier du 22 mai 2017 au sujet du rapport complémentaire produit (Dr V_____). le Dr W_____, spécialiste en neurologie, de la division de médecine des assurances, retient que le Dr V_____ réfère que le recourant garde une impotence fonctionnelle de cette main gauche, qui est douloureuse et enfle lors des moindres sollicitations, avec transpiration. Le recourant déclare vouloir reprendre une activité professionnelle adaptée à son handicap mais ne pas avoir d'aide dans ce sens. Il assume une thérapie médicamenteuse. Il applique le TENS mais avec peu d'effet. Les antidépresseurs et autres n'ayant pas eu d'effet positif. Au status clinique le médecin décrit une main gauche exclue, peu mobile et douloureuse à la moindre sollicitation. Il existe une hypoesthésie marquée de la partie radiale collatérale de l'index

gauche. La force de la main n'est pas probante. A l'examen électrophysiologique, ce médecin retrouve des valeurs normales pour les nerfs médian et cubital gauche, à l'exception de la partie radiale collatérale de l'index gauche, dont le signal est atténué en comparaison du versant cubital. La neurographie motrice enregistrée au thénar gauche est physiologique. Les constatations du Dr V _____ sont superposables à celles du neurologue de la CRR qui, à l'occasion de son examen électrophysiologique en date du 21/12/2015, a mis en évidence sur le plan clinique une atteinte sélective de la branche interdigitale radiale de l'index gauche avec anesthésie épicritique et thermalgésique en présence d'un signe de Tinel de la percussion de ce nerf au niveau cicatriciel au regard de la région thénarienne. Ce déficit de sensibilité d'une étendue réduite (versant radial de l'index) et qui était donc bien entendu déjà connue chez cet assuré, n'est en soi pas à considérer comme invalidante et ne saurait expliquer l'entier des plaintes, comme cela a été dit précédemment. Les observations du Dr V _____ ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions précédentes du service médical de la CNA.!

41. Sur quoi la chambre des assurances sociales a entendu les parties le 12 février 2018:!

Le recourant a déclaré: " Je vous explique comment l'accident est survenu : J'étais au travail avec un collègue dans le cadre de la construction d'un hôtel à côté de Balexert. Nous étions en train de poser des verres de fenêtre, de taille "normale" ce qui représente à peu près la dimension du plateau de la table où je suis assis. Ces verres sont toutefois assez épais, résistants aux chocs perpendiculaires en tout cas. Je ne sais pas si on peut dire que ce sont des verres blindés. Mon collègue et moi-même transportions un de ces verres de fenêtre, chacun d'un côté du verre, au moyen de ventouses que nous tenions par nos mains droites. La main gauche est utilisée dans ces circonstances pour guider le verre, notamment pour le surélever au moment de la pose. Quand j'ai soulevé le verre qui était lourd, la ventouse a lâché, peut-être parce que j'ai accidentellement appuyé sur le bouton qui la bloque. En voulant retenir le verre qui glissait vers le sol, je l'ai attrapé, sur la tranche, avec la main gauche. Je précise que je portais des gants qui sont des gants professionnels, revêtus de cuir sur la face intérieure (du côté de la paume). En glissant, la tranche du verre m'a sectionné le gant d'abord, et m'a blessé la paume de la main. Sur le moment, je n'ai rien senti, car je me préoccupais d'éviter que le verre se casse en arrivant par terre, ce que je n'ai malheureusement pas pu éviter. Le choc a provoqué une fissure en travers de la plaque. C'est alors que mon patron a remarqué que je saignais et m'a dit : « regarde ta main ». Je n'ai ressenti aucune douleur. En voyant le sang, j'ai simplement enlevé mon tee shirt et l'ai enroulé autour de la main, puis j'ai été conduit à l'hôpital. J'y suis arrivé vers 16h00 et j'ai été pris en charge aux alentours de 23h00, un chirurgien de la main m'ayant soigné par microchirurgie. J'ai en fait été opéré une deuxième fois, une année plus tard. Entre temps j'avais été en séjour, une première fois, à la CRR à Sion. Après la deuxième opération, j'y suis retourné pour un deuxième séjour. Je ne sais pas pourquoi j'ai dû subir une deuxième opération. Par rapport à la situation actuelle, je ressens encore des douleurs dans la main. En fait, je sens que quelque chose ne va pas à l'intérieur de la main. La nuit, je sens que le bras s'engourdit. Lorsque moi-même ou ma femme massons l'avant-bras, j'ai le sentiment que le sang recommence à circuler, et alors je ressens à nouveau la main. Je reproche à la SUVA de m'avoir laissé tomber. Je ne comprends pas comment on peut agir comme cela, en me disant que si j'ai mal je peux prendre des médicaments. Alors que si je prends des médicaments c'est que j'ai mal et l'assurance ne fait rien pour moi. Elle m'a laissé avec ma femme et mes deux enfants, en ayant arrêté de payer de quoi faire vivre ma famille. Je voudrais bien travailler, dans une activité adaptée,

mais la SUVA ne m'a rien proposé. Elle s'est contentée de me dire que je pouvais travailler dans un travail adapté mais sans me dire lequel. Je ne sais pas auprès de qui je peux demander pour un travail adapté. Je pourrais travailler chez mon frère qui a une entreprise de bâtiments, de peinture et de cloisons, mais il ne pourrait pas me payer un salaire normal, à 100%, puisque je ne peux pas travailler normalement avec la main. Je pourrais évidemment faire un travail adapté, mais je ne sais pas où trouver à part chez mon frère. En fait, il vient d'ouvrir son entreprise et c'est pour cela que je vous dis que je vais voir avec lui ce qu'il peut me proposer. Je peux aller voir aujourd'hui. En fait j'attendais de vous voir pour vous dire tout, et en particulier que l'assurance m'avait laissé tomber. Pour répondre à votre question, je pourrais vous dire quand vous voulez ce que mon frère m'aura proposé comme travail. Maintenant, il ne pourra pas nécessairement me proposer tout le temps du travail, du moment qu'il vient d'ouvrir et qu'il n'a pas beaucoup de chantiers. Son entreprise s'appelle X_____ Sàrl. Sur question de la chambre, s'agissant de mes moyens d'existence, je précise qu'en juillet-août 2017, l'AI m'a versé CHF 50'000.-, après deux ans passés sans qu'ils ne me versent quoi que ce soit. J'ai compris qu'avec ces CHF 50'000.- je devais vivre, payer mes factures et faire vivre mes enfants jusqu'à épuisement de cette somme. Je n'ai pas encore fini d'épuiser cette somme, mais il faudra bien que je trouve ensuite autre chose pour payer mes factures. En fait, l'AI m'a versé une rente limitée dans le temps. Je produirai les décisions AI, via mon avocat. La procédure avec l'AI est terminée. Je ne reçois plus rien de cette assurance. Mme Z_____ pour l'intimée a indiqué : " Nous n'avons pas connaissance du dossier AI, à l'exception de certains extraits, soit notamment le projet de décision de l'AI du 11 août 2016 (pièce 265 de notre dossier)." Le recourant a poursuivi : " Il me semble que j'avais contesté ce projet, mais l'AI a rendu une décision identique à celui-ci et je n'ai pas recouru. Pour revenir à mes moyens d'existence depuis mon accident jusqu'ici, depuis 2012 après l'accident jusqu'en mai 2016, la SUVA m'a payé des indemnités journalières et ensuite plus rien. Vous me faites remarquer que selon les décisions rendues, les indemnités journalières m'étaient versées jusqu'au 31 août 2016. C'est possible, mai ou août. Actuellement, je vis comme mentionné ci-dessus, sur le solde de ce que m'a versé l'OAI. Avec les médicaments que je prends, les médecins m'ont interdit notamment de monter sur une échelle. En ce qui me concerne, personnellement, je pourrais le faire, mais les médecins me l'interdisent vu les effets secondaires. En fait à cause de ma main gauche, je ne peux guère qu'aider, mais je ne peux pas travailler tout seul. Je vous indiquerai très rapidement quel travail mon frère m'aura proposé. Je prends du Codafalgan, trois fois par jour, et du Lyrica, deux fois par jour, le tout pour soulager les douleurs de ma main. Les psychiatres m'avaient prescrit d'autres médicaments, mais j'ai arrêté et je ne suis plus suivi par un psychiatre depuis 5-6 mois environ. Psychiquement, je me sens très bien depuis 5 à 6 mois. A l'époque, je ne me sentais pas bien parce que j'avais le sentiment de ne pas pouvoir m'occuper de mes enfants correctement et de ne pas pouvoir faire tout ce que je voulais à cause de cette main. Mon épouse n'a aucune activité lucrative. Mes enfants, deux garçons, sont âgés de 11 ans et le cadet aura 4 ans en juillet. Il commencera l'école en août. Sur question de l'intimée et pour revenir au verre que je manipulais lors de l'accident, l'épaisseur de ce verre est d'environ 4 ou 5 centimètres, je ne sais pas exactement, mais en tout cas ils étaient lourds. Ils sont utilisés pour des parois vitrées qui ne s'ouvrent pas. En l'occurrence c'était pour des chambres au dernier étage, du moins je pense, car au stade de la construction où nous étions, nous posions les verres en façades mais la distribution des pièces et des cloisons intérieures n'était pas encore en place. L'étage était vide. Quant à la dimension exacte de la plaque de verre que je manipulais, j'ai

donné un ordre de grandeur tout à l'heure, mais c'était approximatif parce que les faits remontent à 2012, je ne sais pas la dimension exacte de ces plaques, qui peuvent être d'environ 1,20 sur 1,40 mètres. 42. Sur quoi, la chambre de céans a fixé un délai au recourant pour la production des décisions de l'OAI, ainsi que toutes pièces utiles concernant le travail qu'il aura pu obtenir dans l'entreprise de son frère. 43. Par courrier du 5 mars 2018, le recourant, par la plume de son conseil, a produit plusieurs pièces : un « contrat de stage », signé entre X_____ Sàrl (par la signature de Monsieur A_____, à l'époque associé gérant, avec signature individuelle) et le recourant, le 19 février 2018. Ce contrat indique qu'il est conclu dès le 20 février 2018, le recourant étant engagé comme manœuvre, pour une durée indéterminée, non rémunéré, aux conditions de la CCT-SOR et le règlement d'entreprise; la copie d'un courrier de X_____ Sàrl du 19 février 2018 à la CNA Genève confirmant que le recourant a été engagé à l'essai dans l'entreprise en tant que manœuvre pour une période indéterminée dès le 20 février 2018. Ce courrier indique que l'entreprise a été informée du fait que l'intéressé ne peut pas effectuer tous les types de travaux en raison de son handicap à la main et des médicaments qu'il doit prendre quotidiennement. Elle espérait que ce stage apporterait des réponses à l'intéressé quant à ses capacités professionnelles suite à son accident; copie de la décision de l'OAI du 22 juin 2017 octroyant au recourant une rente entière ordinaire limitée dans le temps (mai 2014 à mai 2016), les motifs de la décision relevant qu'après instruction de la demande le SMR attestait d'une incapacité totale de travail dès le 12 octobre 2012, jusqu'au 29 février 2016. Dès mars 2016 il estime que l'état de santé s'était amélioré, ce qui lui avait permis de retrouver une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 % dès cette date. La comparaison des revenus a été effectuée tant en ce qui concerne le salaire sans invalidité que le salaire avec invalidité sur la base de l'ESS 2014, Tableau TA1_tirage-skill-level (niveau 1) à un taux de 100%, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, avec – pour le revenu avec invalidité – une réduction supplémentaire de 10%, pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le recourant a persisté dans sa demande d'audition de témoins soit de trois de ses médecins traitants ainsi que de la mise en place d'une expertise judiciaire. 44. Par courrier du 28 mars 2018, l'intimée a pris position au sujet du courrier précédent: elle est surprise de constater que le recourant a accepté un stage non rémunéré auprès de X_____ Sàrl ; en agissant de la sorte il contrevenait à son obligation de diminuer le dommage vis-à-vis de l'assureur-accident. Quant aux témoins dont il requiert l'audition, ceux-ci se sont déjà exprimés à plusieurs reprises par écrit, de sorte qu'il n'apparaît pas nécessaire de procéder à leurs auditions pour trancher les différentes questions litigieuses. 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) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la

jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement du droit à une rente, en relation avec la détermination du taux d'invalidité, question liée à celle de savoir si les troubles psychiques dont le recourant se plaint entrent dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 12 octobre 2012, et enfin sur le taux retenu pour la fixation d'une IPAI. 6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 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). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité

adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). 7. 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 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 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). En matière de casuistique pour des blessures de la main la jurisprudence est abondante: le Tribunal fédéral a notamment procédé à une vue d'ensemble dans son arrêt 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2: à titre d'exemples – non exhaustifs - tirés de ce considérant il ressort qu'en pratique, les cas les plus graves de lésions des doigts et de la main ont été classés dans les accidents de gravité moyenne stricto sensu, notamment un cas d'amputations aux doigts III-V par une lame de fraisage en marche (RKUV 1999 n° U 346 p. 428 E. 2b/bb[U 280/97]) ; un cas d'amputations totales des doigts I-III avec sous-amputation totale aux doigts IV et V (arrêt U 233/95 du 13 juin 1996 E. 3b). D'autre part, les blessures aux mains suivantes ont été classées comme des événements modérément graves à la limite des accidents mineurs : une affection du bout des doigts et de la majeure partie du poignet (syndrome du canal carpien) par la rotation de la lame d'une tondeuse à gazon (arrêt U 38/00 du 25 janvier 2002, faits A et E. 2c) ; amputation des doigts II-IV au niveau des articulations moyennes ainsi que du doigt V au niveau de la phalange terminale par câble en acier destiné au guidage du bois (arrêt U 38/99 du 7 mai 2001 Faits A et E. 2a)

; sectionnement du tendon fléchisseur du pouce gauche et du faisceau nerveux vasculaire radial par des fragments de verre d'une bouteille de lait (arrêt U 386/06 du 12 janvier 2007 Faits consid.3.2); lésions nerveuses et tendineuses à la main gauche subies par une fraiseuse (arrêt U 325/04 du 1er avril 2005 Faits A.a et consid. 3.2.1) etc.. S'agissant d'autres types d'accidents, notamment d'accidents de circulation routière, (p. ex. cas de cycliste renversé par un autre usager (véhicule automobile ou cyclomoteur) : les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3, 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 et 8C_530/2007 du 10 juin 2008). En revanche, l'accident subi par une assurée, fauchée sur un passage piétons par une voiture qui n'a pratiquement pas freiné et projetée en l'air à près de 15 mètres, a été rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3).

8. Le Tribunal fédéral a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2, m.d'un immeuble en démolition et lui a percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a encore nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'avait en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références).

A été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des cas graves, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007).

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 médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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 LPG), 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. A 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). b.aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b.ab. 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. Etant 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, le Tribunal fédéral a précisé que 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 selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.). b.ac. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b.ad. 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. 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 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. 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). 12. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des troubles psychiques dans les éléments de l'état de santé engageant sa responsabilité. Selon lui, l'accident litigieux devrait être classé à la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, considérant au surplus que le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident devrait être retenu,

en plus des douleurs persistantes admises par l'intimée, y rajoutant le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, et celui du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, relevant que celles-ci lui ont définitivement empêché d'exercer la profession de coiffeur qu'il avait pour objectif d'exercer dans le cadre d'un salon de coiffure avec son épouse. L'intimée considère pour sa part que l'accident devait être classifié dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite inférieure, au vu des forces générées lors de l'accident, sinon être qualifié d'accident insignifiant, respectivement de peu de gravité. Au vu des principes rappelés ci-dessus et des exemples tirés de la jurisprudence, force est en effet de constater, contrairement à ce que soutient le recourant, que l'accident en cause peut tout au plus, comme retenu dans la décision entreprise, être considéré comme un accident de degré moyen, à la limite inférieure, soit proche d'un accident de peu de gravité. Certes, le recourant s'est coupé la main gauche, en voulant retenir la vitre d'un certain poids, qu'il transportait avec un collègue, mais les forces en présence n'étaient pas d'une intensité telle que l'on puisse considérer être en présence d'un accident de gravité moyenne. Dès lors qu'à teneur de la jurisprudence, le cumul des 3 critères pour des accidents de gravité moyenne stricto sensu (8C_434/2013 consid. 7.1 et ref. citées) ou de 4 pour les accidents de gravité moyenne à la limite inférieure (8C_259/2016 du 23 janvier 2017 considérant 6. 2), à moins qu'un de ces critères soit à lui seul d'une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité entre les troubles psychiques dont se plaint le recourant, et l'accident du 12 octobre 2012 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). En l'espèce, la question de savoir si l'on se trouve dans le cadre d'un accident de gravité moyenne stricto sensu ou à la limite d'un cas de peu de gravité peut rester ouverte. En effet, comme on va le voir, seuls deux critères parmi les sept à considérer peuvent être pris en compte, soit les critères du degré et de la durée de l'incapacité de travail, d'une part, et de la persistance des douleurs physiques, d'autre part; ceux-ci ne revêtent toutefois pas une intensité suffisante pour fonder à eux seuls la responsabilité de l'intimée quant aux troubles psychiques survenus après l'accident. Ainsi, le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques n'étant pas réalisé, selon la jurisprudence, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques pourrait lui-même rester ouvert, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir, notamment pas dans le cadre de compléments d'instruction que le recourant voudrait voir mis sur pied, notamment sous forme d'expertises. S'agissant des critères supplémentaires que le recourant prétend voir appliquer à sa situation: - au vu de ce qui a été rappelé précédemment, le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne saurait être retenu en l'espèce. Les circonstances de l'accident sont plutôt banales, la description qu'en a fait le recourant en comparaison personnelle apparaît vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales; il précise même que sur le moment, il n'avait même pas remarqué s'être coupé, jusqu'à ce que son patron lui fasse observer qu'il saignait. - le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, ne saurait être pris en compte non plus : selon la jurisprudence, pour l'examen de ce critère, il faut uniquement considérer le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, 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 (arrêts 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec 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 [arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239] (ATAS/1005/2016 consid. 12c). En l'occurrence, sous réserve de deux opérations subies par le recourant, il y a lieu de retenir que le traitement a essentiellement consisté en des séances d'ergothérapie respectivement de physiothérapie et en la prise d'antalgiques; - le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, ne saurait davantage être retenu. D'un point de vue objectif le recourant s'est coupé à la main gauche, non dominante. Au vu des blessures médicalement constatées et diagnostiquées, - soit pour l'essentiel une entaille à la main gauche ayant entraîné une section du nerf radial en D2, zone 3, à l'exclusion des atteintes psychiques –faut-il le rappeler, ne sont pas de nature particulière, propres à conduire à l'admission de ce critère; le fait que le recourant indique que ces blessures lui fermeront à vie l'accès à la profession de coiffeur, qu'il comptait exercer avec son épouse dans le cadre d'un salon qu'ils avaient l'intention d'ouvrir, ne doit pas être pris en considération dans ce contexte, indépendamment du fait qu'il ne démontre pas en quoi toute activité de sa part dans une telle entreprise, au besoin autre que celle de coiffeur proprement dit lui serait interdite en raison des limitations fonctionnelles admises. - enfin, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de difficultés particulières et de complications importantes apparues au cours de la guérison, étant rappelé que les troubles psychiques et les conséquences induites par ceux-ci ont été écartés, les aspects subjectifs tels que l'auto-limitation ne pouvant être pris en compte; Il résulte donc de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimée n'a pas admis la prise en compte des troubles psychiques du recourant, dans la détermination du taux d'invalidité, au regard d'autres prestations relevant de l'assurance-accidents. 13. Le recourant conteste ensuite la manière par l'intimée à déterminer le degré d'invalidité, aboutissant à un taux de 7.54 %, excluant l'octroi d'une rente d'invalidité, ce taux est inférieur au taux minimum de 10 % pour prétendre à une telle prestation.!

!>[if> Selon lui, les DPT ne sauraient trouver application. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir 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. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). b/aa. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant

l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4). b/bb. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé 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'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). 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. Lorsque tel n'a pas été le cas et que le détail du calcul du revenu d'invalidé a été communiqué pour la première fois à l'assuré dans la décision sur opposition, il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée en procédure cantonale lorsque l'assuré a recouru contre cette décision et a pu faire valoir tous ses arguments en procédure cantonale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 . du 23 mars 2015 consid. 6.3). Il appartient à la juridiction cantonale d'examiner si les DPT produites par la SUVA satisfont aux conditions posées par la jurisprudence ou, sinon, soit de renvoyer la cause à celle-ci pour compléter son enquête économique, soit de procéder elle-même à la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques issues de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_898/2015 du 13 juin 2016). 14. Il y a lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée s'est fondée sur lesdites DPT. L'intimée a retenu cinq postes dans les cantons de Genève et Vaud : les DPT 489987 (coursier), 12845863 (cariste), 348700 (magasinier), 597315 (collaborateur de production - ouvrier) et 345013 (employé parking agent du stationnement). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2016, année de l'ouverture du droit à la rente. Dans le cadre du recours, la CNA affirme verser une DTP supplémentaire, pour le cas où la chambre de céans viendrait à nier la pertinence de l'une ou l'autre des 5 DPT retenues jusqu'ici: en réalité elle vise la DPT 345013, déjà prise en compte au stade de l'opposition parmi les 5 DPT énumérées ci-dessus. Il faut relever que les objections avancées par le recourant qui, en définitive, considère qu'aucune des DPT retenues par l'intimée ne serait adaptée à ses limitations fonctionnelles, procède plus d'une opposition de principe, voire de prétexte, plutôt que d'une analyse objective des postes décrits dans la

documentation fournie. Ainsi: - poste de coursier : s'il est vrai - à considérer les coches retenues sous « divers » des exigences physiques - que l'usage des deux mains semble nécessaire, il convient tout de même de garder l'esprit les caractéristiques générales de ce que peut représenter l'activité de coursier, concrétisée par la description spécifique du poste de travail, en l'occurrence: distribution du courrier dans le bâtiment, livraison de bouteilles aux collaborateurs, disponible et sympathique. Force est ainsi d'admettre que l'usage régulier des deux mains paraît d'une part devoir être relativisé; d'autre part, il faut garder à l'esprit que lorsque le médecin d'arrondissement a examiné attentivement la question des limitations fonctionnelles à retenir, et en a rajouté quelques-unes par rapport à celles retenues par les médecins de la CRR, il a notamment évoqué les activités demandant un maniement des deux mains. Or, le Dr F_____ n'a pas exclu l'usage des 2 mains : il indique qu'il vaudrait mieux l'éviter, mais il précise le champ d'activité à deux mains auquel il songe: maniement des perceuses, visseuses,.... Tel n'est manifestement pas le contexte d'une activité de coursier, et qui plus est telle que décrite dans le cas particulier. Dans le même ordre d'idées, et s'agissant de ce que le recourant retient comme la « nécessité de tenir en équilibre », on relèvera que la description de cette caractéristique, toujours sous "divers" des exigences physiques ne retient celle-ci que comme «partiellement nécessaire ». Là encore il s'agit de relativiser cette caractéristique: le Dr F_____ retient dans les limitations fonctionnelles les «activités qui nécessitent de se tenir en équilibre, et il précise ce qu'il entend par là: sur des échelles ou des échafaudages. On est très loin de l'activité habituelle de coursier. Il convient encore d'avoir à l'esprit, - et ceci est valable pour les objections du recourant pour les autres DPT retenus également -, que ces objections se fondent pour l'essentiel sur l'auto-limitation du recourant;![endif]>![if> - cariste: les remarques qui précèdent par rapport à l'usage des deux mains, dans cette activité, valent pour celle-ci également; l'activité décrite implique la capacité de conduire un petit véhicule (on songe à un transporteur de palettes par exemple) dès lors que l'activité décrite consiste à transporter des charges du pont du camion et les entreposer dans le local de stockage, l'activité excluant que la personne soulève et porte elle-même des charges, même très légères. En pratique donc, il n'est pas question d'usage régulier des deux mains, fût-ce pour conduire un transpalette;![endif]>![if> - magasinier : la description de l'activité pour ce poste correspond pratiquement à celle de cariste, qui précède : les remarques qui précèdent sont transposables à ce DPT;![endif]>![if> - les mêmes remarques valent pour les 2 derniers postes, tant en ce qui concerne l'équilibre qu'en ce qui concerne l'usage des deux mains, étant du reste précisé que, s'agissant du poste d'ouvrier décrit, l'usage des deux mains n'est que partiellement nécessaire, sans manipulation fine ; et pour l'agent du service de stationnement, l'usage des deux mains n'est pas nécessaire, l'équilibre ne serait, selon cette description, que « partiellement nécessaire », vraisemblablement pour tenir sur ses jambes, mais pas pour monter à une échelle ou se tenir sur un échafaudage.![endif]>![if> Il ressort de ce qui précède que les DPT ont été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'en écarter. Ainsi, la décision entreprise, en tant qu'elle fixe le taux d'invalidité sur la base des 5 DPT retenues n'est pas critiquable. La comparaison des revenus opérée de cette manière, dans le respect des principes dégagés par la jurisprudence, aboutit à un taux inférieur à 10 %, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. 15. Ceci dit, la décision entreprise a également observé, par surabondance de droit, que le revenu d'invalidité pouvait également être fixé en se référant aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), rappelant d'ailleurs que selon la jurisprudence il n'existe pas de

priorité entre l'une de ses méthodes et l'autre (notamment ATF 129 V 472 , consid. 4.2.1). Elle a ainsi montré que même si l'on avait recours à cette méthode, elle ne serait d'aucun secours au recourant. L'intimée a rappelé les principes régissant la manière d'évaluer le salaire avec invalidité, sur cette base, et rappelé que selon la jurisprudence, une déduction au maximum de 25 % sur le salaire statistique pouvait être appliquée, mais ne devait pas être automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne pourrait pas mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail qu'à des conditions économiquement inférieures à la moyenne. Il appartient bien plutôt à l'administration, ou au juge en cas de recours, de procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, compte tenu de l'ensemble des circonstances (ATF 126 V 75 , consid. 5b ; 129 V 322 , consid. 5. 2).!endif]>![if> Le recourant a d'ailleurs correctement visé les mêmes principes, mais en en tirant des conséquences différentes, s'écartant des sources auxquelles il se réfère, en considérant qu'une déduction globale de 25 %, soit maximale en l'espèce, se justifierait à ses yeux: il se réclame à cet égard des considérations émises par le Dr S_____, qui ont d'une part été à juste titre écartées en l'espèce, dès lors qu'elles se fondaient en particulier sur l'auto-limitation que s'impose le recourant, en excluant l'usage de son membre supérieur gauche et en particulier sa main gauche, mais en revendiquant, pour fixer le degré d'invalidité, la prise en compte de ses troubles psychiques qui, comme on l'a vu, ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident litigieux. Le recourant a encore moins démontré en quoi l'intimée n'aurait pas fait un usage correct de son pouvoir d'appréciation en fixant la réduction à hauteur de 10 % dans le cas d'espèce. Il résulte donc de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimée a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, les conditions n'en étant pas données, le taux d'invalidité étant inférieur à 10 %. 16. Enfin, le recourant conteste le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui lui a été octroyée par la CNA.!endif]>![if> a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 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 phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). b. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). c. La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). En

l'espèce, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en vue de la fixation de son taux résulte en particulier de l'appréciation médicale à laquelle le Dr F _____ a procédé, notamment le 3 mai 2016. Il y a tout d'abord lieu d'observer que, comme déjà dit précédemment, ce qui est également valable pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le rapport du médecin d'arrondissement doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Après avoir constaté, dans son appréciation générale du même jour, venant compléter la précédente, après le séjour de l'assuré à la CRR, que la situation médicale de l'assuré pouvait être considérée comme définitivement stabiliser, observant en particulier qu'il n'y avait notamment pas lieu d'attendre une amélioration notable avec un traitement chirurgical ultérieur, le Dr F _____ a retenu que, sur le plan fonctionnel, qui était celle de toutes les activités nécessitant une préhension fine avec la main gauche, main non dominante. Il ressort de son appréciation médicale spécifique (estimation de l'atteinte à l'intégrité), que ce médecin retient une plaie de la paume de la main gauche avec section du nerf collatéral radial de D2 gauche, le 12 octobre 2012. Il constate que, réopéré en raison d'un névrome persistance d'une allodynie, sur le plan fonctionnel, l'assurée souffrant de douleurs constatées persistantes avec une situation médicale stabilisée. Il avait alors évalué l'atteinte à l'intégrité à hauteur de 6 %. Cette estimation est basée sur la table 3 des barèmes d'indemnisation publiée par les médecins de la CNA. Il retient par analogie le dessin numéro 7 de cette table (3). Il indique encore qu'aucune modification ultérieure de cette appréciation n'était à envisager. L'assuré lui oppose l'appréciation du Dr S _____, lequel considère, au que le patient ne peut plus utiliser sa main, et qu'ainsi, son handicap devrait être considéré comme une amputation de ladite main, laquelle, (selon le dessin numéro 43 de la même table), devrait conduire à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité de 40 %. Dans ses constatations objectives, selon son rapport du 7 septembre 2016, le Dr S _____ décrit la même situation que celle retenue par les médecins de la CRR ainsi que le médecin d'arrondissement. Ses conclusions divergent cependant, dans la mesure où il tient compte de l'autolimitation du patient dans l'utilisation de sa main gauche, sur fond de troubles psychiques, lesquels ont précisément été exclus de l'appréciation des conséquences de l'accident, faute de lien de causalité adéquate avec ce dernier. Il considère ainsi que la non utilisation de la main équivaldrait à une amputation, ce qui en l'espèce n'est pas soutenable. On remarquera également dans ce contexte que le rapport d'examen clinique et électroneuromyographique du Dr V _____, au demeurant postérieur à la décision entreprise, n'est d'aucun secours au recourant. L'intimée a en effet soumis ce rapport au docteur W _____, spécialiste FMH en neurologie, membre du centre de compétences de la CNA à Lucerne. Dans un avis motivé et convaincant, ce spécialiste a indiqué pour quelles raisons l'examen clinique et électroneuromyographique pratiqué par le Dr V _____ n'était pas susceptible de remettre en question les conclusions précédentes du service médical de l'intimée. Il a notamment observé que les constatations du Dr V _____ étaient superposables à celles du spécialiste de la CRR qui avaient examiné le patient le 21 décembre 2015, de sorte que les éléments mis en évidence par le spécialiste consulté après le dépôt du recours étaient déjà connus, et avaient déjà été pris en compte dans l'appréciation médicale de la CNA avant la décision entreprise. C'est donc à juste titre que la CNA a confirmé, dans la décision entreprise, le taux d'atteinte à l'intégrité corporelle de 6 %, considérant pour le surplus qu'il était inutile de procéder à de plus amples investigations, notamment sous forme d'expertise, considération qui, au vu de ce qui précède, est également valable dans le contexte du présent recours, et des conclusions prises dans ce sens par le recourant. 17. En tous points mal fondé, le recours est rejeté.!

18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).!
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.