

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3518/2017

ATAS/261/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 23 mars 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Leonardo CASTRO recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1989, a été occupé en tant que menuisier dès avril 2011. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Le 1^{er} juin 2011, l'assuré s'est blessé à l'index avec un rabot électrique. Les premiers soins ont été prodigués par le médecin d'une permanence proche de son lieu de travail.
3. Le docteur B_____, médecin à l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 14 juin 2011, régulièrement prolongée par la suite par les médecins de ce service.
4. Dans son rapport du 5 septembre 2011, le Dr B_____ a diagnostiqué une plaie à sifflet de l'index gauche. L'évolution était bonne, malgré une allodynie traitée par physiothérapie.
5. Le 26 octobre 2011, le Dr B_____ a posé le diagnostic de plaie de la pulpe de l'index gauche. La très importante allodynie était en diminution. Il fallait s'attendre à un dommage permanent, sous forme d'une raideur, d'une douleur chronique et de perte de sensibilité.
6. Dans un rapport du 19 mars 2012, la doctoresse C_____, médecin à l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a posé le diagnostic de plaie de la pulpe. Elle constatait une allodynie et un *complex regional pain syndrom* (CRPS) limité à la pulpe de l'index gauche, sans amélioration sous ergothérapie. L'incapacité de travail totale persistait et un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) serait très utile.
7. L'assuré a séjourné à la CRR du 2 au 30 mai 2012. Dans leur rapport du 12 juin 2012, les docteurs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et E_____, ont diagnostiqué une plaie de la pulpe de l'index gauche et une acrodermatite digitale d'origine indéterminée, pour laquelle un bilan aux HUG était prévu.

Dans leur appréciation, ils ont relevé que l'assuré, droitier, se plaignait de douleurs au moindre toucher de la pulpe de l'index gauche. Il décrivait une sensation bizarre le long du 2^{ème} rayon de la main gauche allant jusqu'au dos de la main, de type chaleur, picotements, brûlures, sensation de grattage et parfois électricité. L'ongle de son index gauche était douloureux à couper. L'assuré portait un doigtier de protection la journée ainsi qu'une prothèse protectrice la nuit. Il avait pris 10 kg depuis son accident. Sur le plan psychologique, il se disait plus irritable. A l'examen clinique, l'index de la main gauche était émacié, légèrement plus froid, transpirant dans sa partie distale. Il existait une déformation de l'ongle de l'index gauche. A la palpation, les médecins constataient une allodynie de la phalange

distale prédominant en région pulpaire et des dysesthésies de l'index gauche, mais pas de déficit moteur. Il y avait une raideur des interphalangiennes proximale et distale de l'index gauche. Des troubles de la trophicité unguéale étaient relevés sur plusieurs doigts des deux mains, avec des déformations transverses associées à des érythèmes des dernières phalanges. Les radiographies montraient une discrète déminéralisation de la phalange distale de l'index gauche. L'assuré avait été présenté au consultant en psychiatrie. Aucun diagnostic psychopathologique n'était retenu chez un assuré semblant avoir des attentes magiques de guérison. L'évitement était également renforcé par un entourage se montrant très précautionneux. Au terme du séjour, l'assuré restait centré sur sa douleur et gardait une peur de la douleur. Le bilan radiologique et l'examen clinique ne parlaient pas pour une algodystrophie. La poursuite d'une désensibilisation intensive et l'intégration du doigt gauche étaient proposées. En ergothérapie, l'assuré avait suivi un programme à visée de désensibilisation, lequel avait été limité par les douleurs annoncées et la peur de la douleur. Au terme du séjour, il n'y avait pas d'amélioration. Le bilan 400 Points (pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main lésée) était à 31 %. En physiothérapie, l'assuré avait suivi un programme de reconditionnement global et d'intégration de la main gauche. La participation aux thérapies était moyenne. Il n'y avait pas d'indication à la poursuite de la physiothérapie à la sortie. En résumé, un an après une plaie de la pulpe de l'index gauche par un rabot, il persistait une allodynie du 2^{ème} doigt. Le diagnostic d'algodystrophie n'était pas retenu au vu de la paucité des arguments cliniques et de l'absence de signes radiologiques. La poursuite de la désensibilisation était préconisée. La situation médicale n'était actuellement pas stabilisée. On pouvait s'attendre à une évolution difficile chez un assuré centré sur ses douleurs. L'incapacité de travail en tant que menuisier restait totale du 30 mai au 4 juin 2012 et serait à réévaluer.

Des rapports de physiothérapie et d'ergothérapie étaient joints. Les rapports de radiographie du 9 mai 2012 concluaient à la normalité de la structure et de la morphologie osseuses et des parties molles, les rapports articulaires étant tous conservés. La scintigraphie osseuse réalisée le 7 mai 2012 s'était révélée dans les limites de la norme et n'avait pas trouvé d'argument scintigraphique en faveur d'une algodystrophie de la main gauche.

8. Dans un courrier du 21 août 2012, les médecins de l'Unité de chirurgie de la main des HUG ont signalé à la SUVA que l'évolution était quasi stagnante. La médication ne semblait pas améliorer la symptomatologie de l'assuré. L'indication à une intervention chirurgicale n'était pas retenue. Si l'allodynie persistait, un traitement par antalgie interventionnelle pourrait être envisagé.
9. Le 6 novembre 2012, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. L'assuré

se plaignait d'une aggravation de la douleur depuis son séjour à la CRR et il était très gêné par le froid. Il disait ne pas pouvoir utiliser sa main gauche. Lors du status, le Dr F_____ a constaté qu'à gauche, l'enroulement des doigts était incomplet. L'index restait en position de triple flexion figée pendant tout l'examen. Le reste des doigts longs était normal. La palpation de l'ensemble des doigts était douloureuse. L'assuré émettait des gémissements et se tordait de douleur. Après avoir pris connaissance des documents radiologiques, le Dr F_____ a noté qu'objectivement, la cicatrice au niveau de la 3^{ème} phalange semblait déclencher des douleurs à la palpation. Le cas n'était pas suffisamment stabilisé pour permettre un bilan assécurologique.

10. Dans ses rapports des 10 et 25 janvier 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a diagnostiqué un CRPS du membre supérieur gauche secondaire à l'accident à l'index gauche. Le pronostic était mauvais. Il avait proposé une neurostimulation à l'assuré, mais ce dernier n'était pas prêt. Il fallait s'attendre à un dommage permanent sous forme de douleurs et d'atrophie.
11. Dans son rapport du 12 septembre 2013, le Dr G_____ a signalé que l'état de l'assuré était inchangé malgré huit blocs stellaires, lesquels s'étaient révélés inefficaces. Le pronostic était indéterminé mais un test de stimulation médullaire était nécessaire et très important.
12. Le 10 octobre 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Après avoir résumé son dossier, il a relaté ses plaintes. L'assuré disait que son état restait stationnaire, mais les douleurs irradiaient maintenant vers le côté gauche de la nuque. Il avait des difficultés pour s'endormir et était régulièrement réveillé par les douleurs. Se couper les ongles était très douloureux. Le Dr H_____ a constaté une cicatrice en regard de la pulpe et une diminution du volume du doigt, avec un aspect dystrophique de celui-ci, mais pas d'augmentation de la chaleur locale. Dès qu'on saisissait l'assuré au niveau de l'avant-bras gauche, cela entraînait une importante douleur. Dans son appréciation, il a noté que l'évolution de la plaie s'était faite vers un syndrome algodystrophique et la persistance de douleurs allodymiques importantes. Celles-ci étaient rebelles à tous les traitements instaurés jusqu'à ce jour. Le cas était stabilisé. L'ancienne activité de menuisier n'était pas exigible. Dans l'exercice d'une activité mono-manuelle réalisée assis ou debout, sans limitation du port de charges à droite, sans devoir monter sur une échelle, on pouvait s'attendre à une activité réalisée la journée entière, sans baisse de rendement.

Le Dr H_____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 10 %. Conformément aux tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité, par analogie, le cas était plus grave que la situation prévalant après une amputation complète de l'index, correspondant à un

taux de 6 %, mais moins grave qu'une amputation complète de la main, sanctionnée par un taux de 40 %.

13. L'assuré a consulté la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, dès janvier 2014. Dans ses rapports des 28 février et 28 mars 2014, cette dernière a notamment fait état d'un problème psychique de type PTSD (stress post-traumatique) à la suite de l'accident.
14. Dans un certificat du 4 avril 2014, la doctoresse J_____, médecin à l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a indiqué que l'assuré l'avait consultée. Sa situation n'avait guère évolué, il évoquait un éventuel problème aux cervicales. Une consultation neurochirurgicale pourrait être utile. S'agissant de sa main, la Dresse J_____ ne pouvait plus rien et les médecins étaient arrivés au bout de leurs possibilités.
15. Dans un rapport du 24 avril 2014, le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré décrivait des douleurs dans l'ensemble du membre supérieur gauche, comme des brûlures, parfois des décharges électriques. Il avait l'impression que son nerf avait été coupé au niveau de l'index gauche et que ce nerf se rétractait jusque dans la région de l'épaule et de la région cervicale gauche. L'assuré était plaintif. Il n'y avait pas d'amyotrophie des masses musculaires des membres supérieurs. Les réflexes myotatiques étaient tous obtenus et symétriques. Il n'y avait pas de signe d'hyperréflexie. La force proximale et distale était difficile à tester mais elle était normale, car si l'assuré présentait parfois un phénomène de lâchage, la force était excellente entre les lâchages. L'examen de la sensibilité était normalement perçu avec une différenciation normale du coton tige, de la piqûre ainsi que la température. Il signalait cependant moins bien percevoir ces sensations à gauche qu'à droite. La pallesthésie était ressentie comme douloureuse mais elle était de 8/8 au niveau des deux poignets. Tout contact tactile était perçu comme douloureux dans l'ensemble du membre supérieur gauche, sans aucun territoire ni radiculaire ni tronculaire. Le Dr K_____ a noté que l'ensemble de la clinique et l'examen neurologique allaient dans le sens d'un très probable syndrome dissociatif somatoforme, qui expliquait la surenchère médicamenteuse. Il n'y avait pas de lésion neurologique, et il était impératif de discuter de la mise en place d'une stratégie visant un sevrage médicamenteux, notamment du MST, qui ne faisait qu'amplifier et aggraver la situation clinique. Le Dr K_____ avait malgré tout programmé un électroneuromyogramme (ENMG).
16. Dans son rapport du 9 mai 2014, la doctoresse L_____ a signalé qu'elle avait reçu l'assuré en vue d'un ENMG, qui n'avait pas été réalisé car celui-ci ne pouvait supporter le contact des électrodes sur l'index gauche.
17. Dans un courrier du 5 juin 2014 à la Dresse I_____, la Dresse J_____ a réaffirmé n'avoir plus rien à proposer à l'assuré. L'ergothérapeute n'observait pas non plus d'évolution. Elle était d'avis qu'un ENMG serait délétère pour l'assuré.

-
18. A la demande de la SUVA, le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a examiné l'assuré le 7 janvier 2015. Dans son rapport du 14 janvier suivant, ce médecin a conclu à l'absence de diagnostic psychique.
 19. Dans un courrier à la SUVA du 16 janvier 2015, l'assuré, par son mandataire, a soutenu qu'il ne devait pas être manipulé lors d'un examen.
 20. Le 9 février 2015, le Dr H_____ a admis la prise en charge des attelles de repos, du traitement médicamenteux par Temesta®, Lyrica® et Rivotril®, et de l'ergothérapie pendant une année, au vu de l'évolution défavorable sur le plan de l'algodystrophie.
 21. Le 25 février 2015, la SUVA a informé l'assuré du fait qu'elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux, hormis un à deux contrôles par année et les mesures préconisées par le Dr H_____ dans son avis de février 2015. Il subsistait une capacité de travail résiduelle. Selon la jurisprudence, il appartenait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail restante par l'exercice d'une activité en harmonie avec son état de santé. La SUVA verserait des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 31 mars 2015. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à CHF 12'600.- et serait versée en avril 2015.
 22. Le 15 avril 2015, le Dr M_____ s'est déterminé sur la prise en charge du traitement psychologique. Il estimait qu'on pouvait admettre le remboursement de rendez-vous tous les 15 jours et des psychotropes prescrits.
 23. Dans un courrier du 13 juillet 2015 à la SUVA, la Dresse J_____ a rappelé que l'assuré était suivi pour les suites d'une plaie pulpaire du 2^{ème} doigt de la main gauche, qui s'était compliquée d'un CRPS et d'une allodynie sévère.

Elle a joint le rapport du 11 juin 2015 de Monsieur N_____, ergothérapeute du Centre de rééducation sensitive de la Clinique Sainte-Anne. Dans ce document, il a posé le diagnostic de CRPS du nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index gauche avec allodynie mécanique (stade V de lésions axonales). Qualitativement, les douleurs typiques d'un CRPS étaient présentes, soit des sensations de cuisson et de raideur. De même, les sensations de piqûres en regard du ganglion spinal C7 signaient l'atteinte neurologique somato-sensorielle du nerf collatéral palmo-ulnaire du deuxième doigt gauche du nerf médian (C7). Enfin, une allodynie mécanique statique était présente au premier plan de ce tableau. Ce status douloureux permettait à peine à l'assuré de survivre. Il était absolument impensable de l'imaginer reprendre un travail actuellement. L'allodynie mécanique était grave. L'hypersensibilité au toucher concernait par ordre décroissant la pulpe de l'index (nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index du nerf médian), le bord inféro-latéral de l'avant-bras (branche cutanée palmaire du nerf médian), le bord supéro-latéral de l'avant-bras (nerf cutané latéral de l'avant-bras, du faisceau latéral du plexus brachial [C7]) et la base de la nuque (branche postérieure du 7^{ème} nerf cervical), ce

qui était parfaitement cohérent avec cette atteinte du système nerveux somato-sensoriel. Il était suggéré de reprendre une ergothérapie basée sur la méthode de rééducation sensitive, à raison d'une séance hebdomadaire, mais avec un programme extrêmement strict face à ce status grave. L'ergothérapeute prescrivait de ne pas toucher tout l'hémicorps gauche. En effet, la stimulation tactile de tout champ récepteur siège d'une douleur ne faisait qu'entretenir les mécanismes de sensitization centrale. Une consultation pharmacologique était également recommandée. En étant optimiste, il faudrait sept mois pour voir disparaître l'allodynie mécanique et commencer la rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente, présumée responsable des douleurs neuropathiques spontanées. Ensuite, il faudrait entre six et douze semaines pour suppléer cette faible hypoesthésie grâce aux mécanismes de neuroplasticité. L'ergothérapeute a ajouté qu'il examinait chaque mois des patients ayant subi un traitement très inapproprié lors de leur séjour à la CRR et qui présentaient ensuite un status douloureux extrêmement fort.

24. Selon un rapport d'ergothérapie du 14 octobre 2015, la situation n'avait pas évolué depuis le début de la prise en charge à fin juillet 2015. L'assuré présentait un status douloureux dépassé qui lui permettait à peine de survivre, la naissance de sa fille trois mois auparavant lui amenant toutefois un peu de réconfort. L'allodynie sur le territoire du nerf collatéral était toujours présente. L'application d'une pression de 0.03 grammes augmentait déjà les douleurs. Il n'existait aucune zone sur l'hémicorps gauche qui permette de démarrer le traitement de contre-stimulation. Le pronostic était réservé.
25. Par décision du 11 novembre 2015, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution sa main gauche. Une telle activité lui procurerait un revenu mensuel de CHF 4'725.-, 13^{ème} salaire compris. Comparé au salaire de CHF 4'625.- réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 4 %. Il n'y avait ainsi pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident et une rente d'invalidité ne pouvait être allouée. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était de 10 %, soit CHF 12'600.-.
26. L'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA le 11 décembre 2015, affirmant notamment qu'il était établi qu'il souffrait d'un CRPS, compliqué d'une allodynie mécanique sévère dans les suites d'une plaie pulpaire du 2^{ème} doigt de la main gauche.

L'assuré a notamment produit un rapport du 9 décembre 2015 des docteurs O_____ et P_____ de l'Unité de chirurgie de la main des HUG, rappelant que les suites de l'accident de l'assuré s'étaient compliquées d'un syndrome régional complexe douloureux et d'une allodynie. Lors de la consultation du 2 décembre 2015, l'assuré portait une attelle. Il supportait difficilement le port de vêtements sur

l'hémicorps gauche. La mobilité au niveau des poignets et mains était réduite. En raison des douleurs, il était impossible de toucher sa main et son avant-bras gauches, raison pour laquelle un examen détaillé de la situation était difficilement réalisable. Il était partant souhaitable de poursuivre le traitement de rééducation sensitive.

27. Par décision incidente du 20 janvier 2016, confirmée sur recours par la chambre de céans (ATAS/381/2016 du 20 janvier 2016), la SUVA a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif.
28. Aux termes du rapport intermédiaire d'ergothérapie du 28 janvier 2016, la situation n'évoluait pas favorablement. La dernière séance de rééducation sensitive datait du 4 janvier 2016. L'assuré était alors extrêmement algique, et le simple fait de sortir au froid avait provoqué de fortes douleurs au niveau des cervicales, avec la sensation qu'elles devenaient dures comme du béton et que la douleur irradiait dans le bras. Son côté gauche étant absolument intouchable, il n'y avait toujours pas de zone de traitement. Les déplacements étaient tellement pénibles qu'une pause dans la prise en charge avait été décidée, avec un nouveau point de situation en avril 2016.
29. Le 11 octobre 2016, la SUVA a informé l'assuré de son intention de confier une expertise aux docteurs Q_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et S_____, spécialiste FMH en neurologie. Elle l'a invité à se déterminer sur la nécessité de l'expertise, les experts pressentis et les questions qu'elle entendait leur poser, dont elle lui a transmis la liste.
30. Le 7 novembre 2016, l'assuré a signalé à la SUVA qu'il souscrivait à la tenue d'une expertise et ne formulait aucun motif de récusation à l'endroit des experts proposés. Il convenait d'inviter les experts à se prononcer sur l'influence du traitement médicamenteux sur sa capacité de gain ainsi qu'à déterminer quelle activité adaptée pouvait être exigée.

Il a produit un rapport des médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 6 juin 2016. Ceux-ci ont posé les diagnostics de douleur neurogène post-traumatique du membre supérieur gauche avec sensibilisation centrale, et de douleurs de l'hémicorps gauche sur malposition chronique. La main gauche était modérément tuméfiée, avec des sudations visibles sur la pulpe de l'index. Ils ont émis plusieurs propositions de modification du traitement médicamenteux, en précisant qu'ils avaient insisté auprès de l'assuré pour qu'il augmente progressivement son activité physique afin d'entretenir sa musculature. De même, un traitement de physiothérapie pour des exercices de posture et un renforcement musculaire du dos et des membres inférieurs était préconisé afin d'éviter la pérennisation des douleurs due à un manque d'utilisation et à des malpositions récurrentes.

Il a également produit un rapport de physiothérapie du 7 novembre 2016, indiquant que le traitement avait été interrompu car il n'existait aucune approche de soins qui n'augmentât pas les douleurs chez l'assuré.

31. Le 29 mars 2017, l'assuré a signalé à la SUVA que le Dr S_____ avait pratiqué plusieurs examens (marteau vibration, ENMG, fortes pressions) proscrits. Ces examens avaient causé d'intenses douleurs qui avaient conduit l'assuré à prendre de la morphine en quantité importante pendant trois jours. Il l'avait humilié, lui ayant dit « *Arrête ton cinéma* ». Outre la méconnaissance du dossier médical, l'attitude de l'expert donnait l'apparence de la prévention et faisait redouter une activité partielle. Pour toutes ces raisons, il se réservait la possibilité de solliciter sa récusation après avoir pris connaissance de sa détermination quant à ces faits.
32. Le 21 avril 2017, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'il aurait la possibilité de se déterminer sur la valeur probante du rapport du Dr S_____ et de revenir sur les griefs soulevés dans ce cadre. S'il y avait lieu, l'expert en cause serait entendu sur ces points.
33. Le Dr S_____ a rendu son rapport d'expertise le 28 avril 2017.

Il a résumé le dossier médical de l'assuré et relaté son anamnèse et ses plaintes. L'assuré décrivait une douleur extrêmement intense du membre supérieur gauche et de la nuque. Il mentionnait également des douleurs en région précordiale. Il avait l'impression que son membre supérieur gauche était « décollé du corps », « gonflé » et l'objet d'une transpiration excessive. La douleur était permanente, augmentée aux mouvements les plus légers. L'assuré ne pouvait pas marcher plus que 10-15 minutes, période après laquelle il devait se reposer. Il ne mentionnait aucune position réellement antalgique. Le caractère de la douleur était décrit comme une sensation de piqûres, de sensations électriques, voire comme une lourdeur. Spontanément, l'assuré mentionnait qu'il dormait mal et très peu, qu'il était toujours fatigué. Il était très nerveux et ne supportait plus les pleurs de sa fille. Il se disait très labile, pouvant changer d'humeur « d'une seconde à l'autre ». Son moral était « à zéro ». La libido semblait conservée, mais l'assuré limitait la fréquence des rapports sexuels qui aggravaient ses douleurs.

Le Dr S_____ a constaté que l'entretien s'était bien déroulé. L'assuré épargnait quelque peu son membre supérieur gauche, tenu à l'écart du corps. Il portait une attelle protégeant son index gauche. Ce doigt présentait un status après une petite perte de substance à l'extrémité de la pulpe, un peu suintante. L'examen neurologique détaillé avait été parasité par un comportement douloureux caricatural extrême. A l'examen de la sensibilité, l'assuré décrivait une asymétrie, avec une impression de sensibilité « de froid » au niveau de l'hémiface gauche. L'examen neurologique des membres supérieurs était pratiquement impossible. En effet, à la moindre mobilisation et au moindre effleurement du membre supérieur gauche, l'assuré hurlait, se tordait de douleur, suffoquait et s'agrippait les cheveux avec la

main droite. La recherche des réflexes tendineux était donc très laborieuse, mais permettait tout de même de mettre en évidence des réflexes moyennement vifs et symétriques. Il n'y avait pas d'hypomyotrophie segmentaire ni d'activité anormale des muscles. A l'examen de la force, l'assuré criait, se tordait, mais fournissait toutefois un effort qui permettait d'exclure formellement une éventuelle parésie. Les mouvements fins étaient pratiquement abolis à la main gauche. L'épreuve bras tendus était bien stabilisée. Il n'y avait pas d'anomalie du tonus. La diadococinésie était ralentie, mais sans caractère cérébelleux. L'examen de la sensibilité superficielle tacto-algique faisait apparaître un phénomène pseudo-allodymique, exagéré, caricatural et démonstratif et non convaincant d'une réelle altération de la sensibilité. Les conditions étaient similaires lors du testing du sens postural et de la pallesthésie, modalités sensibles qui étaient tout de même conservées. Le ballant des bras était conservé, et l'assuré n'adoptait pas une attitude particulière avec le membre supérieur gauche. Aux membres inférieurs, l'expert était confronté à la même problématique, l'assuré hurlant et se tordant de douleur à la moindre mobilisation et au moindre contact avec le membre inférieur gauche. Pour le reste, il n'y avait pas d'anomalie sur le plan neurologique. L'ENMG avait révélé une réponse sensitive et physiologique, dans des conditions bien difficiles, à la stimulation du nerf médian avec recueil sur le majeur.

Dans son appréciation, l'expert neurologue a retenu que les avis diagnostiques étaient pour le moins hétérogènes. Les notions d'une allodynie ou d'un CRPS du nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index gauche ressortaient régulièrement, ce qui contrastait avec le territoire concerné, intéressant tout l'hémicorps gauche. Les plaintes étaient très nettement dominées par une douleur extrême de tout le membre supérieur gauche, y compris la nuque, associée à un tableau plus général décrit comme une fatigue, une irritabilité et une labilité d'humeur. L'approche clinique était parasitée par un comportement douloureux d'une intensité telle qu'elle en était grotesque. Le moindre contact avec le membre supérieur gauche et le membre inférieur gauche déclenchait une réponse douloureuse au-delà de ce que l'on était habitué à voir en expertise, et qui rendait l'examen neurologique difficile. Toutefois, en dehors de ce tableau pseudo-allodymique, il n'y avait pas d'anomalie objective sur le plan neurologique. En particulier, les réflexes tendineux étaient normovifs et symétriques, les cutanés plantaires réagissaient en flexion, et il n'y avait pas d'hypomyotrophie ni de nette atteinte motrice. Les troubles sensitifs étaient difficiles à apprécier compte tenu du contexte, mais concernant l'ensemble de l'hémicorps gauche, ils ne pouvaient bien entendu pas être mis sur le compte d'une plaie finalement relativement mineure de la pulpe de l'index gauche. Au plan électrophysiologique, malgré les difficultés de collaboration, une réponse sensitive du nerf médian gauche sur le majeur s'était révélée normale.

Au total, il s'agit d'un tableau pseudo-allodymique de l'hémicorps gauche, sans substrat neurologique sous-jacent, lié à une pathologie psychiatrique ou à une

majoration des symptômes. Au terme de l'expertise, le Dr S_____ ne retenait aucun diagnostic neurologique.

Le rapport joint d'ENMG indiquait que l'index avait été le point de recueil, des mesures ayant été réalisées entre l'index et la paume et l'index et le poignet.

34. Le Dr R_____ a rendu son rapport à la même date. Il a lui aussi rapporté le contenu du dossier médical de l'assuré et son anamnèse. S'agissant de ses plaintes, ce dernier se disait fatigué, triste et déçu. L'expert a noté que l'assuré déambulait parfaitement normalement dans le cabinet, mais que dès qu'il était assis pour l'entretien, il prenait des positions pseudoalgiques, à demi couché, se montrant nerveux et bougeant sans cesse. L'assuré avait beaucoup de peine à répondre aux questions posées et faisait constamment des digressions pour exposer toutes ses plaintes.

Il disait mal dormir et se sentir fatigué au réveil. Il n'avait pas d'appétit mais avait pris 15 kg depuis l'accident. Il se plaignait d'être triste. Il ne présentait pas d'idées suicidaires. Il n'était pas ralenti. Il ne présentait pas d'idées de culpabilité. Il se plaignait amèrement de ne plus avoir de salaire depuis deux ans. Il se montrait revendicateur et vindicatif. Il estimait que la SUVA jouait avec le temps et s'en plaignait amèrement. Il ne présentait pas d'angoisse ni de phobie spécifique. Il signalait des troubles de la mémoire, que l'examen actuel ne mettait pas en évidence. L'attention et la concentration étaient maintenues tout au long de l'examen. L'assuré se plaignait de douleurs dans le bras gauche, remontant jusque dans la nuque, et de céphalées. Il était impossible d'obtenir une description d'une journée. L'assuré ne pouvait que répéter qu'il ne pouvait rien faire, qu'il mangeait ou pas selon son humeur.

Il n'était pas possible de retenir un diagnostic d'état de stress post-traumatique. En effet, les circonstances de l'accident de 2011 n'étaient pas dramatiques et cet accident n'avait jamais mis en jeu sa vie. Certes, l'assuré y pensait fréquemment, mais il ne présentait pas de *flash-backs*, de phénomènes de *numbing* ou de dépersonnalisation, ni de comportement d'évitement en lien avec cet accident. De même, il n'était pas possible de retenir un diagnostic de trouble dissociatif ou de conversion. L'assuré présentait une certaine théâtralité dans son comportement et la présentation de ses plaintes, mais il ne manifestait pas la « belle indifférence » si typique de ces troubles. Les plaintes étaient massives et d'ordre algique, ce qui n'était pas le cas dans les troubles dissociatifs. Un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était également exclu. En effet, les douleurs avaient un substrat lésionnel et n'étaient pas en lien avec un conflit émotionnel ou des problèmes psychosociaux propres à expliquer la survenue de la symptomatologie algique. L'assuré se disait triste mais ne présentait pas un abaissement de l'humeur, ni d'idées pathologiques de culpabilité. Il n'était pas ralenti. Il parvenait à maîtriser son irritabilité. Partant, les diagnostics d'épisode

dépressif ou de trouble dépressif récurrent ne pouvaient être retenus. Il n'existait pas d'angoisse spécifique. L'assuré était inquiet de sa situation, particulièrement financière. Il ne présentait pas non plus de phobie spécifique. Le psychiatre ne retenait partant pas le diagnostic de trouble anxieux ou phobique. Aucun autre signe évoquant une affection dégénérative du système nerveux central n'était présent, ce qui excluait l'ensemble des diagnostics de troubles dégénératifs de type maladie d'Alzheimer. L'assuré ne présentait aucun signe d'une maladie de la dépendance, bien que le sevrage de morphine n'ait jamais pu être réalisé à ce jour. L'assuré ne présentait aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive telle qu'hallucinations ou idées délirantes, ni négative tel qu'apragmatisme. Le Dr R_____ excluait ainsi l'ensemble des diagnostics de troubles psychotiques. L'assuré n'avait jamais présenté d'élévation de l'humeur, d'hypomanie ou de manie à proprement parler, de même qu'il n'avait jamais présenté d'épisode dépressif. Un trouble bipolaire était ainsi exclu. Aucun élément au dossier ou dans l'anamnèse ne permettait de suspecter un trouble de la personnalité. L'assuré parlait désormais assez couramment le français pour se passer d'interprète. Il était ainsi manifeste qu'il avait des ressources qu'il pouvait mobiliser. Ses plaintes semblaient toujours disproportionnées. Le substrat organique était quasiment absent. Médicalement, il n'était pas possible d'expliquer les douleurs dont il faisait état. Enfin, ses menaces étaient inquiétantes. Lorsqu'il menaçait de tuer le médecin qui avait selon lui commis une négligence, ou qu'il avait envie de casser la tête à quelqu'un, il ne s'agissait pas de propos anodins.

Dans son appréciation, l'expert a retenu que l'assuré avait été victime d'un accident de peu de gravité du point de vue psychiatrique. L'extension progressive des plaintes algiques et de l'invalidité au sens médical ne trouvait aucune explication médicale ou psychologique. Les traitements tentés n'avaient pas permis de l'enrayer. En l'absence d'une pathologie psychique, aucun traitement de cet ordre ne permettrait une amélioration notable de l'état de santé l'assuré. S'agissant de la causalité naturelle, on pouvait vraisemblablement admettre que les plaintes étaient en lien de causalité avec l'accident du 1^{er} juin 2011, lequel n'avait cependant pas eu d'effet notable sur l'état de santé psychique de l'assuré. Ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail du point de vue psychique et ne présentait aucune limitation dans une activité adaptée. Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifiait. Le pronostic n'était guère favorable. Le risque d'une chronicisation de l'état actuel était important. Un entretien téléphonique de consensus et de synthèse avait eu lieu le vendredi 28 avril 2017 avec les deux autres experts. Du point de vue psychiatrique, un sevrage du traitement à la morphine était indiqué.

35. Le Dr Q_____ a également rendu son rapport le 28 avril 2017. Il y a notamment exposé l'historique médical en lien avec la plaie au doigt. L'assuré se plaignait d'un état irritable et de nervosité extrême. Il avait l'impression de vivre un cauchemar et évoquait une sensation de dévalorisation. Il avait l'impression d'être une victime.

Le Dr Q_____ a rapporté les propos suivants de l'assuré: « *la SUVA m'a tué, dites-moi qui je dois tuer donnez-moi une balle* ». Ce dernier signalait en outre des douleurs permanentes de la nuque jusque dans la main, dont l'intensité variait. Il avait des douleurs dans le reste de l'hémicorps gauche, exacerbées au moindre contact. Il ne supportait plus de porter un collier, un vêtement avec un col qui lui touchait la nuque, des t-shirts, des chaussettes ou des chaussures lourdes. Il ne sortait pratiquement plus de chez lui et ne faisait rien de la journée. Il restait généralement torse nu, vêtu d'un pantalon de training large et devait fréquemment s'allonger en décubitus dorsal et légèrement latéral droit avec le membre supérieur gauche allongé le long de son corps. Il était dépendant de sa femme pour sa toilette et pour s'habiller. Quand il devait enfiler une chemise, il mettait une corbeille de protection autour de son index gauche qu'il enlevait ensuite car il ne la supportait pas non plus. Il n'utilisait plus du tout son membre supérieur gauche au profit de son membre supérieur droit, mais ressentait des tiraillements douloureux dans la nuque lorsqu'il devait fournir un effort de la main droite. Il disait qu'il ne dormait et ne mangeait presque plus. Il avait pris une quinzaine de kilos depuis son accident.

Dans son status, le Dr Q_____ a noté que dans la salle d'attente, l'assuré se tortillait sur son fauteuil en laissant pendre le membre supérieur gauche jusqu'à ce que la main touche presque le sol. Pendant l'entretien et la revue des documents, il manipulait les feuilles de son dossier de la main droite en laissant le plus souvent le membre supérieur gauche pendu le long du corps, sauf à une reprise où il avait utilisé les deux mains pour rassembler le tas de feuilles sur la table. Ce geste avait été trop rapide pour observer si l'index gauche avait été utilisé. Pendant tout l'entretien, l'assuré se contorsionnait sur sa chaise en se prenant par moments la tête dans la main droite, mais sans faciès douloureux ni triste, entrecoupé de larges sourires. Au cours de l'entretien, il se montrait extrêmement plaintif, se positionnant en victime, mais également capable de plaisanter en évoquant notamment que son dernier psychiatre, décédé, avait dû être tué par la SUVA. A l'examen clinique, il pouvait se tenir droit, la tête normo-axée, les épaules à niveau avec les deux bras le long du corps, sans signe de latéralisation. En fin d'extension, il décrivait des douleurs dans la région de C7. La mobilité active du pouce et des doigts longs de la main gauche se limitait à de légers mouvements de ballottement en position semi-fléchie. Les amplitudes de mobilisation active de tout le membre supérieur gauche étaient limitées par des tiraillements douloureux en fin de mouvement, qui s'étendaient de la nuque aux doigts. La mobilité passive du membre supérieur gauche n'était pas testable car l'assuré ne supportait aucun contact, à l'instar de la sensibilité cutanée et de la force. A l'inspection, le bras et l'avant-bras se présentaient de façon symétrique, sans discoloration ni hypertrichose. A partir du poignet gauche, la main et tous les doigts étaient légèrement tuméfiés avec des téguments plus pâles et plus marbrés qu'à droite. Il

n'y avait aucune callosité visible. Les plis de flexion et d'extension du poignet et de tous les doigts de la main gauche étaient bien visibles, sauf au niveau de l'index où ils avaient disparu des deux côtés de l'interphalangienne distale et étaient tout juste ébauchés des deux côtés de l'interphalangienne proximale. La pulpe de l'index gauche était nettement moins étoffée que la pulpe des autres doigts, avec une cicatrisation cutanée modérément remaniée, un peu luisante mais pas dégoulinante. A la face dorsale de l'index, on ne notait pas de dystrophie particulière des voussures paraunguéales ni de l'ongle, coupé à environ un centimètre de son extrémité, mais parfaitement propre et manucuré, sans aucune aspérité. Les possibilités de l'examen clinique s'arrêtaient là. Le Dr Q_____ a ensuite décrit les documents radiologiques, avant de poser les diagnostics de maigreur et raideur distales post-traumatiques de l'index gauche; de syndrome pseudo-allodynique de l'hémicorps gauche, sans substrat objectivable ; de status après possible maladie de Sudeck atypique de l'extrémité de l'index gauche, guérie en été 2012 avec un enraidissement de la dernière phalange ; de status après plaie par abrasion de la pulpe de l'index gauche le 1^{er} juin 2011, refermée en moins d'un mois avec perte modérée du rembourrage sous-cutané ; et d'absence de trouble neurologique objectivable, notamment d'allodynie, et de trouble psychiatrique décelable.

La perte de rembourrage de la pulpe de l'index gauche et la raideur de sa dernière articulation interphalangienne étaient certainement en lien de causalité naturelle avec l'accident, de même que la possible maladie de Sudeck atypique secondaire ayant guéri en 2012. Par contre, le syndrome douloureux qui s'était progressivement étendu à tout le membre supérieur gauche puis à l'hémicorps gauche n'était certainement pas en lien de causalité naturelle avec un trouble ostéo-articulaire ou neurologique. En particulier, le diagnostic d'allodynie ne pouvait pas être retenu et il n'y avait aucune atteinte à la santé psychique. La possible maladie de Sudeck atypique de l'index gauche avait vraisemblablement guéri en moins d'une année, notamment sans la moindre anomalie résiduelle à la scintigraphie osseuse de mai 2012. Sur le plan médical, la situation avait dû se stabiliser à la fin de l'année 2012 avec comme séquelles une maigreur et une raideur distales de l'index. A partir de là, l'évolution des troubles objectivables avait été stationnaire, ne nécessitant pas de traitement médical particulier, hormis un encouragement à l'utilisation du doigt. Les traitements entrepris depuis lors étaient liés au syndrome douloureux progressif de nature non somatique et non psychiatrique. L'index gauche ne nécessitait pas de traitement particulier et ne devrait pas affecter de façon significative la pleine capacité de travail résiduelle ni le rendement. L'état de cet index ne permettait pas à l'assuré de bouger sa dernière phalange normalement, ce qui constituait une gêne mineure dans la fonction globale d'une main non dominante. Les autres positions et fonctions corporelles n'étaient pas entravées. A cet égard, il fallait rappeler que de nombreux menuisiers travaillaient normalement avec des séquelles plus graves, comme l'amputation de l'extrémité d'une partie des

doigts longs de leur main non dominante. La capacité de travail était totale dans l'activité habituelle. L'extrémité distale de l'index gauche était le siège d'une maigreur et d'une limitation fonctionnelle dont le taux d'atteinte à l'intégrité ne devrait pas dépasser 5 %, correspondant à la perte de deux voire trois phalanges d'un doigt selon les tables de la SUVA.

36. Le 24 mai 2017, la SUVA a communiqué les rapports des experts à l'assuré. Il en ressortait que le syndrome douloureux allégué ne reposait pas sur des faits médicaux objectivables ou sur un diagnostic médical reconnu. La capacité de travail était entière et l'atteinte à l'intégrité de 5 % tout au plus. L'assuré n'était pas invalide. Objectivement, en faisant abstraction de ses plaintes, un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieur à 5 % n'était pas justifié. La SUVA envisageait ainsi de confirmer le refus de rente et de ramener ladite indemnité à 5 %. Elle a attiré l'attention de l'assuré sur la possibilité de retirer son opposition.
37. Dans un rapport du 19 mai 2017, la Dresse P_____ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire. Le pronostic était réservé et la capacité de travail nulle.
38. Le 16 juin 2017, l'assuré s'est déterminé sur les rapports d'expertise, qu'il a contestés. Il a affirmé présenter un CRPS du nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index avec allodynie mécanique grave. Cette atteinte était mentionnée dans l'anamnèse du Dr Q_____ et dans le rapport du Dr S_____, mais les experts ne s'étaient aucunement prononcés sur ce diagnostic. Les expertises étaient ainsi dénuées de force probante. L'assuré a repris le contenu d'un rapport de M. N_____ du 13 juin 2017, qu'il a joint à ses observations. Il a allégué que les expertises révélaient une méconnaissance du dossier médical, du CRPS et de l'allodynie, qui devait conduire la SUVA à les écarter et à retenir une invalidité complète. L'assuré concluait ainsi, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité complète et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 40 %.

Le rapport joint de l'ergothérapeute retenait les diagnostics de CRPS du nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index gauche avec allodynie mécanique. En substance, il ressortait de ce rapport que l'assuré avait « de manière objectivable un arc-en-ciel des douleurs rouge ». Il présentait une douleur continue et les trois critères diagnostiques d'un CRPS de Budapest, ainsi qu'une allodynie mécanique statique grave du nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index avec un débordement extraterritorial bien connu : les douleurs au toucher débordaient du territoire maximal de distribution cutanée du nerf médian et tout l'hémicorps gauche en était affecté. M. N_____ a ensuite discuté les différentes expertises. Le Dr Q_____ ne se prononçait pas sur un CRPS mais une maladie de Sudeck. Dès lors que ce médecin n'avait pu tester la sensibilité cutanée, il ne pouvait exclure le diagnostic d'allodynie, définie comme une douleur résultant d'un stimulus qui ne provoque normalement pas de douleur. En outre, ce n'était pas parce que ce médecin n'avait

pas été capable d'effectuer un examen clinique et d'objectiver des lésions axonales que l'assuré n'en avait pas. Quant au Dr S_____, il avait décrit que son expertise se fondait sur une neurographie du nerf médian. Ce propos portait à confusion. En effet, ce neurologue décrivait une réponse positive du nerf médian avec recueil sur le majeur. Cet examen paraclinique n'était pas valide pour établir que l'assuré pas de lésions axonales du nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index. Cette grossière erreur n'était pas une faute de frappe, car l'assuré affirmait spontanément que le Dr S_____ avait placé l'électrode sur le majeur et non l'index. Ce dernier avait en outre indiqué qu'au terme du séjour à la CRR, le diagnostic d'une éventuelle algodystrophie avait été exclu. L'ergothérapeute notait qu'il ne savait pas du tout comment l'expert parvenait à cette conclusion. De plus, cette affirmation n'excluait pas le diagnostic de CRPS de Budapest. L'allodynie était l'expression de lésions axonales. Il s'agissait d'une hypoesthésie paradoxalement douloureuse au toucher qui provenait de lésions de neurofibres alpha responsables du tact, autrement dit de lésions neurologiques. Ni l'expertise du Dr Q_____ ni celle du Dr S_____ ne permettaient de l'infirmier. L'ergothérapeute a complété son rapport par certaines suggestions thérapeutiques et l'a accompagné de plusieurs articles médicaux.

39. Par décision du 23 juin 2017, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré et modifié sa décision en ramenant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5 % et a confirmé sa décision pour le surplus. Après avoir rappelé les dispositions régissant le droit aux prestations de l'assurance-accidents, elle a renvoyé aux rapports des Drs Q_____, R_____ et S_____, qui excluaient des diagnostics invalidants et considéraient que la situation s'était stabilisée à la fin de l'année 2012. L'évolution avait été stationnaire depuis et ne nécessitait aucun traitement médical particulier. La SUVA a repris les conclusions du Dr Q_____. Elle a affirmé que nul ne contestait expressément le fait que les experts étaient parvenus à des résultats concluants. Le rapport de l'ergothérapeute et la littérature médicale ne contenaient pas d'indices concrets permettant de mettre en doute la fiabilité des conclusions interdisciplinaires de l'expertise médicale, ou qui démontreraient au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence de séquelles douloureuses physiques de l'accident du 1^{er} juin 2011. Le seul fait que des douleurs soient apparues après un accident ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle entre ces deux événements. Au vu des conclusions des experts, la capacité de gain de l'assuré n'était pas entravée et il n'y avait aucune invalidité selon la définition de l'assurance-accidents. En ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité, l'expertise retenait que l'extrémité distale de l'index gauche était le siège d'une maigreur et d'une limitation fonctionnelle, et le taux ne devait pas dépasser 5 % par analogie avec les tables de la SUVA. En d'autres termes, d'un point de vue objectif, en faisant abstraction des effets particuliers de l'atteinte dont l'assuré se plaignait, un taux supérieur à 5 % n'était pas justifié.

40. Par écriture du 28 août 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition de M. N_____, en réservant la possibilité de requérir l'audition des Dresses P_____ et J_____, sur le fond à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit constaté qu'il présentait une incapacité de travail complète dans toute activité depuis le 1^{er} juin 2011, à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit à une rente complète d'invalidité, au renvoi de la cause à l'intimée pour calcul de la rente et à l'octroi d'une rente indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 40 %, soit CHF 50'400.-, et subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit mise en œuvre.

Il a rappelé le contenu des différents rapports médicaux, dont il estimait qu'ils faisaient la preuve de son invalidité complète. Il a soutenu que la hiérarchie des moyens de preuve « d'ordre expertal » consacrait une inégalité des armes entre l'assuré et l'administration. En effet, le raisonnement selon lequel le médecin traitant pouvait être enclin en cas de doute à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui les liait était inique. Cette conception devait également s'appliquer aux médecins mandatés par l'assurance au regard du lien de dépendance économique créé, susceptible de favoriser le partenaire contractuel. On ignorait l'étendue des liens économiques entre les experts et l'intimée en l'espèce. En outre, les rapports des experts ne satisfaisaient pas aux exigences jurisprudentielles. Sur ce point, le recourant a repris les griefs déjà développés et le rapport de l'ergothérapeute du 13 juin 2017. Il a répété que ni le CRPS de Budapest, ni l'allodynie n'avaient fait l'objet d'examens complets. L'affirmation toute générale selon laquelle les troubles sensitifs intéressant l'ensemble de l'hémicorps gauche ne pouvaient être mis sur le compte d'une plaie mineure de la pulpe de l'index montrait la méconnaissance de l'expert sur ce type de trouble, dans la mesure où les débordements extraterritoriaux étaient bien connus des professionnels. Il convenait en outre de souligner la discrédance entre le diagnostic du Dr Q_____ affirmant l'absence de trouble neurologique objectivable et les examens cliniques menés, puisqu'il n'avait pu tester ni la mobilité passive, ni la sensibilité cutanée, ni la force. Le recourant a répété ses griefs à l'encontre du Dr S_____, dont les conclusions confirmaient la suspicion de partialité. Le Dr S_____ se moquait en effet du recourant, évoquant notamment un comportement douloureux caricatural extrême. Il ne s'était ainsi pas borné à une constatation neutre des faits avec la retenue qui pouvait être valablement attendue d'un expert.

41. Dans sa réponse du 26 octobre 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours.

Elle s'est référée aux conclusions des experts, en alléguant notamment que le syndrome douloureux de l'hémicorps gauche observé chez le recourant ne

présentait aucun lien de causalité naturelle avec un trouble ostéo-articulaire. Les expertises devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisqu'elles reposaient sur des examens complets et une étude fouillée du dossier, et qu'aucun indice concret ne permettait de douter de leur bien-fondé. C'était en vain que le recourant reprochait à l'expert neurologue de ne pas avoir discuté plus largement le diagnostic de CRPS. Il fallait en effet bien admettre que l'appréciation de cet expert était parfaitement claire et complète s'agissant de l'allodynie observée. Or, c'était la nature accidentelle ou non de ces symptômes qui constituait la problématique médicale déterminante. Certes, le Dr S_____ n'avait pas expressément exclu le diagnostic de CRPS, lequel avait au demeurant été exclu de façon consensuelle par les médecins de la CRR, mais ce motif ne suffisait pas à remettre en cause les conclusions de l'expert neurologue. L'assuré n'avait du reste formulé aucune réquisition de preuve lorsque l'expertise discutée lui avait été soumise pour prise de position. Le neurologue n'avait pas non plus manqué de retenue. Le fait pour un médecin de qualifier un comportement de « caricatural » ou de « grotesque » ne relevait pas du jugement de valeur, mais se rapportait à la description d'une attitude observée. En outre, les autres documents figurant au dossier n'invalidaient pas les conclusions consensuelles des Drs R_____, S_____ et Q_____, dès lors que leur contenu succinct ne remettait pas en cause le bien-fondé de l'avis convaincant et cohérent exprimé par les experts. La décision de l'intimée n'était ainsi pas critiquable en tant qu'elle excluait chez le recourant toute incapacité de travail postérieure au 31 mars 2015. N'étant pas remise en cause pour le surplus, elle devait être confirmée.

42. Par réplique du 29 novembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'utilisation des termes « grotesque » et « caricatural » dans un rapport médical n'avait pas été analysée par la jurisprudence en lien avec la valeur probante d'un tel rapport. Il a répété que l'expert lui aurait intimé d'« arrêter son cinéma » alors qu'il était en proie à d'intenses douleurs. L'ENMG avait en outre été pratiqué sur le majeur. Les examens médicaux réalisés par les différents experts étaient critiquables par le choix des moyens infligeant d'intenses douleurs au recourant et l'absence de recours au procédé ordinaire de l'évaluation de la douleur neuropathique. La présence d'une allodynie et une douleur disproportionnée étaient des signes cliniques pouvant évoquer un CRPS de Budapest. En sus de ces éléments, les multiples mentions d'un tel diagnostic, la douleur continue et les autres symptômes rapportés commandaient d'analyser précisément le diagnostic de CRPS. Partant, l'expertise était lacunaire. L'apparition d'un CRPS résultait dans la majorité des cas d'une lésion, même infime, touchant une extrémité, ce qui était précisément son cas. La réalité de ses douleurs ne pouvait qu'être valablement rattachée à un CRPS et le diagnostic devait être posé à l'aune des critères de Budapest. Cet état pathologique rare avait déjà été qualifié d'invalidant par la jurisprudence. Le recourant a souligné que les Drs P_____, J_____ et G_____

ainsi que ses ergothérapeutes pourraient également être entendus afin de s'expliquer sur leur diagnostic de CRPS. L'argument sur l'absence de réquisition de preuve relevait de la pure mauvaise foi dès lors que le recourant avait valablement transmis ses observations, lesquelles démontraient que les experts n'avaient pas procédé aux examens adéquats.

43. Le 19 février 2018, la chambre de céans a fait part aux parties de son intention de confier une expertise neurologique aux docteurs T_____ et U_____, médecins au Service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), et leur a imparti un délai pour se déterminer sur le choix des experts et la liste des questions qu'elle entendait leur soumettre.
44. Par écriture du 9 mars 2018, le recourant a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à l'encontre des experts et a formulé des précisions quant aux questions qui seraient soumises aux experts.
45. Par courrier du 21 mars 2018, l'intimée en a fait de même.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} 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).

Malgré leur formulation, les conclusions du recourant seront interprétées comme tendant à la condamnation de l'intimée au versement des prestations en cause, et non comme purement constatatoires. Elles sont dès lors recevables (arrêt du Tribunal fédéral 9C_854/2016 du 21 juillet 2017 consid. 1).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
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).

6. Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).
7. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 3).

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).

8. En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs

permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il y a lieu d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, de prendre en considération un certain nombre d'autres critères déterminants (arrêt du Tribunal fédéral 8C_146/2015 du 22 juillet 2015 consid. 3). Ces critères portent notamment sur les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident et la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3).

9. a) 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

b) 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).

c) 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).

10. En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer si les rapports médicaux versés au dossier peuvent se voir reconnaître valeur probante et permettent de trancher le litige.

A l'évidence, les rapports des médecins traitants ne satisfont pas les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus, dans la mesure où aucun de ces rapports n'est suffisamment motivé s'agissant des diagnostics retenus et des incapacités de travail admises. Si les rapports de M. N_____ sont relativement détaillés, ils ne suffisent pas non plus à établir l'incapacité de travail et de gain du recourant, dès lors que leurs conclusions reposent essentiellement sur les plaintes de ce dernier et non sur des éléments objectivables, et qu'ils n'émanent en outre pas d'un médecin.

S'agissant des rapports des experts, la chambre de céans relève ce qui suit.

Au plan neurologique, le Dr S_____ a exclu tout diagnostic neurologique. Cependant, compte tenu des difficultés relatives par cet expert, on ignore si les examens nécessaires ont pu être pratiqués dans les règles de l'art. S'agissant en outre de l'ENMG, si le rapport relatif à cet examen indique certes l'index comme point de recueil, il faut noter que l'expert a par deux fois mentionné le majeur comme point de recueil dans son expertise. Cette discrédance suffit déjà à jeter un doute sérieux sur son rapport, en tant qu'il se fonde notamment sur les résultats de cet examen.

Par ailleurs, les conclusions de ce spécialiste sont insuffisamment motivées, et il n'expose pas les éléments sur lesquels il fonde son diagnostic neurologique. En effet, alors que la plupart des médecins – dont le Dr H_____, médecin d'arrondissement de l'intimée – ont retenu une allodynie, certains intervenants ayant diagnostiqué un CRPS, le Dr S_____ se contente de signaler l'existence d'un phénomène pseudo-allodynique. Au vu des nombreux rapports médicaux en contradiction avec cette appréciation, il était indispensable que l'expert expose de manière circonstanciée les raisons qui lui permettaient d'écarter formellement une allodynie et un CRPS. Compte tenu de son mandat, on attendait en outre de l'expert qu'il donne des explications sur la nature du phénomène pseudo-allodynique rapporté et qu'il détaille ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail et de gain du recourant ou motive leur absence. On peine également à le suivre lorsqu'il signale que l'altération de la sensibilité n'est pas convaincante. En effet, cette affirmation est dénuée d'explications scientifiques. Le Dr S_____ relate

certes à l'appui de ses conclusions que l'allodynie et le CRPS du nerf collatéral palmo-ulnaire de l'index gauche contrastent avec le territoire concerné. Il ne s'agit cependant pas là d'une explication suffisamment étayée pour emporter la conviction. Au demeurant, on ne peut exclure au vu de cette observation que les douleurs sur une partie du territoire soient compatibles avec les diagnostics d'allodynie et de CRPS retenus par les autres médecins, auquel cas il y aurait lieu d'en tenir compte. En outre, l'expert ne pouvait se borner à retenir que les troubles sensitifs ne peuvent « bien entendu » pas être mis sur le compte d'une plaie relativement mineure. Il s'agit là aussi d'une conclusion trop péremptoirement formulée, à laquelle on ne peut se rallier à défaut de comprendre le raisonnement scientifique qui la motive. Enfin, le Dr S_____ a retenu qu'il n'existait aucune anomalie objective sur le plan neurologique. Compte tenu de la sudation observée à la pointe de l'index, qui relève d'un phénomène objectivable, et du fait que les mouvements fins sont abolis, cette conclusion paraît contradictoire.

S'agissant des expertises des Drs Q_____ et R_____, il n'est pas indispensable à ce stade de la procédure de se pencher sur leur valeur probante. En effet, dès lors qu'il apparaît que les atteintes à la santé dont se plaint le recourant sont essentiellement d'ordre neurologique, il est suffisant dans un premier temps d'ordonner une expertise judiciaire dans ce domaine. On notera du reste qu'il n'est pas certain que l'intimée doive répondre d'éventuels troubles psychiques, cette question devant le cas échéant être analysée à l'aune des critères développés par la jurisprudence en matière de causalité adéquate entre un accident et une atteinte psychique.

11. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, elle sera confiée aux docteurs T_____ et U_____, à l'encontre duquel les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation, étant en outre précisé que la chambre de céans a intégré dans la mission d'expertise qui leur est confiée les précisions requises par les parties.

C'est ici le lieu de rappeler que conformément à son devoir de collaborer, le recourant a l'obligation de se soumettre aux examens médicaux ou techniques qui se révèlent nécessaires à l'appréciation du cas et qui peuvent être raisonnablement exigés (cf. art. 28 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des

conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_502/2013 du 14 octobre 2013 consid. 2). Cette obligation de collaborer est le corollaire du devoir d'instruction d'office, qui est applicable tant dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 28 ad art. 43). S'agissant de l'exigibilité des examens médicaux, on soulignera que la réalisation d'un examen médical se fait sous la responsabilité du médecin qui l'accomplit, et qui doit s'en tenir aux connaissances scientifiques. Les examens usuels d'un centre d'expertise doivent généralement être considérées comme exigibles, sauf circonstances concrètes allant dans le sens contraire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 4.2).

Partant, il y a lieu d'attirer l'attention du recourant sur le fait que s'il ne collabore pas aux examens médicaux que l'expert estimera compatibles avec son état de santé, il supportera le défaut de preuve (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise neurologique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
 2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives de M. A_____.
 3. Constatations objectives. Le cas échéant, préciser si certains examens n'ont pu être réalisés en raison de l'état de santé de M. A_____.
 4. Diagnostic(s).
 5. Répondre aux questions suivantes:
 - a) Le recourant présente-t-il des troubles neurologiques? Si oui, lesquels et depuis quand ?
 - b) Les plaintes de M. A_____ sont-elles objectivées du point de vue neurologique? Veuillez en particulier vous prononcer sur les diagnostics d'allodynie, d'algodystrophie et de CRPS selon les critères de Budapest, en donnant des explications sur la nature de ces atteintes et en indiquant si elles reposent sur un substrat organique objectivable et en détaillant les outils d'évaluation utilisés.
 - c) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
 6. L'accident du 1^{er} juin 2011 est-il la cause unique ou une cause partielle (« *conditio sine qua non* ») des atteintes neurologiques de M. A_____? Plus précisément, le lien de causalité avec l'accident est-il possible (moins de 50 % dû à l'accident), probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou certain (100 % dû à l'accident) ?
 7. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 1^{er} juin 2011 qui ont contribué, avec ledit accident, à l'atteinte à la santé de M. A_____?
-

8. Le cas échéant, à partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
 9. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de M. A_____, en pourcent.
 10. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de M. A_____, en pourcent.
 11. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis le 1^{er} juin 2011, en tant que menuisier.
 12. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, son évolution dans le temps, et indiquer le domaine d'activité adapté.
 13. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 14. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
 15. Déterminer le traitement médical approprié des atteintes neurologiques de M. A_____. Dans ce cadre, veuillez préciser si un traitement permettrait une amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail, et dans l'affirmative lequel. Veuillez également vous prononcer sur l'adéquation du traitement médicamenteux de M. A_____ et sur son éventuelle incidence sur sa capacité de travail.
 16. Indiquer si l'atteinte due à l'accident constitue une atteinte à l'intégrité physique durable? Si oui, à quel degré ? Prière de motiver votre appréciation en référence aux tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA de la SUVA.
 17. Si les experts s'écartent des conclusions des médecins traitants et du Dr S_____ et de M. N_____, dire pourquoi.
 18. Formuler un pronostic global.
 19. Toute remarque utile et proposition des experts.
3. Commet à ces fins les docteurs T_____ et U_____, médecins au Service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois ;
 4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
 5. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le