

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2907/2011

ATAS/665/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2012

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à Onex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

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

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, d'origine serbe, au bénéfice d'un livret B-OASA, travaillait pour la société X_____ Sàrl, active dans la démolition. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 30 novembre 2007, en déchargeant une benne dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré a fait une chute qui s'est soldée par une entorse du pouce droit. La SUVA a pris l'incapacité de travail et les frais de traitement en charge.
3. Dans un rapport du 13 février 2008, le Dr L_____, spécialiste en médecine générale, a établi que l'état de santé de son patient ne s'était pas encore stabilisé; celui-ci devait encore acquérir de la mobilité et de la force, de sorte qu'il lui était impossible de reprendre son activité habituelle qui nécessitait notamment l'utilisation d'outils tels qu'un marteau-piqueur, une pelle ou une pioche. L'assuré voulait néanmoins essayer de reprendre son activité à 50% dès le 11 février 2008, en demandant à faire des tâches administratives.
4. Dans un rapport du 7 avril 2008, la Dresse M_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a diagnostiqué une entorse de la métacarpo-phalangienne du pouce droit et suspecté une atteinte modérée du ligament latéral interne. L'assuré lui avait spontanément annoncé qu'il allait beaucoup mieux, qu'au repos il ne ressentait plus de douleurs. Au travail, il n'était pas capable de tenir les outils par manque de force et à cause de la douleur. Il pouvait écrire, bien qu'avec difficulté, alors que lorsqu'il avait repris le travail, il n'arrivait même pas à tenir son stylo. La Dresse M_____ a considéré qu'il fallait attendre de connaître l'évaluation exacte de l'atteinte à son pouce droit, avant de reconnaître une pleine capacité de travail à l'assuré.
5. Le même jour, le Dr N_____, chirurgien orthopédiste spécialisé en chirurgie de la main, a attesté qu'à l'examen clinique, le patient présentait une douleur élective au niveau des sésamoïdes et de la capsule antérieure métacarpo-phalangienne. Il n'y avait pas d'instabilité latérale. La mobilité était de 10-0-70, soit l'équivalent du côté opposé. Le type de lésion que présentait l'assuré était pourvoyeuse d'arthrose et de disparition du cartilage. Il se justifiait donc de le soumettre à une Imagerie par résonance magnétique (IRM), pour vérifier l'état du cartilage et des sésamoïdes. L'assuré ressentait des douleurs chroniques et un manque de force ce qui était très problématique dans l'exercice de son activité habituelle. L'incapacité de travail à 50% était prolongée, dans l'attente de recevoir les résultats des examens complémentaires demandés.

6. L'IRM du pouce, réalisée le 13 avril 2008, a révélé une rupture partielle du système capsulo-ligamentaire métacarpo-phalangien du versant ulnaire associée à une irrégularité osseuse de la base de la première phalange, permettant de suspecter un arrachement osseux à ce niveau, à corrélérer si nécessaire avec des radiographies standards. Il n'y avait pas de lésion sésamoïdienne suspecte, c'est-à-dire ni fracture, ni nécrose.
7. À partir du 14 mai 2008, l'assuré a repris son activité à 80%, puis à 100% dès le 7 juillet 2008. Le Dr N_____ a indiqué qu'il y avait des risques que son patient subisse un dommage permanent de type arthrose.
8. Dans un rapport du 6 août 2008, le Dr N_____ a estimé que l'articulation était parfaitement stable, sans tiroir antéro-postérieur. Les radios objectivaient une séquelle d'arrachement osseux, sans pincement articulaire. Il n'y avait pas beaucoup de solutions thérapeutiques et l'arthrodèse semblait une solution trop agressive, compte tenu du jeune âge de l'assuré. La question d'un reclassement professionnel restait dès lors ouverte.
9. À partir du 25 août 2008, l'assuré s'est à nouveau retrouvé dans l'incapacité totale de reprendre son activité et ceci pour une durée indéterminée.
10. Dans un rapport du 28 août 2008, le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a établi que l'assuré ne ressentait plus de douleurs au repos. Il présentait un manque de force, une tuméfaction métacarpo-phalangienne et ressentait des douleurs à l'effort. Cliniquement, la mobilité de la métacarpo-phalangienne du pouce droit était satisfaisante et l'articulation était stable latéralement, avec une relative raideur si on comparait au côté gauche. La force de la pince pollici-digitale était de 3,5kg à droite pour 9kg à gauche. Les radiographies récentes montraient des séquelles d'un arrachement de la base de P1 à l'insertion du ligament collatéral ulnaire, sans incongruence articulaire. L'IRM du 13 avril 2008 énonçait une chondropathie post-traumatique de l'articulation. Il s'agissait de séquelles essentiellement sur le plan cartilagineux d'une entorse de la métacarpo-phalangienne du pouce droit, empêchant la reprise du travail comme démolisseur. Comme le Dr N_____, l'arthrodèse lui paraissait un peu prématurée, compte tenu de l'âge du patient et des lésions visibles à l'IRM uniquement. Le reclassement professionnel semblait être la solution la plus appropriée, le patient, dont les capacités cognitives étaient loin d'être nulles, se montrant désireux d'être reclassé.
11. Le 9 septembre 2008, l'assuré a formulé une demande de prestations d'invalidité pour adultes. Il a plus particulièrement sollicité une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.
12. Dans un rapport du 5 novembre 2008, le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé qu'il persistait chez l'assuré une fragilité fonctionnelle de la métacarpo-phalangienne du

pouce droit associée à une réduction de la mobilité. La force disponible dans la main droite était également réduite. Au titre des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvait notamment plus effectuer de mouvements de préhension en force de la main droite ou utiliser des outils comme une masse ou un marteau piqueur. Un traitement chirurgical ne semblait pourtant pas être une proposition raisonnable. En revanche, dans une activité adaptée tenant compte des limitations décrites, l'assuré pouvait travailler à 100%. Le Dr P _____ a également fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 5%.

13. Par courrier du 13 novembre 2008, la SUVA a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, de sorte qu'il se justifiait de mettre immédiatement fin au paiement des soins médicaux. Il subsistait au demeurant une capacité de travail résiduelle que l'assuré devait mettre en valeur, en exerçant une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Afin de tenir compte du délai nécessaire pour trouver un poste de travail adapté, l'indemnité journalière était versée jusqu'au 28 février 2009.
14. Dans un projet de décision du 16 février 2009, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a refusé d'octroyer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assuré, au motif que, d'après l'examen du 5 novembre 2008, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
15. Par décision du 8 mai 2009, l'OAI a confirmé sa position, expliquant que tous les médecins avaient établi que l'assuré n'était plus capable de reprendre son activité habituelle mais que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - évitant les mouvements de préhension en force de la main droite et n'impliquant pas l'utilisation des outils comme un marteau-piqueur ou une masse -, il pouvait travailler à 100%. L'activité adaptée était d'ailleurs exigible dès le 5 novembre 2008. Les conditions d'octroi d'une mesure de réadaptation n'étaient pas non plus réunies. En revanche, l'assuré était invité à déposer une demande écrite d'aide au placement, s'il l'estimait nécessaire.
16. Par décision du 16 septembre 2009, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%. Elle a par ailleurs refusé tout droit à une rente d'invalidité, se référant à la décision de l'OAI du 8 mai 2009.
17. Dans un rapport du 19 mai 2010, le Dr O _____ a estimé que l'évolution était progressivement défavorable, son patient se plaignant de douleurs à la pince et à l'effort ainsi que de difficultés dans son activité actuelle de couturier, en particulier pour la découpe des tissus. Cliniquement, l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit était diffusément tuméfiée. À la palpation dans la région du ligament collatéral ulnaire et sur le versant ulnaire de la plaque palmaire, le patient ressentait une douleur nette. La raideur déjà relevée en 2008 était toujours présente et les

radiographies pratiquées le même jour mettaient en évidence une évolution arthrosique avec un petit pincement latéral et une désaxation d'une quinzaine de degrés. Au total, il y avait une évolution vers une arthrose progressive de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit, après le traumatisme de novembre 2007. Une arthrodèse était finalement proposée, afin que l'assuré retrouve rapidement un pouce indolore et fonctionnel.

18. Le 28 juin 2010, l'assuré s'est soumis à une arthrodèse de la main droite. Dès cette date, l'assuré s'est retrouvé en incapacité totale de reprendre sa nouvelle activité de couturier. La SUVA a pris cette rechute en charge.
19. Dans un rapport intermédiaire du 24 septembre 2010, le Dr O _____ a posé le diagnostic de status après arthrodèse de la main droite. Il a estimé qu'il y avait une nette diminution des douleurs pré-opératoires et que la force de la main droite s'était améliorée. Il fallait néanmoins s'attendre à ce qu'un dommage demeure, l'assuré ayant perdu de la mobilité de la main et du pouce droits. Potentiellement, des facteurs étrangers à l'accident pouvaient entrer en ligne de compte dans le processus de guérison, et plus particulièrement une situation sociale précaire et un possible risque de renvoi dans son pays d'origine.
20. Dans un rapport du 18 octobre 2010, le Dr O _____ a établi que, trois mois après l'opération, il y avait une consolidation clinique et radiologique. La pince et la force de serrage étaient néanmoins encore faibles. Une reprise du travail à 50% était fixée dès le 20 octobre 2010, puis à 100% dès le 1^{er} novembre 2010. Le praticien a estimé que le problème médical se résoudrait avec le problème socio-administratif lié à son statut de réfugié.
21. Du 29 novembre 2010 à la fin du mois de décembre 2010, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail à 50%.
22. Le 15 décembre 2010, le Dr O _____ a estimé qu'il y avait une progression de la force (serrage et pince). Il y avait encore une douleur à l'effort, néanmoins, une consolidation clinique et radiologique était constatée. Du point de vue chirurgical, le résultat était excellent. Les douleurs alléguées étaient à mettre sur le coup de problèmes psycho-sociaux.
23. Le 19 janvier 2011, l'assuré a formulé une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Il a expliqué qu'en raison d'un manque de force et de préhension de la main droite, il avait dû cesser toute activité impliquant ce dynamisme de la main, suite à l'accident dont il avait été victime. Dans son pays d'origine, il avait appris le métier de couturier, de sorte que, ne voulant pas rester inactif professionnellement, il avait recherché un emploi moins rémunéré dans ce domaine. À partir du 1^{er} février 2010, il avait travaillé comme couturier pour l'atelier de retouches Y _____ à Lausanne. Son travail consistait à concevoir et réaliser en atelier des habillements pour femmes ou hommes en divers textiles. Il assemblait toutes

les pièces à la machine à coudre et à la main, il ajoutait les boutons et autres éléments de fermeture. Il effectuait aussi les retouches. Cette activité, exercée principalement en position assise prolongée, n'était pas contraignante physiquement mais elle demandait néanmoins de l'habileté, de l'adresse, de la précision dans les mouvements ainsi qu'une certaine force de préhension et de serrage des mains, lorsqu'il devait utiliser les ciseaux, le fer à repasser ou maintenir fermement les étoffes des deux mains. Il précisait qu'il était droitier ce qui compliquait sa tâche. Au repos, il ne ressentait plus aucune douleur; celle-ci se manifestait uniquement lors de sollicitations répétitives du pouce droit. Après avoir travaillé, il ressentait en fin de journée des douleurs invalidantes à son pouce droit qui enflait. Il était obligé de mettre des poches de glace, afin de calmer la douleur. Par ailleurs, en raison de l'arthrodèse, la fonction de son pouce droit était fortement limitée. Il pouvait fermer le poing mais il n'avait une bonne force de préhension qu'au niveau des quatre doigts de la main, en dehors du pouce. Chaque fois qu'il devait utiliser son pouce droit pour serrer ou maintenir fermement un objet, les douleurs au niveau de la racine du pouce apparaissaient. Il prenait un comprimé de Dafalgan, en cas de fortes douleurs uniquement. En raison de maux et des limitations du pouce droit, une nouvelle intervention était d'ailleurs prévue pour le 14 février 2011.

24. Le 29 mars 2011, l'assuré a repris son activité à 50%. Il a expliqué que son pouce gonflait, après seulement quelques heures d'activité, de sorte qu'il ne pouvait pas travailler davantage. Son rendement était d'ailleurs inférieur à 50%, raison pour laquelle son patron menaçait de le licencier.
25. Dans un rapport du 11 avril 2011, le Dr O_____ a établi que l'arthrodèse était consolidée et que la force était diminuée de moitié. Son patient se plaignait toujours de douleurs à l'effort, de sorte que la reprise du travail à 50% depuis le 29 mars 2011 était confirmée. Des mesures professionnelles semblaient indiquées dans le cas de l'assuré.
26. Dans une attestation du 5 mai 2011, l'employeur de l'assuré a constaté que son employé n'arrivait plus à assumer son travail à cause de sa main droite. Il l'avait licencié avec effet au 31 juillet 2011, en raison de la baisse importante de rendement qui en résultait.
27. Dans un rapport du 17 mai 2011, le Dr P_____, spécialiste en médecine générale, a diagnostiqué un status après arthrodèse métacarpo-phalangienne du pouce droit et un trouble dépressif récurrent réactionnel à un état de stress post-traumatique. Il a estimé que le pronostic était réservé dans les métiers manuels. L'activité de couturier était néanmoins encore exigible à 100%. Il a expliqué que son patient travaillait à 50% depuis le 29 mars 2010 mais avec un rendement diminué, ce qui créait des tensions avec son employeur. Ledit rendement était estimé à 30%, en raison des douleurs et de l'impotence fonctionnelle. Le trouble dépressif jouait un rôle dans la diminution de la capacité de travail et surtout du

rendement par le biais de problèmes de concentration et de rapports de travail perturbés.

28. Le même jour, l'assureur s'est rendu sur le lieu de travail de l'assuré. Il a pu constater que le rendement de l'intéressé se situait entre 20 et 30%. Son pouce droit fatiguait rapidement lorsqu'il travaillait avec les ciseaux, qu'il devait tenir une fermeture éclair. La répétition des mouvements du pouce ou de la fonction de pince semblait occasionner les douleurs quasi permanentes, plus ou moins fortes en cours de journée. La qualité du travail était bonne mais, à cause de son faible rendement, l'assuré devait parfois refuser du travail, de sorte que son employeur se voyait contraint de le licencier.
29. Le 23 juin 2011, le Dr Q _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il n'existait aucune modification de l'exigibilité déterminée par le Dr P _____ en 2008, malgré l'intervention chirurgicale pratiquée en février 2011.
30. Par décision du 28 juin 2011, la SUVA a mis un terme au paiement des soins médicaux, hormis deux boîtes d'antalgiques non narcotique par mois, et au versement de l'indemnité journalière dès le 31 juillet 2011. Elle a par ailleurs énoncé que les conclusions de la décision du 16 septembre 2009 restaient inchangées, à savoir que l'assuré était à même de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité n'exigeant pas de force de préhension de la main droite ou le port de charges supérieures à 5kg.
31. Le 12 août 2011, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% pour tenir compte de ses importantes limitations fonctionnelles et subsidiairement à la mise en œuvre de mesures d'observations professionnelles. Il a relevé que la SUVA ne fournissait aucun exemple d'activité susceptible de lui convenir. Elle ne procédait pas non plus à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, alors même qu'elle lui avait reconnu une atteinte à l'intégrité. Dans la mesure où il était fortement handicapé, ayant pour ainsi dire perdu l'usage de sa main droite, il se justifiait de le mettre au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle pour que d'une part son handicap soit objectivé, les gestes qu'il ne pouvait plus accomplir listés et que, d'autre part, les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles soient définies avec, le cas échéant, la quantification d'une éventuelle perte de rendement.
32. Par décision sur opposition du 25 août 2011, la SUVA a confirmé sa position, considérant qu'il n'y avait pas d'élément permettant de mettre en doute l'analyse effectuée par le médecin d'arrondissement. Les médecins traitants de l'assuré n'avaient pas considéré que les répercussions des séquelles accidentelles s'étaient notablement modifiées depuis l'examen final de novembre 2008, de sorte qu'il ne se justifiait pas de procéder à la comparaison des revenus. D'autres mesures

d'instruction ne se révélaient pas nécessaires non plus. Quoiqu'il en soit, la mise en œuvre des mesures d'observation professionnelles incombaît à l'OAI.

33. Le 26 septembre 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu à son annulation, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2011 et à une indemnité à titre de dépens. Il a expliqué que, suite à son accident, ne pouvant plus travailler dans le bâtiment, il avait assuré seul sa reconversion professionnelle. Il avait néanmoins été rapidement confronté à ses importantes limitations fonctionnelles. L'activité de couturier, laquelle n'impliquait pas de port de charges ni de force de préhension importante, n'était déjà pas adaptée à son handicap. Or, le médecin d'arrondissement de la SUVA avait seulement retenu qu'il ne pouvait pas exercer d'activités impliquant le port de charges supérieures à 5kg et une force de préhension de la main droite. Cette appréciation apparaissait incomplète, en termes de limitations fonctionnelles. L'intimée avait quant à elle erré en retenant que l'exigibilité était demeurée inchangée par rapport à 2008 et qu'il ne se justifiait pas de procéder à une comparaison des revenus. En 2009, l'OAI avait effectué son calcul d'invalidité sur la base des données statistiques s'agissant d'activités dans le secteur de la fabrication et la transformation de produits. Dès octobre 2009, il s'était reclassé professionnellement, de sorte qu'il fallait dans tous les cas procéder à une réévaluation concrète de son revenu sans invalidité.
34. Dans sa réponse du 28 novembre 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a considéré qu'aucun élément médical objectif ne permettait de mettre en cause l'appréciation effectuée par ses médecins d'arrondissement. Le médecin traitant du recourant avait d'ailleurs posé que, d'un point de vue chirurgical, le résultat de l'intervention était excellent, que la consolidation était classique et radiologique et qu'il y avait eu une progression de la force du pouce. Les conclusions des médecins d'arrondissement s'inscrivaient donc dans le prolongement des observations cliniques du médecin traitant. Le Dr P _____ avait certes fait état d'un trouble dépressif, entravant la concentration et le rendement du recourant. Les troubles psychiques n'étaient néanmoins pas du ressort de la SUVA, pas plus que la situation sociale précaire décrite par le Dr O _____, de sorte que ces éléments n'étaient pas pertinents.
35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. Interjeté dans la forme et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité. Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche pas litigieux et ne sera par conséquent pas examiné dans la présente procédure.
4. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir (augmentée, réduite ou supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s., 387 consid. 1b p. 390 s.).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369, consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

5. En l'espèce, le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé. Il fait valoir que, suite à sa deuxième opération du pouce droit, les douleurs se sont accentuées. Aussi, malgré ses efforts pour se réinsérer professionnellement et l'activité légère de couturier qu'il a exercée suite à son accident, ses limitations fonctionnelles importantes ne lui permettent pas de travailler à plus de 50% et avec un rendement oscillant entre 20 et 30%. Dans cette mesure, il se justifierait de lui accorder une demi-rente d'invalidité.

Il convient dès lors de déterminer si le recourant présente effectivement une modification de son état de santé suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente.

6. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (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; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences

dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005).

7. Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Il sied de préciser que la notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1; ATF 126 V 288, consid. 2d). L'art. 8 LPGA 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 LPGA).

8. 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). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2).

En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en

faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATF I 433/01 du 20 mars 2002, consid. 4c; ATF I 320/01 du 10 décembre 2001, consid. 2a). S'agissant du revenu sans invalidité, lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (ATF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 28a al. 2 LAI [pour la période antérieure au 1er janvier 2008 : art. 28 al. 2bis LAI] et art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29, consid. 1; ATF 104 V 135, consid. 2c).

9. Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'OFS (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut

s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 8C_780/2008 du 3 juin 2009, consid. 3.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc). S'agissant de rapports et d'expertises réalisées par des médecins liés à l'assureur par des rapports de service, la jurisprudence considère que cela ne permet pas de conclure pour ce seul motif à un manque d'objectivité ou d'impartialité de leur part (ATF 122 V 157, consid. 1c).

11. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée de nier une péjoration de son état de santé. Il conteste également le fait que l'intimée n'ait pas procédé à un nouveau calcul d'invalidité, alors même que ses conditions salariales se sont, sensiblement et bien malgré lui, modifiées, alors même qu'il a fourni des efforts pour se réinsérer professionnellement. Il reproche enfin à la SUVA de n'avoir pas procédé à une observation en milieu professionnel et de n'avoir pas retenu de diminution de rendement dans son cas, alors même que son employeur l'avait justement licencié en raison de cette diminution.

L'intimée considère quant à elle qu'il n'y a pas d'élément permettant de mettre en doute l'analyse effectuée par son médecin d'arrondissement. Les médecins traitants du recourant n'avaient en effet jamais posé que les répercussions des séquelles accidentelles s'étaient notablement modifiées depuis l'examen final de novembre 2008, de sorte qu'il ne se justifiait pas de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. L'état de santé étant resté inchangé, d'autres mesures d'instruction ne se révélaient pas nécessaires non plus.

12. En l'occurrence, figurent au dossier de nombreux rapports du médecin traitant ainsi que l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA.

Le Dr Q_____ a estimé, à l'instar du Dr P_____, que les interventions pratiquées par le médecin traitant du recourant en juin 2010 et février 2011 n'avaient pas modifié l'exigibilité déterminée par son confrère en 2008. Il a conclu, après avoir fait un résumé du dossier du recourant, en tenant compte des plaintes exprimées et suite à un examen clinique, qu'il pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a d'ailleurs décrit lesdites limitations, soit l'impossibilité d'exercer un emploi exigeant de la force de préhension de la main droite ou le port de charges supérieur à 5 kg.

De son côté, le médecin traitant du recourant a estimé que l'évolution était lentement défavorable, de sorte qu'une arthrodèse avait été programmée. Suite à cette première opération de juin 2010, la force de la main droite s'était améliorée. Il y avait d'ailleurs une consolidation clinique et radiologique. Le médecin traitant a considéré que, d'un point de vue strictement chirurgical, le résultat était excellent, même s'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure. Il a jugé que les douleurs alléguées étaient à mettre en relation avec de problèmes psycho-sociaux. Suite à la seconde intervention de février 2011, le Dr O_____ a attesté que l'arthrodèse était consolidée et que la force était diminuée de moitié, de sorte que des mesures professionnelles semblaient indiquées dans le cas de l'assuré.

13. De l'avis de la Cour, il apparaît que les deux interventions chirurgicales que le recourant a dû subir n'ont certes pas eu de réel succès du point de vue des douleurs, son médecin traitant a néanmoins jugé que les suites desdites opérations étaient favorables. Aussi, la persistance des douleurs devait-elle être attribuée à des

problèmes étrangers à l'accident, et en particulier celui lié à la crainte d'être renvoyé dans son pays d'origine. Il n'y a dès lors pas de nouveau diagnostic, ni même la description de limitations fonctionnelles plus importantes de la part du Dr O _____ par rapport à la situation qui prévalait en 2009 et permettant de jeter le doute sur l'analyse du médecin d'arrondissement.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent réactionnel à un état de stress post-traumatique, posé par le Dr P _____ dans son rapport du 19 mai 2011, n'y vient rien changer. Déjà, ce praticien a estimé que malgré les affections dont souffrait le recourant, l'exercice d'une activité était encore exigible à 100%, malgré les douleurs et l'impotence fonctionnelle. Ensuite, la Cour rappellera qu'un traumatisme psychique ne constitue un accident que lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de l'assuré et que l'événement dramatique est propre à faire naître une terreur subite même chez une personne moins capable de supporter certains chocs nerveux (SJ 1998 p. 429). Ainsi, seuls des événements extraordinaires propres à susciter l'effroi et entraînant des chocs psychiques eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et partant, sont constitutifs d'un accident (RAMA 2000 n° U 365 p. 89; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références). En l'occurrence, l'accident subi par le recourant, à savoir sa chute depuis une benne, n'était pas d'une rare violence et propre à faire naître un trouble psychique. La Cour de céans constate ainsi que les troubles psychiques présentés par le recourant - qui sont certes susceptibles de limiter sa capacité de travail dans une certaine mesure - ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 30 novembre 2007. C'est donc à bon droit que la SUVA n'a pas retenu le nouveau diagnostic posé par le Dr P _____, dans la détermination du degré d'invalidité du recourant.

Il s'ensuit qu'aucun des rapports produits ne permet de douter de l'analyse effectuée par le médecin d'arrondissement de l'intimée, l'état de santé du recourant devant être considéré comme stabilisé depuis sa première demande de prestations d'invalidité.

14. La Cour relèvera que l'intimée a néanmoins omis d'investiguer la question de la diminution de rendement alléguée par le recourant et attestée par son employeur. Il apparaît que ladite diminution - non contestée puisque constatée par la SUVA elle-même lors de son déplacement sur le lieu de travail du recourant - doit être attribuée essentiellement au fait que l'activité de couturier - choisie par le recourant pour se réinsérer professionnellement - n'était pas en adéquation avec ses limitations fonctionnelles. Il a en effet décrit que, dans ses tâches quotidiennes, sa main droite était énormément sollicitée; son travail consistait à concevoir et réaliser en atelier des habillements pour femmes ou hommes en divers textiles. Il assemblait ainsi toutes les pièces à la machine à coudre et à la main, il ajoutait les boutons et autres éléments de fermeture. Il effectuait aussi les retouches. Cette activité exigeait de lui une grande habilité, de l'adresse, de la précision dans les mouvements ainsi

qu'une certaine force de préhension et de serrage des mains, lorsqu'il devait utiliser les ciseaux, le fer à repasser ou maintenir fermement les étoffes des deux mains. Sa tâche était d'ailleurs grandement compliquée par le fait qu'il était droitier. Il s'ensuit que la diminution de rendement constatée par l'employeur du recourant était inévitable, dans une activité ne tenant pas compte des limitations fonctionnelles de la main droite du recourant. La Cour de céans relèvera enfin que les problèmes psycho-sociaux du recourant ont probablement contribué à cette diminution de rendement, conformément aux déclarations de ses médecins traitants.

En l'absence de nouveau diagnostic, l'intimée n'avait pas à procéder à nouveau au calcul d'invalidité du recourant, ni même à tenir compte de cette diminution de rendement.

15. C'est donc à juste titre que l'intimée n'a pas augmenté le taux de la rente d'invalidité du recourant.
16. Il ressort enfin du dossier que le recourant a réellement fourni de nombreux efforts pour se réinsérer professionnellement. Il semble qu'aujourd'hui il émette de sérieux doutes sur son avenir professionnel, ne sachant pas quel type d'activité il peut encore exercer.

L'aide au placement telle que suggérée par l'OAI lors de sa première prise de position en mai 2009 semble être une mesure appropriée pour que le recourant réussisse à mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Il est dès lors rappelé qu'il lui est loisible de formuler une demande écrite en ce sens à l'OAI (art. 18 al. 1 LAI) ainsi qu'une nouvelle demande de prestations (rente et/ou mesures de réadaptation professionnelle), s'il estime que son état s'est aggravé dans une mesure notable.

17. Mal fondé, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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 par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le