

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1781/2007

ATAS/21172008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 26 février 2008**

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître FAVRE Marc-  
Etienne

intimée

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI et Bertrand  
REICH, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur C\_\_\_\_\_ (ci-après: le recourant), a travaillé dans la restauration jusqu'en 2000, puis a été au bénéfice d'indemnités de l'assurance-chômage. De ce fait, il était assuré obligatoirement selon la LAA auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT (ci-après: SUVA).
2. En date du 20 janvier 2004, il a été victime d'un accident: lors d'une rixe dans un établissement public, il a été blessé à l'arme blanche au biceps du bras droit. Il a été hospitalisé durant une journée à la division des urgences médico-chirurgicales des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après: HUG).
3. Par décision du 14 avril 2004, entrée en force, la SUVA a pris en charge les suites de l'accident, mais a réduit de 50% le droit aux indemnités journalières, au motif que le recourant avait participé à une rixe.
4. Un constat médical du 13 avril 2004 du Département de polichirurgie des HUG faisait état d'une "cicatrice de plaie par arme blanche avec rétraction et adhérence cutané-musculaire", ainsi que de "douleurs résiduelles possiblement en rapport avec la rétraction cicatricielle et atteinte des nerfs sensitifs périphériques".
5. Dans un rapport médical du 27 avril 2004, le Dr L\_\_\_\_\_, du Centre médico-chirurgical des Eaux-Vives, a indiqué que le traitement était terminé, dans la mesure où le recourant ne suivait pas les séances de physiothérapie, et attesté d'une reprise du travail à 100% depuis le 31 mars 2004.
6. Un examen IRM du 22 juillet 2004, effectué aux HUG, a mis en évidence une «cicatrice avec perte de substance dans la portion externe du muscle biceps droit. Pas de collection intracicatricielle. Le tissu cicatriciel, en hyposignal sur toutes les séquences, vient au contact de la veine céphalique et de la branche superficielle du nerf musculo-cutané. Des adhérences à ce niveau ne sont pas exclues et pourraient expliquer la symptomatologie que présente ce patient».
7. Le 29 octobre 2004, le Dr M\_\_\_\_\_, du service de chirurgie de la main des HUG, après avoir posé le diagnostic de plaie au biceps droit avec lésion partielle du nerf musculo-cutané, a indiqué à la SUVA que l'évolution de l'état de santé du recourant était "bonne sur le plan ENMG" et "mauvaise sur plan psychologique". Il y avait eu une incapacité de travail du 3 août au 26 septembre 2004 inclus, en raison d'une "névralgie sur repousse musculo-cutanée".
8. D'après le médecin traitant, le Dr N\_\_\_\_\_, la situation était apparemment stable sur le plan somatique le 6 décembre 2004.

9. Dans un rapport du 8 décembre 2004, la Dresse O\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP, décrivait les symptômes psychiques que présentait le recourant (graves troubles du sommeil, réactions de sursaut et hypervigilance, intrusions, tendance à l'isolement social et à l'évitement, peur, angoisse, colère et rage) et posait le diagnostic de grave état de stress post-traumatique, trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'agoraphobie.
10. D'après un certificat du 13 avril 2005 du Dr P\_\_\_\_\_, du Service de rééducation du Département des neurosciences des HUG, le recourant suivait un traitement pour douleurs, suite à l'accident, et son état nécessitait "la poursuite d'une ergothérapie de re-sensibilisation associée à un traitement antalgique".
11. Dans un examen médical du 15 décembre 2004, le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté que les activités difficiles ou impossibles à effectuer pour le recourant, compte tenu des troubles somatiques, étaient les suivantes: mouvement de force en flexion du coude droit, port de charge importante avec le coude droit en flexion, mouvement répétitif en force de pro-/supination ou de sélection du coude droit. Dans un travail adapté, tenant compte de ces limitations, le recourant pouvait travailler avec un horaire complet. Il existait un dommage permanent discret, n'atteignant toutefois pas la valeur de 5 %. Aucune appréciation n'était faite concernant la composante psychique des troubles de la santé.
12. Dans un rapport du 26 janvier 2005 destiné au médecin traitant, le Dr M\_\_\_\_\_ déconseillait une neurolyse du nerf musculo-cutané et rappelait que le recourant avait bénéficié d'un suivi psychologique, qui avait eu des effets positifs, et que des séances de physiothérapie lui avaient été prescrites par le Dr P\_\_\_\_\_.
13. Par décision du 27 octobre 2005, la SUVA a mis fin à ses prestations avec effet au 26 septembre 2004, en estimant que dès le 27 septembre 2004 il n'existait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement. Par ailleurs, du point de vue médical, l'accident du 20 janvier 2004 ne laissait pas de séquelles susceptibles de réduire la capacité de gain de façon appréciable et il ne subsistait pas non plus d'atteinte durable à l'intégrité physique ou mentale. Le recourant a formé opposition contre cette décision.
14. Par décision du 2 mars 2006, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI) a rejeté la demande de mesures professionnelles du recourant, qui a formé opposition.
15. Dans un rapport médical du 7 juin 2006 pour l'OCAI, le Dr P\_\_\_\_\_ relevait que le pronostic semblait être péjoré par une dépression secondaire à l'accident, ainsi que par "la présence de douleurs électriques par atteinte du nerf radial gauche". Il ajoutait: "La thérapeutique semble encore longue, à la fois pour la prise

en charge psychiatrique et la récupération ad integrum de l'atteinte partielle du nerf radial gauche".

16. Le Dr. R\_\_\_\_\_, psychiatre qui suivait le recourant depuis le 13 avril 2005, a établi le 14 juillet 2006 un rapport pour l'OCAI. Il y diagnostiquait un trouble déficitaire de l'attention sévère avec hyperactivité, existant depuis l'enfance, ainsi qu'un trouble anxieux et dépressif, existant depuis l'adolescence.
17. Dans le cadre de l'instruction du dossier par l'OCAI, le recourant a été soumis à un examen psychiatrique effectué le 9 novembre 2006 par le Dr S\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Ce médecin, a retenu les diagnostics de "trouble mental organique ou symptomatique sans précision", avec une répercussion sur la capacité de travail, et de "dépendance à l'alcool, partiellement abstinent depuis deux ans, secondaire", sans répercussion sur la capacité de travail. "Malgré une bonne intelligence moyenne ou supérieure, la pensée et le raisonnement confus et imprécis dans toutes les situations de la vie et pendant tout le temps, empêchaient les activités nécessitant une certaine structuration conceptuelle de la pensée". En plus, "tout travail accompagné par une présence ou la vente de boissons alcooliques, était contreindiqué". Dans un travail tenant compte de ces limitations fonctionnelles psychiatriques, la capacité de travail du recourant était entière.
18. Par nouvelle décision du 14 février 2007, la SUVA a annulé sa décision du 27 octobre 2005 et alloué au recourant une rente d'invalidité de 19 % à partir du 1er septembre 2004. Les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Pour le reste, le recourant était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir porter des charges importantes et effectuer des mouvements répétitifs en force avec le coude droit. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettait de réaliser, selon cinq descriptions de postes de travail (inférieures au salaire statistique) un salaire mensuel d'environ 3'950 fr. (47'400 fr. par an), qu'il fallait comparer à un gain de 4'875 fr. (58'500 fr. par an) réalisé dans le métier de serveur sans l'accident. Le recourant a formé opposition contre cette décision.
19. Par décision du 3 avril 2007, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 14 février 2007. En substance, l'intimée n'avait pas à tenir compte, dans l'examen du droit aux prestations litigieuses, des troubles psychiques dont souffrait le recourant, qui n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Il y avait de plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant. Par ailleurs, la comparaison des revenus hypothétiques, avec et sans invalidité, laissait apparaître un préjudice économique de 18,9 %. De plus, il subsistait un dommage durable, mais pas important, de sorte que les conditions d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas remplies. Enfin, l'assistance juridique a été accordée au recourant.

20. Par acte posté le 4 mai 2007, le recourant a formé recours auprès du Tribunal de céans contre la décision sur opposition du 3 avril 2007. Il conclut préalablement à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée. Principalement, il demande au Tribunal de lui octroyer "toutes les prestations découlant de la LAA au-delà de la date du 27 septembre 2004 (y compris celle-ci), en particulier des indemnités journalières correspondant à son incapacité de travail pour la période consécutive à ladite date, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'indemnité physique et psychique"; de lui octroyer "une rente d'invalidité d'une quotité supérieure à celle contenue dans la décision de 14 février 2007, en raison de l'incidence psychiatrique sur la capacité de gain de l'opposant"; enfin, de lui accorder " l'assistance juridique au sens de l'article 27D de la loi cantonale genevoise modifiant la loi relative à l'Office cantonal des assurances sociales, à compter du 5 avril 2007 jusqu'à réception d'un jugement dans le cadre des présentes".
21. Dans sa réponse du 4 juillet 2007, la SUVA conclut au rejet du recours, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique. Elle s'en rapporte à justice quant à la requête d'assistance juridique. L'intimée reprend pour l'essentiel l'argumentation développée dans la décision attaquée.
22. Le Tribunal de céans a ordonné une comparution des mandataires, lors de laquelle les parties ont procédé à un échange de vues. La comparution personnelle des parties a été ordonnée.
23. Par décision du 26 septembre 2007, entrée en force, l'OCAI a maintenu sa décision du 2 mars 2006 et refusé des mesures de reclassement, dans la mesure où le degré d'invalidité était de 14%. Le recourant était invité, s'il le souhaitait, à déposer une demande d'aide au placement.
24. Par décision du 1er octobre 2007, le Vice-Président du Tribunal de première instance a mis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique dans le cadre de la présente procédure de recours.
25. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 23 octobre 2007, le recourant a déclaré ce qui suit: "Je souffre de mon bras matin et soir principalement, sous la forme de décharges électriques au bras droit. Plusieurs médecins en attestent, notamment le rapport médical du Dr P\_\_\_\_\_ du 7 juin 2006 et l'avis médical du SMR du 4 septembre 2006. Je vois chaque mois le Dr P\_\_\_\_\_, chirurgien de la main, et mon médecin traitant, le Dr N\_\_\_\_\_ me prescrit de la physiothérapie pour mes douleurs". À l'issue de l'audience, un délai a été fixé à la SUVA pour transmettre au Tribunal l'avis circonstancié du Dr Q\_\_\_\_\_ sur les questions suivantes : « La persistance des douleurs sous la forme des décharges électriques dont attestent les rapports médicaux susmentionnés et dont peut attester par téléphone le médecin traitant modifie-t-elle l'appréciation du Dr Q\_\_\_\_\_ sur l'octroi d'une IPAI? Dans la négative, à quel

pourcentage le Dr Q\_\_\_\_\_ avait-il fixé le dommage permanent au bras droit (l'indication moins de 5 % se révélant insatisfaisante) ? ».

26. Le 8 janvier 2008, la SUVA a fait parvenir au Tribunal une appréciation médicale du 11 décembre 2007 du Dr Q\_\_\_\_\_. Ce médecin était au courant des plaintes douloureuses et des plaintes de décharges électriques exprimées par le recourant. Les plaintes subjectives ne sont en principe pas prises en compte pour définir l'atteinte à l'intégrité. Il n'y avait pas de référence dans l'ordonnance, ni dans les tables SUVA à la perte partielle de la fonction du biceps, de sorte qu'il n'était pas possible de préciser un pourcentage d'atteinte à l'intégrité inférieur à 5 %. Ainsi, l'estimation a été faite par analogie, par exemple avec la perte de la phalange distale du pouce, la perte de deux phalanges d'un doigt, ainsi que la perte d'un gros orteil. La section partielle du muscle biceps étant moins grave, l'atteinte à l'intégrité devait être inférieure à 5 %.
27. Après avoir pris connaissance de la détermination du Dr Q\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2008, le recourant a sollicité l'audition des Drs P\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.
28. Par courriers du 16 janvier 2008, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.
29. En date du 8 février 2008, l'OCAI a communiqué au recourant l'admission de la demande d'aide au placement qu'il avait formée et la prise en charge des frais d'orientation professionnelle auprès des établissements pour l'intégration (EPI).

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. En premier lieu, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut continuer à prétendre à des indemnités journalières, ce qui présuppose que son état de santé n'est pas stabilisé. Ensuite, il convient de déterminer si les troubles psychiques dont souffre le recourant sont en relation de causalité avec l'accident du 20 janvier 2004 et, ainsi, si le taux d'invalidité a été correctement évalué par l'intimée. Enfin, il sied d'examiner si le recourant a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

4. Préalablement, il sied de rappeler que 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 entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF [119 V 470](#) consid. 2b; [116 V 249](#) consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

En ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF [126 V 288](#)), l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé l'office cantonal de l'assurance-invalidité, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine malade qui n'engagent pas la responsabilité de l'assureur-accidents.

5. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF [122 V 158](#) consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 [125 V 351](#) consid. 3a).

---

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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1).

S'agissant enfin 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. En l'espèce, il convient de constater que la situation médicale du recourant est claire, tant sur le plan physique que sur le plan psychique et qu'il n'est ainsi ni nécessaire, ni utile d'ordonner une expertise psychiatrique. Il sera rappelé à cet égard que, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il sied de mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4), ce qui n'est manifestement pas le cas en l'occurrence, d'autant plus que l'expertise psychiatrique effectuée à la demande de l'OCAI figure au dossier. La conclusion préalable du recourant sera ainsi rejetée, tout comme sa demande d'audition des Drs P\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.
7. Selon l'art. 16 al. 2 LAA, le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré recouvre sa pleine capacité de travail, qu'une rente est versée ou que l'assuré décède. Aux termes de l'art. 19 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 santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

---

En l'espèce, le Tribunal constate que c'est à raison que l'intimée a admis une stabilisation de l'état du recourant à partir de septembre 2004. En effet, aucun traitement susceptible d'améliorer sensiblement son état de santé physique n'a été entrepris depuis septembre 2004 (cf. rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2005). L'intimée était donc fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières, ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement au sens de l'article 19 LAA. C'est ainsi à juste titre que le début du droit à la rente a été fixé par l'intimée au 1<sup>er</sup> septembre 2004.

8. Cela étant, l'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). 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; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance

prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement être mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge, non au médecin, d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 112 ss consid. 3a, 123 V 100 ss consid. 3, 122 V 417 ss consid. 2c).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatique ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; 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 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

9. En l'espèce, le recourant souffrait déjà de troubles psychiques avant l'accident, soit dès l'enfance et l'adolescence (cf. rapport du Dr R \_\_\_\_\_ du 13 avril 2005 et expertise du 9 novembre 2006 Dr S \_\_\_\_\_). Dès lors, il apparaît hautement vraisemblable que les troubles psychiques ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. En tout état, la causalité adéquate est exclue. En effet, l'accident doit être qualifié de moyennement grave et, objectivement, il ne saurait être qualifié de particulièrement dramatique, ni particulièrement impressionnant. De plus, les lésions subies ne sont pas propres à entraîner des troubles psychiques. Au

demeurant, seul un traitement complémentaire de physiothérapie a perduré au-delà de l'automne 2004 (cf. rapport du 26 janvier 2005 du Dr M\_\_\_\_\_). Ainsi, la durée du traitement des troubles physiques ne peut pas être qualifiée d'anormalement longue. Enfin, il n'y a eu ni erreur dans le traitement médical, ni difficultés apparues au cours de la guérison, ni complications importantes. En conclusion, les quelques douleurs persistantes dont souffre le recourant ne sont pas à elles seules de nature à fonder un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Dans la mesure où lesdits troubles n'ont pas à être pris en charge par la SUVA, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans l'examen du droit aux prestations litigieuses.

10. Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 LPGA et 18 LAA).

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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

Contrairement à ce qui prévaut en assurance-invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement. L'on prendra en considération un revenu hypothétique, fondé sur une estimation, qui tient compte des aptitudes de l'intéressé et de sa situation personnelle; l'on pourra se fonder sur le salaire réalisé par une personne valide de même âge et de même formation, dans des conditions de lieu analogues; les salaires moyens de la branche peuvent également servir de référence (ATF 119 V 475 consid. 2b).

Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas

---

d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

11. En l'espèce, le taux d'invalidité retenu par l'intimée se fonde sur l'appréciation du 15 décembre 2004 du Dr Q\_\_\_\_\_, qui n'est pas contestée par le recourant. Au plan économique, la SUVA s'est fondée sur un revenu d'invalidé évaluée sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT) figurant au dossier. Le revenu d'invalidé retenu par la SUVA (47'400 fr.) est d'ailleurs inférieur au revenu statistique de référence (57'830 fr. selon ESS 2004, TA1). Quant au revenu sans invalidité (58'500 fr.), il tient compte des renseignements figurant au dossier sur l'activité de serveur exercée par le recourant avant qu'il ne se retrouve au chômage. En conséquence, le taux de 19 % retenu par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique et, d'ailleurs, le recourant ne le conteste pas.
12. Pour ce qui est enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte (art. 25 al. 1 LAA). Elle s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc 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. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

13. En l'occurrence, l'appréciation médicale du 11 décembre 2007 du Dr Q\_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions requises pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. En effet, elle a été établie en pleine connaissance de cause, sur la base de tous les éléments médicaux objectifs. Ses conclusions sur le taux de l'atteinte à l'intégrité, en particulier sur l'application analogique des tables de la SUVA, sont claires et convaincantes et aucun élément du dossier ne permet de les remettre en question. Le Tribunal retiendra ainsi qu'en l'espèce le taux d'atteinte à l'intégrité est inférieur à 5 %, de sorte que le recourant n'a pas droit à une indemnité.
14. Mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).
15. La demande d'assistance juridique, présentée dans l'acte de recours et pour laquelle le Tribunal de céans n'était de toute façon pas compétent (art. 27D al. 3 de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 20 septembre 2002) est devenue sans objet. En effet, le recourant a été admis au bénéfice de l'assistance juridique par décision du Vice-président du Tribunal de première instance du 1<sup>er</sup> octobre 2007.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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); 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

La présidente

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :  
Ivo BUETTI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le