

## GE\_GERICHTE A/780/2015 vom 11. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_780\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_780_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/780/2015 du 11 février 2016

IT: GE\_GERICHTE A/780/2015 del 11 febbraio 2016

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.02.2016 A/780/2015

A/780/2015 ATAS/117/2016 du 11.02.2016 ( LAA ), ADMIS/RENVOI Recours TF déposé le 22.03.2016, rendu le 09.03.2017, PARTIELMNT ADMIS, 8C\_208/2016 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/780/2015 ATAS/117/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 11 février 2016 3 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), ressortissant macédonien né en 1979, a travaillé en tant que poseur de faux-plafonds depuis le 3 mai 2010. [endif]>[if> À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA). 2. Le 21 avril 2011, l'assuré a subi un accident : alors qu'il posait un faux-plafond métallique, une plaque s'est détachée et est tombée sur son avant-bras. [endif]>[if> 3. Dans leur rapport du 3 mai 2011, les docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, médecins auprès du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où l'assuré a séjourné du 21 au 29 avril 2011, ont posé les diagnostics principaux de plaie du tiers distal de la face antérieure du bras gauche (avec section des nerfs médian, cutané de l'avant-bras et cutané latéral et section du muscle brachial, du biceps et de l'artère brachiale) et de fracture ouverte de l'humérus. L'assuré a subi une intervention chirurgicale consistant en une suture et une protection par un manchon de Tisseel des nerfs médian, cutané de l'avant-bras, cutané latéral, une suture du nerf du muscle brachial et du biceps et un pontage de l'artère brachiale. L'incapacité de travail serait totale jusqu'au 17 juillet 2011. [endif]>[if> 4. L'assuré a à nouveau été hospitalisé du 5 au 16 mai 2011. Le diagnostic principal des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 18 mai 2011 était celui d'hématome post-chirurgical du coude gauche ; ils mentionnaient également, à titre secondaire, un état anxio-dépressif avec troubles de l'adaptation post-traumatique. [endif]>[if> 5. Dans un rapport du 14 juillet 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés précédemment, en précisant que l'évolution était lentement favorable mais qu'il fallait néanmoins s'attendre à un dommage permanent. [endif]>[if> 6. Lors d'un entretien avec la SUVA en date du 21 avril 2011, l'assuré a indiqué ne pas pouvoir mouvoir son avant-bras. Il s'est plaint de douleurs au niveau de l'épaule et du coude gauches. Sa cicatrice au milieu de l'humérus le faisait également souffrir. Il a évoqué un manque de sensibilité de l'avant-bras et a indiqué ne pouvoir fléchir ni sentir les trois premiers doigts de sa main gauche. Après un passage difficile en raison d'une baisse de moral, il commençait à se sentir mieux. [endif]>[if>

7. La SUVA a procédé à une analyse de la situation avec l'assuré le 28 septembre 2011. Ce dernier rencontrait des limitations dans l'extension, l'élévation et la rotation du bras gauche. Il n'avait aucune force dans ce membre. Il se plaignait aussi d'un manque de sensibilité dans les doigts, qu'il ne parvenait pas à plier, sauf l'auriculaire. Il éprouvait également des sensations de décharges électriques. Sa main gauche restait enflée et ses doigts étaient rougeâtres. Il était dépendant de son épouse pour toutes les tâches du quotidien. Il réussissait à s'habiller mais devait parfois se faire aider par sa femme pour ôter ses pantalons. Il y avait néanmoins une légère amélioration. L'assuré était suivi par un psychiatre. Il disait avoir peur de tout, même dans la rue. Il lui serait ainsi impossible de reprendre son activité de poseur de faux-plafonds, même si son bras guérissait complètement. Il allait tenter de se réorienter dans la restauration. 8. Dans son rapport du 28 septembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a qualifié l'évolution de lentement favorable, avec une amélioration de la flexion et de l'extension du coude. Il n'y avait pas de repousse nerveuse. Un dommage permanent était prévisible, vu l'anesthésie partielle de la main et l'absence de flexion des doigts D4-D5. 9. Une scintigraphie pratiquée le 12 décembre 2011 a révélé une algodystrophie de stade I de la région du coude gauche. 10. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 16 novembre au 14 décembre 2011. Dans leur rapport du 23 décembre 2011, les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et E\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics d'algodystrophie de l'avant-bras gauche (CRPS type II), de plaie au tiers distal de la face antérieure du bras gauche (avec section des nerfs médian, cutané, médial et cutané-latéral, section des muscles brachial et biceps gauches, section de l'artère brachiale gauche et effraction corticale antérieure de l'humérus gauche), d'hématome post-chirurgical du coude gauche, de syndrome de stress post-traumatique et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Après avoir relaté les plaintes de l'assuré et leurs propres constatations, les médecins ont noté que l'évolution était marquée par la persistance de douleurs neurogènes et par une exclusion du membre supérieur gauche. Lors du consilium psychiatrique, la doctoresse F\_\_\_\_\_ a conclu à un syndrome de stress post-traumatique (F 43.1) et à un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22). Le bilan neurologique montrait une atteinte axono-myélinique sensitivo-motrice très sévère du nerf médian gauche à l'avant-bras. Tant la clinique que l'aspect radiologique évoquaient une réaction algodystrophique. Le séjour avait amené peu d'améliorations fonctionnelles. L'ergothérapie et la physiothérapie seraient poursuivies. L'incapacité de travail dans l'activité de monteur en faux-plafonds était définitive. Il était trop tôt pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles. 11. Le 4 janvier 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a émis l'avis que la situation n'était pas encore stabilisée, vu le syndrome de stress post-traumatique et la persistance de limitations fonctionnelles et d'une algodystrophie. L'incapacité de travail en tant que monteur de faux-plafonds était définitive. 12. Dans une note du 16 janvier 2012, la SUVA a relevé que le souhait de l'assuré était de se réintégrer chez son employeur, qui s'était engagé à lui garantir une place et à lui permettre une reprise du travail dans les meilleures conditions, d'autant plus que l'assuré était un bon employé. Le temps de présence primait sur le rendement et un essai de reprise du travail à titre thérapeutique serait mis en place dès la première semaine de mai 2012. Des indemnités journalières complètes continueraient d'être versées. 13. L'assuré a bénéficié d'un stage d'orientation professionnelle au sein des établissements publics pour l'intégration (EPI), octroyé par l'office

d'assurance-invalidité (OAI). [endif]>[if> Dans leur rapport du 9 mars 2012, les EPI ont estimé que l'assuré n'était pas réadaptable : son atteinte physique avait un fort impact sur ses aptitudes fonctionnelles et la plupart des activités manuelles et industrielles, incluant le polissage, n'étaient pas adaptées. Ses lacunes scolaires et linguistiques ne permettaient pas d'envisager une formation dans le domaine tertiaire. 14. Le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré en date du 2 avril 2012 et a constaté une atteinte du nerf médian complète, y compris du nerf interosseux antérieur. À une année du déficit, on aurait attendu une certaine récupération, au moins pour les muscles de l'avant-bras, ce qui n'était pas le cas cliniquement, avec une plégie complète. [endif]>[if> 15. Le docteur I\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service de psychiatrie des HUG, a attesté le 13 avril 2012 que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique. Les séquelles de l'accident étaient présentes essentiellement sous forme d'un stress important, en lien avec son ancienne activité et tout ce qui pouvait le rapprocher de l'entreprise où il avait travaillé. Au plan psychique, l'assuré était totalement incapable de travailler et de reprendre une activité proche de son ancien poste. Il était contre-indiqué de l'obliger à y retourner.[endif]>[if> 16. À la même date, le Dr I\_\_\_\_\_ a adressé un rapport au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la SUVA, dans lequel il a retracé l'anamnèse de l'assuré et a mentionné le développement d'un épisode dépressif sévère, avec idées suicidaires et perte de poids importante en septembre 2011. [endif]>[if> L'assuré souffrait énormément du bras et une amyotrophie était apparue. Son irritabilité, son isolement et son incapacité à réaliser des tâches en raison de ses douleurs avaient entraîné une sévère crise de couple et son épouse avait quitté le domicile. L'épisode dépressif sévère s'améliorait lentement, mais l'assuré restait très passif et on notait un ralentissement psychomoteur. L'état de stress post-traumatique était chronique et les reviviscences encore actives, sous forme de cauchemars ou de ruminations anxieuses continues. Une réaction d'évitement existait vis-à-vis du travail. Les moments d'angoisse avaient parfois conduit l'assuré à ne pas se rendre à ses rendez-vous médicaux. Le cours de français octroyé par l'assurance-invalidité lui avait cependant permis de faire des projets, ce qui avait encore été impossible deux mois auparavant. La réexposition au milieu du travail habituel était génératrice d'angoisses massives, de troubles du sommeil, de cauchemars et de reviviscences traumatiques et risquait d'aggraver l'état de l'assuré. 17. Selon une note d'entretien téléphonique du 25 avril 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr J\_\_\_\_\_ que l'assuré vivait l'ensemble des procédures mises en œuvre sur un mode très persécutoire. La symptomatologie dépressive, à la limite de la psychose, était nettement plus importante que l'état de stress post-traumatique. Il convenait, selon le psychiatre traitant, de stabiliser l'assuré au plan psychique.[endif]>[if> 18. Dans un rapport du 3 mai 2012, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a qualifié l'évolution de plutôt favorable. L'état de santé de l'assuré ne lui paraissait cependant pas compatible avec une reprise d'activité professionnelle de type manutention. Un reclassement était opportun.[endif]>[if> 19. Lors d'un entretien du 18 juin 2012 avec la SUVA, l'assuré a déclaré que son seul but était, pour l'heure, de se soigner. Il ne se sentait pas encore prêt à venir dans l'enceinte de l'entreprise, car les souvenirs de l'accident étaient trop présents. Il tenterait de conserver de bonnes relations avec son employeur. [endif]>[if> 20. Le 10 décembre 2012, l'employeur a indiqué à la SUVA qu'il n'existait aucun poste au sein de son entreprise adapté à l'état de santé de l'assuré. [endif]>[if> 21. Le 19 novembre 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen de l'assuré et à une électroneuromyographie (ENMG). Il a constaté l'absence de réponse motrice et sensitive du nerf médian gauche.

L'examen des nerfs cubital et radial était normal. Le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas d'explication à la difficulté à étendre les doigts au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, hormis la douleur. La question d'une neurolyse avec greffe se posait. 22. Le Dr J\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré en date du 23 janvier 2013. Il a noté que l'état de stress post-traumatique se trouvait sur le décours. Le trouble de l'humeur n'était pas complètement résolu et une importante labilité thymique persistait. À l'issue du status, le médecin a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et d'état de stress post-traumatique (F 43.1). L'assuré avait développé un tableau psychique extensif à la suite de l'accident. L'état de stress post-traumatique persistait, avec une symptomatologie toutefois réduite. Il avait également développé un tableau dépressif avec une idéation suicidaire en automne 2011. L'humeur dominante dépressive était désormais moyenne. Un traitement spécialisé était indiqué. Le pronostic était réservé ; des facteurs non médicaux mêlés au handicap somatique auraient un rôle déterminant dans l'évolution. Il était probable que les plaintes psychiques s'enkystent et restent chroniques. L'incapacité de travail pour motifs psychiques persistait pour l'heure. 23. Lors d'un entretien, le 1<sup>er</sup> mai 2012, avec la SUVA, l'assuré a indiqué qu'en cas d'évolution postopératoire favorable, il demanderait à son employeur s'il existait un poste adapté à son état de santé. Il n'avait aucun autre projet particulier. 24. Le 19 mars 2013, l'assuré a été opéré par la docteure L\_\_\_\_\_, de l'Unité de chirurgie de la main des HUG (neurolyse du nerf médian, enfouissement musculaire du nerf cutané médial de l'avant-bras, reprise cutanée de l'aîne gauche et pontage de l'artère brachiale). 25. Le 26 mars 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F 43.1) : les cauchemars persistaient, avec des ruminations au sujet de l'accident et des maux de tête fluctuants selon le degré de stress. La symptomatologie était en voie d'amélioration. Le pronostic était réservé et l'assuré ne pourrait reprendre le travail chez son ancien employeur. Les événements générateurs de stress, comme les rendez-vous médicaux, provoquaient la résurgence des symptômes de stress post-traumatique. Un dommage permanent était à craindre et des mesures de réorientation et de réhabilitation étaient nécessaires. 26. Dans son rapport du 10 juillet 2013, la Dresse L\_\_\_\_\_ a mentionné une progression du signe de Tinel indiquant une repousse nerveuse, sans récupération sensitive à la main pour l'heure, ce qui était logique à trois mois de la neurolyse. Un bilan ergothérapeutique serait réalisé. L'incapacité de travail persisterait jusqu'en décembre 2013 au minimum. L'état de l'assuré n'était pas stabilisé. 27. Le 16 septembre 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assuré. Le status montrait toujours un déficit sensitivo-moteur dans le territoire du nerf médian gauche. Le déficit sensitif était caractérisé par une hypoesthésie, mais aussi par une hyperpathie. Le déficit paraissait dépasser le territoire du nerf médian, puisqu'il y avait aussi une difficulté à l'extension des doigts, alors que les nerfs cubital et radial étaient en ordre. Le syndrome algique intense perturbait probablement toute la motricité. L'ENMG était amélioré par rapport à celui de novembre 2012, puisqu'il montrait une réponse du nerf médian pour les doigts 2 et 3, de même qu'une petite réponse motrice sur l'éminence thénar. On pouvait espérer une certaine récupération. 28. Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé l'état de stress post-traumatique et la persistance de ruminations. L'assuré ne pourrait reprendre le travail auprès de son ancien employeur. 29. Le 7 octobre 2013, la Dresse L\_\_\_\_\_ a signalé une réponse du nerf médian à l'ENMG. Il n'y avait pas ni sensibilité du nerf médian ni force thénarienne. 30. Lors d'un entretien à la SUVA, le 8 novembre 2013, l'assuré s'est estimé incapable de reprendre une

activité professionnelle. Il était en instance de divorce. Il ne cherchait pas de travail et considérait que c'était à l'OAI et à la SUVA de trouver une solution.![endif]>![if> 31. Le 12 décembre 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu à un état de stress post-traumatique et à un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne avec syndrome somatique. L'humeur et l'anxiété fluctuaient depuis 2011. L'assuré souffrait toujours de cauchemars récurrents.![endif]>![if> 32. Le 7 février 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ a encore noté que l'assuré avait développé une intolérance aux bruits de chantier et d'ambulance depuis l'accident. Toute tentative d'exposition générait des flashbacks massifs. Dans ce contexte, il ne pouvait faire de projets et avait le sentiment que son avenir était bouché. Le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu à un état de stress post-traumatique et à un épisode dépressif sévère. Les symptômes dépressifs s'étaient partiellement améliorés. Les réminiscences traumatiques étaient toujours présentes. Elles généraient une fatigue importante, des maux de tête et des douleurs au niveau du bras lésé. Le pronostic était réservé. Des mesures de réinsertion étaient indispensables pour évaluer la capacité de travail définitive. Au plan psychique, on pouvait estimer que celle-ci n'excéderait pas 50 %, avec un rendement de 50 % au maximum.![endif]>![if> 33. Le 6 mars 2014, après examen, le Dr H\_\_\_\_\_ a constaté que l'ENMG était amélioré par rapport à celui de septembre 2013. Le déficit restait toutefois marqué dans le territoire du nerf médian. C'était avant tout un syndrome algique plus diffus qui entraînait un handicap fonctionnel important, avec des douleurs prédominant au coude dans la région du traumatisme qui s'expliquaient probablement par la lésion nerveuse. L'assuré restait très gêné par ses douleurs. Le neurologue n'avait pas de proposition et pensait qu'une récupération très notable ne pouvait être espérée.![endif]>![if> 34. Dans un rapport du 21 mars 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a résumé le dossier de l'assuré. Ce dernier se plaignait encore de douleurs dans le bras et son extension du coude gauche était modérée. Il était droitier. Il avait des difficultés à porter des objets et à se saisir de couverts. Il ressentait une hypersensibilité dans la partie interne du coude. À l'examen, la fonction du membre supérieur gauche restait très limitée, avec l'utilisation uniquement du 5<sup>ème</sup> doigt sur le plan moteur et des troubles sensitifs importants sur le territoire du nerf médian. La sensibilité du nerf cubital et du nerf radial semblait conservée. Objectivement, la symptomatologie et les aspects étaient cohérents avec les lésions décrites. La reprise de l'activité antérieure était définitivement impossible. Les seules activités envisageables étaient des activités monomanuelles droites.![endif]>![if> 35. Le 6 mars 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a qualifié auprès de l'OAI l'état de l'assuré de stationnaire. Il persistait un handicap important en rapport avec le syndrome algique séquellaire à l'atteinte nerveuse périphérique. L'incapacité de travail était complète.![endif]>![if> 36. Dans un rapport du 4 avril 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne avec syndrome somatique. Il n'y avait pas d'évolution au plan psychologique. Le pronostic dépendrait des mesures de réinsertion : l'assuré ne pouvant travailler, il était anxieux et déprimé. Le médecin préconisait une hospitalisation de l'assuré à la clinique genevoise de Montana.![endif]>![if> 37. Le 3 juin 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a complété son appréciation, en soulignant qu'il n'y avait pas de traitement neurologique préconisé. L'état de l'assuré devait être considéré comme définitif, l'atteinte à l'atteinte à l'intégrité à 45 % (selon figure 45 de la table n° 3 de la SUVA).![endif]>![if> 38. Le 25 juin 2014, le Dr J\_\_\_\_\_, rappelant le contexte existentiel compliqué, a considéré que le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état de stress post-traumatique était pour le moins probable. Il ne voyait cependant pas d'indication à une hospitalisation. En effet, la symptomatologie ne s'étant guère modifiée, un suivi

ambulatoire devait suffire. Selon le médecin, il s'agissait d'une situation à fort potentiel d'invalidation, avec une composante significative de bénéfices secondaires. [endif]>[if> 39. Par courrier du 9 juillet 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à sa prise en charge des soins médicaux, hormis deux ou trois consultations par année auprès du médecin spécialiste, deux séries de neuf séances de physiothérapie et les éventuels médicaments antalgiques. Les troubles psychiques n'étaient plus considérés comme suites de l'accident. La SUVA verserait des indemnités journalières complètes jusqu'au 31 août 2014. L'assuré avait également droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 56'700.-. [endif]>[if> 40. L'assuré, par courrier du 15 juillet 2014, a indiqué à la SUVA qu'il lui paraissait prématuré de terminer le traitement psychiatrique. [endif]>[if> 41. Par certificat du 12 novembre 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail sur l'ancien lieu de travail de l'assuré. Après évaluation psychiatrique prolongée et mise à l'épreuve en réadaptation par l'assurance-invalidité, l'examen psychiatrique mettait en évidence une incapacité de travail complète dans toute activité, sans amélioration escomptée. [endif]>[if> 42. Le 13 novembre 2014, le docteur M\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a attesté d'une totale incapacité de travail du 5 novembre 2014 au 13 janvier 2015. [endif]>[if> 43. Le même jour, l'OAI a constaté l'échec des mesures de réinsertion. Son médecin-conseil avait retenu que la capacité de travail était nulle dans toute activité pour raisons psychiatriques et, selon le bilan des EPI, l'assuré ne pouvait tenir plus d'1h30 en atelier ni rester centré sur sa tâche plus de 20 minutes au maximum. [endif]>[if> 44. Le 18 novembre 2014, l'assuré en a informé à la SUVA. [endif]>[if> 45. Le 25 novembre 2014, la SUVA a calculé le degré d'invalidité. [endif]>[if> S'agissant du revenu d'invalidité, elle s'est référée au salaire ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014, catégorie 4, pour 41.7 h./sem.), sur lequel elle a opéré une déduction de 25 %, ce qui amenait un salaire exigible de CHF 47'519.85 qui, comparé au revenu de CHF 62'400.- réalisable avant l'accident, conduisait à une perte économique de 23.84 % ouvrant droit à une rente de 24 %. 46. Par décision du 26 novembre 2014, la SUVA, retenant une perte de gain de 24 %, a reconnu à l'assuré, vu son gain annuel assuré de CHF 60'197.-, le droit à une rente d'invalidité de 963.15 CHF/mois. Selon la SUVA, les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et ne donnaient pas droit à des prestations. Au surplus, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 45 %. [endif]>[if> 47. Le 5 janvier 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision. [endif]>[if> Il a contesté le revenu sans invalidité, au motif que les salaires statistiques dans le domaine de la construction (tableau TA1 2012, ligne 43) oscillaient entre CHF 5'430.- et CHF 5'671.- par mois en fonction du niveau de qualification. Il a reproché à la SUVA de ne fournir aucune indication sur les bases du calcul du revenu d'invalidité et de ne pas indiquer quelle activité concrète n'impliquant qu'un seul membre supérieur serait envisageable. Quant aux troubles psychiques, ils devaient selon lui être considérés comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident, vu sa gravité et ses conséquences physiques. Quant à l'IPAI, l'assuré a revendiqué un taux de 50 %, selon la table n°1 d'indemnisation de la SUVA (perte fonctionnelle totale d'un bras). Ce taux devait être majoré pour tenir compte de l'atteinte psychique. L'assuré sollicitait la copie du rapport de stage des EPI, l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %, à laquelle il fallait ajouter l'atteinte psychique, et l'octroi de l'assistance juridique. 48. Par courrier du 13 janvier 2015, la SUVA a expliqué s'être fondée sur les chiffres de l'ESS 2010 pour fixer le revenu d'invalidité. [endif]>[if> Elle constatait que si l'on se référait à l'ESS 2012, la

rémunération moyenne pour les hommes avec un niveau de qualification 1 était de CHF 65'177.10 pour un horaire de 41.7 h./sem. L'assuré réalisait au moment de l'accident un revenu de CHF 61'100.-, qui aurait augmenté à CHF 62'400.- en 2014, selon les renseignements de l'employeur. Aucun élément ne permettait d'admettre qu'il aurait changé d'employeur sans l'accident. La comparaison des gains laissait apparaître une perte de 20.48 %. La SUVA accordait à l'assuré un délai au 30 janvier 2015 pour se déterminer sur le maintien de son opposition, étant précisé qu'elle procéderait à une réformation de la décision à son détriment s'il ne la retirait pas. S'agissant des troubles psychiques, compte tenu des faits révélés par le dossier, l'examen des critères jurisprudentiels ne permettait pas d'admettre un lien de causalité adéquate. 49. En date du 23 janvier 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2012. Selon l'OAI, il n'existait aucun potentiel de réadaptation et l'employabilité de l'assuré était nulle. 50. Le 28 janvier 2015, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il ne contestait pas le salaire sans invalidité, mais le salaire d'invalidité, puisque les EPI avaient conclu qu'il n'était pas réadaptable. Il maintenait également son opposition s'agissant de l'IPAI et de la prise en compte de ses atteintes psychiques. 51. Par décision du 4 février 2015, la SUVA a modifié sa décision en ce sens qu'elle a ramené l'incapacité de gain à 20 %. Elle a écarté l'opposition pour le surplus. Après avoir rappelé la jurisprudence en matière de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques, la SUVA a considéré que l'évènement devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Or, dans un tel cas de figure, trois des sept critères dégagés par la jurisprudence devaient être remplis alors qu'en l'espèce, seuls deux critères l'étaient (la gravité des lésions physiques et les douleurs persistantes). En particulier, le critère lié à l'incapacité de travail n'était pas réalisé puisque les troubles psychiques s'étaient manifestés assez tôt. S'agissant du revenu d'invalidité, la SUVA a rappelé que le Tribunal fédéral avait retenu qu'un assuré qui avait quasiment perdu l'usage de la main gauche, non dominante, pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée. La comparaison du revenu sans invalidité (CHF 62'400.-) au revenu avec invalidité (CHF 49'618.- après un abattement de 25 %) aboutissait à une perte de gain de 20.48 %, ouvrant droit à une rente d'invalidité de 20 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014. Quant au taux de l'IPAI, la SUVA a estimé qu'aucun élément au dossier ne permettait de douter de l'estimation du Dr G \_\_\_\_\_. La demande d'assistance juridique ferait l'objet d'une décision séparée, une fois les renseignements nécessaires à son établissement recueillis. 52. L'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 5 mars 2015, en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente de 55 % et à ce que l'IPAI soit réévaluée. Le recourant soutient que les conditions permettant d'admettre l'existence d'une causalité adéquate entre l'accident et ses troubles psychiques sont remplies : la gravité des lésions physiques était d'une intensité particulière, les circonstances de l'accident étaient impressionnantes et dramatiques, l'accident - et surtout ses conséquences - n'étaient pas de ceux avec lesquels il fallait compter un jour ou l'autre, le recourant avait légitimement pu craindre pour sa vie, vu l'impressionnante hémorragie. Ainsi, trois critères seraient remplis. Le recourant ajoute que sa vie a été bouleversée par l'accident. Sur le plan somatique, son rendement serait diminué s'il parvenait à retrouver une activité adaptée. Le rapport de réadaptation de l'OAI retenait qu'il ne pouvait rester plus d'1h30 à l'atelier et que sa capacité de concentration sur une tâche ne dépassait pas 20 minutes. L'utilisation d'une seule main augmenterait également sa fatigabilité. Son incapacité de travail globale devait ainsi être estimée à 50 % au moins.

S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas procédé à une enquête sur les postes de travail adaptés à une activité mono-manuelle. Selon lui, le revenu hypothétique d'invalidé retenu est excessivement élevé et irréaliste, compte tenu de la perte d'un bras. On pourrait tout au plus admettre comme base de calcul le salaire ressortant des lignes 77-82 du tableau 1 de l'ESS 2012, soit une activité administrative simple et répétitive. Dans une telle activité, le revenu annuel pour un homme serait de CHF 55'632.- par an, dont il faudrait déduire 50 % correspondant à l'incapacité de travail globale, ce qui amènerait à un revenu d'invalidé de CHF 27'816.- qui, comparé avec le revenu avant l'accident, conduirait à un degré d'invalidité de 55 %. Subsidiairement, si un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques devait être nié, le recourant demande que comparaison soit faite entre un revenu d'invalidé de CHF 55'632.- avant abattement de 25 % et un revenu sans invalidité de CHF 62'400.-, ce qui conduirait à un degré d'invalidité de 37 %. Quant à l'IPAI, il demande qu'elle soit réévaluée en tenant compte de ses troubles psychiques. 53. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 9 avril 2015, a conclu au rejet du recours. Elle relève que l'assurance-maladie du recourant a retiré son opposition à sa décision. Elle souligne que l'évènement a consisté en la chute d'une plaque en métal et considère l'avoir à bon droit considéré comme un accident de gravité moyenne. Selon l'intimée, seuls deux critères jurisprudentiels pour reconnaître le lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques sont remplis : la gravité des lésions et la persistance des douleurs. L'accident n'avait pas de caractère particulièrement impressionnant. Il n'y a pas eu d'erreur médicale ou de complication. L'accident ne peut ainsi être reconnu comme la cause adéquate des troubles psychiques du recourant. Elle ajoute que l'assuré ne peut se prévaloir du degré d'invalidité de 100 % reconnu par l'OAI, dès lors que ce dernier a tenu compte des troubles psychiques. Quant au degré d'invalidité, il a été calculé conformément aux dispositions légales : l'exigibilité médicale a été soigneusement examinée ; le fait que le recourant ne puisse solliciter sa main gauche ne signifie pas qu'il est dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et il n'incombe pas à l'assurance-accidents de trouver concrètement un emploi à ses assurés. Enfin, concernant l'atteinte à l'intégrité, l'intimée considère que le recourant n'amène aucun élément médical concret permettant de s'écarter de l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_. 54. Dans sa réplique du 7 mai 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il répète que le caractère impressionnant ou dramatique de l'accident doit être reconnu du point de vue objectif. Or, le sang a giclé si fort que le sol et les murs en ont été éclaboussés, ce dont l'intimée n'a pas tenu compte. Le critère relatif à l'importance de l'incapacité de travail est également réalisé. La précocité de ses symptômes psychiques s'explique par l'importante invalidité qui l'a frappé. Les symptômes physiques n'ont cependant pas pour autant été relégués à l'arrière-plan. Ses blessures ont également eu des incidences au plan psychique. Ainsi, quatre des sept critères jurisprudentiels permettant de retenir un lien de causalité adéquat entre accident et troubles psychiques sont remplis. Pour le reste, le recourant soutient que le salaire d'invalidé est manifestement trop élevé, puisqu'il dépasse le salaire sans invalidité. Le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas expliqué en quoi pourrait consister une activité adaptée. Selon lui, considérer qu'un ouvrier sans formation ne pouvant plus utiliser un bras peut se recycler dans un travail de bureau et obtenir un salaire plus important qu'avant la survenance de l'invalidité procède d'une démarche irréaliste, d'autant que ses limitations fonctionnelles sont amplifiées par le syndrome algique séquellaire dont il souffre. Le recourant dit ne pouvoir imaginer quelle activité pourrait exercer en dehors de celles relevant d'un atelier

protégé. Il ajoute que la comparaison à laquelle a procédé l'intimée est également erronée en tant qu'elle ne tient pas compte du fait que l'activité valide était exercée à raison de 40 h./sem. Seul le salaire après invalidité a été indexé, alors que les deux revenus devaient l'être. L'abattement de 25 % devait être appliqué au salaire d'invalidité de CHF 55'632.-. Enfin, le recourant dit ne pas contester le taux de l'IPAI s'agissant des troubles physiques, mais considérait qu'il y a lieu de tenir compte des atteintes psychiques. 55. Dans sa duplique du 29 juillet 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions. 56. Elle répète qu'en l'occurrence, on ne saurait admettre l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques : la plaie du recourant est un élément insuffisant pour admettre la réalisation de ce critère. Quant à la capacité de gain, il faut tenir compte du fait que le recourant peut exercer des tâches simples de surveillance, de vérification et de contrôle, ou superviser des machines semi-automatiques ou des unités de production. Les données dont l'intimée a tenu compte pour le calcul de la rente d'invalidité sont donc parfaitement conformes au droit. 56. Par courrier du 21 décembre 2015, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle envisageait d'octroyer une rente entière d'invalidité au recourant, statuant ainsi au-delà de ses conclusions. Elle leur a imparti un délai pour se déterminer sur ce point. 57. Par écriture du 26 janvier 2016, l'intimée a allégué qu'au vu du dossier, on ne percevait pas pour quelle raison un degré d'invalidité entier – supérieur à celui retenu par le recourant – devrait être reconnu. Il ressortait en effet des appréciations du Dr G\_\_\_\_\_ que le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité mono-manuelle droite. L'intimée contestait ainsi vigoureusement le projet de la chambre de céans et persistait dans ses conclusions. 58. Par courrier du 26 janvier 2016, le recourant a déclaré s'en rapporter à justice. 59. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée en date du 28 janvier 2016. 60. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, plus particulièrement sur le point de savoir si ladite indemnité doit tenir compte de ses troubles psychiques. On précisera encore que la chambre de céans n'est pas liée par les conclusions des parties (cf. art. 61 let. d LPGA). 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA,

l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 LPGGA). À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). 6. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1). On rappellera en outre qu'à l'inverse de l'assurance-invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré, ce qui explique que les degrés d'invalidité auxquels aboutissent ces deux assureurs sociaux divergent parfois, s'agissant d'un même assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 25 octobre 2002 consid. 2). 7. a. À teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré

qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd. 2007, n. 235; arrêt du Tribunal fédéral

8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27). 8. a. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident ( statu quo ante ) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident ( statu quo sine ) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1). 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1). c. En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas 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. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement 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 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 minime, 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, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison; - le degré et la durée de l'incapacité de travail. Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 consid. 4.5; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 et 8C\_46/2011 du 18 avril 2011 consid. 5.1). 9. La manière dont les experts qualifient la gravité de l'accident n'a guère d'importance pour les constatations médicales. Il s'agit là d'une question de droit qu'il incombe à l'administration ou au juge de trancher, en particulier, à l'occasion de l'examen du lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 205/98 du 2 février 2000 consid. 1b) Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par

l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références). 10. Ont été qualifiés d'accidents de gravité moyenne les événements suivants : chute d'un échafaudage de deux mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 97/04 du 30 décembre 2004) ; chute d'une lourde chaîne métallique sur la région cervico-thoracique d'un assuré travaillant dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/06 du 7 mars 2007) ; l'accident subi par un scieur dont la main gauche a été prise dans la chaîne de la machine, avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts ; de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie, entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche ; ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.3 et les références). Les accidents suivants ont été classés à la limite des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure : amputation des doigts II-IV à la hauteur de l'articulation du milieu et du doigt V à la hauteur de la phalange distale par un filin lors de travaux sur bois ; section du tendon du pouce gauche et des nerfs par un tesson de bouteille ; blessures aux nerfs et aux tendons de la main gauche par une fraiseuse ; cas d'un assuré dont la main s'est coincée dans un cylindre, ce qui a conduit à un traumatisme par écrasement massif avec rupture des tendons de trois doigts et fracture du cinquième doigt (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2 et les références).!

11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).!

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. À cet égard, il convient 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 125

V 351 consid. 3; 122 V 157 consid. 1c). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 12. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner si les troubles psychiques du recourant – et l'éventuelle incapacité de travail et de gain qu'ils génèrent – sont en lien de causalité avec l'accident. Eu égard à la casuistique développée ci-dessus, l'accident doit être considéré comme de gravité moyenne. La chute d'un élément d'un faux-plafonds n'est en effet pas en soi d'une gravité particulière. La sévérité des lésions qu'elle a entraînées ne justifie pas non plus que l'événement soit classé parmi les accidents graves, comme cela ressort de la jurisprudence citée. C'est ainsi à l'aune des critères dégagés par le Tribunal fédéral qu'il convient de déterminer le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. À l'instar de l'intimée, il n'y a pas lieu de retenir que l'événement a été particulièrement impressionnant ou s'est déroulé dans des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. Le fait que le recourant ait été effrayé par l'hémorragie n'y suffit en particulier pas. Le critère ayant trait à la gravité des lésions doit quant à lui être retenu, ce que ne conteste au demeurant pas l'intimée. Tel n'est en revanche pas le cas de la durée anormalement longue du traitement. Le recourant a en effet subi une intervention immédiatement après l'accident, mais il a été hospitalisé moins de deux semaines. Hormis la nouvelle opération pratiquée en mars 2013, il n'a pas subi de traitement médical particulièrement lourd. La persistance des douleurs doit être admise. On ne doit cependant pas déplorer d'erreur médicale, ni de difficulté ou de complication importante durant la guérison. L'apparition d'un hématome post-chirurgical, qui a conduit à une nouvelle brève hospitalisation du recourant en mai 2011, ne relève en particulier pas d'une erreur et n'a d'ailleurs pas eu de répercussion durable sur son état de santé. Quant à l'algodystrophie révélée au cours du séjour à la CRR, elle est mentionnée pour la dernière fois moins d'un mois plus tard par le Dr G\_\_\_\_\_. Ainsi, ces atteintes ne permettent pas non plus de retenir que les critères liés aux complications et aux erreurs de traitement sont réalisés. Enfin, en ce qui concerne l'incapacité de travail imputable aux atteintes physiques, force est de constater que le recourant n'a jamais été en mesure de reprendre son ancienne activité. Les médecins de la CRR et le Dr G\_\_\_\_\_ s'accordent à reconnaître que l'incapacité de travail en tant que

monteur de faux-plafonds est définitive et il n'existe aucun élément permettant de s'écarter de cette conclusion. Ce critère doit ainsi également être considéré comme rempli, et la jurisprudence à laquelle se réfère l'intimée pour l'écarter ne lui est d'aucun secours. En effet, les arrêts qu'elle invoque concernent respectivement un assuré ayant recouvré une capacité de travail du point de vue physique moins d'une année et demi après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_647/2013 du 4 juin 2014) et un assuré dont l'incapacité de travail n'était pas imputable aux séquelles physiques de l'accident mais à une composante psychique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2007 du 5 juin 2008). Or, en l'espèce, les séquelles physiques entraînent une incapacité de travail totale. Le seul fait que les troubles psychiques soient également susceptibles d'avoir des répercussions sur la capacité de travail et de gain du recourant ne permet pas de faire abstraction de l'incidence des atteintes somatiques. Ainsi, trois des critères dégagés par la jurisprudence sont réalisés, si bien qu'on doit considérer que les atteintes psychiques du recourant sont en lien de causalité adéquate avec l'accident qu'il a subi. 13. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.!

[endif]>!

[if> Au plan physique, comme on l'a vu, il n'est pas contesté que la capacité à exercer l'activité habituelle est définitivement nulle. L'intimée a tenu compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée en ne considérant que les seules atteintes physiques. Le Dr G\_\_\_\_\_ a certes indiqué que les seules activités envisageables étaient monomanuelles dans son rapport du 21 mars 2014. Il ne s'est toutefois pas prononcé expressément sur la capacité de travail et le rendement du recourant dans une telle activité, notamment eu égard aux douleurs persistantes. Il apparaît ainsi que le calcul d'invalidité auquel a procédé l'intimée repose sur une instruction médicale lacunaire. Cette question peut toutefois rester ouverte, au vu de ce qui suit. Au plan psychique, le Dr J\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen du recourant en janvier 2013. Son rapport se fonde sur la prise de connaissance du dossier médical, qui y est résumé, et contient une anamnèse. Le psychiatre a également relaté les plaintes du recourant. Ses diagnostics et ses conclusions ont été émis à l'issue d'un examen clinique et ils sont clairs et convaincants. Ce document est ainsi en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels en matière de rapports médicaux et il doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il n'existe d'ailleurs aucun autre avis médical qui justifierait que l'on s'écarte des conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, aux termes desquelles l'incapacité de travail de l'assuré est totale pour motifs psychiques. La chronicisation des troubles pronostiquée par le médecin d'arrondissement de l'intimée se confirme en effet à la lecture des rapports ultérieurs du Dr I\_\_\_\_\_. Si le psychiatre traitant du recourant ne semblait pas exclure une reprise à tout le moins partielle d'une activité professionnelle dans ses rapports de mars 2013, de février et d'avril 2014, il a conclu en novembre 2014 que l'incapacité de travail était en définitive complète dans toute activité en ajoutant qu'on ne pouvait espérer d'amélioration. Selon le rapport de l'OAI du 13 novembre 2014, son psychiatre-conseil est parvenu aux mêmes conclusions. Ainsi, au vu de son incapacité totale dans toute activité, le recourant présente une invalidité totale, ouvrant droit à une rente entière de l'intimée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, date depuis laquelle il ne perçoit plus d'indemnités journalières. 14. Le recourant conteste encore le taux de l'IPAI.!

[endif]>!

[if> Le recourant a précisé dans son écriture du 7 mai 2015 ne pas remettre en question le pourcentage retenu par le Dr G\_\_\_\_\_ pour les lésions physiques, mais demander qu'il soit majoré pour tenir compte de ses atteintes psychiques. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'IPAI est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux

d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA). En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de compenser par le versement d'un montant en espèces les souffrances physiques, ainsi que psychiques ressenties par l'assuré suite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque, comme en l'occurrence, les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4). Les troubles psychiques du recourant, dès lors qu'ils sont en lien de causalité avec son accident, sont ainsi susceptibles de donner droit à une indemnisation en sus de celle qui compense l'atteinte physique subie si les conditions légales sont réalisées. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle instruisse cette question au plan médical, et rende ensuite une nouvelle décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui tiendra compte tant des atteintes physiques que psychiques. 15. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis.!

Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. L'admet au sens des considérants. !

3. Annule la décision de l'intimée du 4 février 2015.!

4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1 er septembre 2014.!

5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.!

6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-.!

7. Dit que la procédure est gratuite.!

8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le