



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3518/2017

ATAS/104/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 février 2020

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; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

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. Cet accident a fait l'objet d'une déclaration à la Suva le 9 juin suivant.
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 du 14 au 30 juin 2011. Cette incapacité de travail a été régulièrement prolongée par la suite par les médecins de cette unité.
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 de raideur, de douleur chronique et de perte de sensibilité.
6. Selon les indications de l'employeur du 16 mars 2012, l'assuré aurait perçu un salaire horaire de CHF 25.- en 2011 et de CHF 27.- en 2012, indemnités de 8.33 % pour vacances et de 8.33 % pour 13^{ème} salaire non incluses. La durée de travail était de 42 heures par semaine.
7. 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.
8. Lors d'un entretien du 28 mars 2012 avec la Suva, l'assuré a décrit un état de santé stationnaire.
9. 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 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 chez un patient droitier, l'index de la main gauche était émâcié, légèrement plus froid, transpirant dans sa partie distale. Il existait une déformation de l'ongle de l'index gauche. A la palpation, ils 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 de l'interphalangienne proximale et de l'interphalangienne 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. Les rapports articulaires étaient conservés. Une scintigraphie osseuse triphasique réalisée le 7 mai 2012 ne montrait pas d'asymétrie de captation. L'examen était normal. 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, semblant attendre de ne plus avoir de douleurs avant de pouvoir toucher son doigt. 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 des croyances magiques de guérison et une peur de la douleur. Le consultant en chirurgie de la main avait retenu qu'onze mois après une plaie pulpaire, il persistait une allodynie du 2^{ème} doigt gauche. 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. Le bilan de sensibilité mettait en évidence une allodynie de la face palmaire de la phalange distale de 0,2 à 0,03 g et à 0,16 g sur la face dorsale de la phalange distale de l'index. 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 à visée de reconditionnement global et d'intégration de la main gauche. La participation aux thérapies était jugée moyenne chez un assuré n'en voyant pas l'intérêt. 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. On prévoyait à la sortie la poursuite de la désensibilisation. L'assuré était encouragé à intégrer son index gauche dans les activités de la vie quotidienne. Au plan socio-professionnel, les médecins de la CRR ont rappelé que l'assuré travaillait comme ouvrier menuisier avec un permis de touriste au moment de son accident. Il n'avait pas de permis de séjour. La situation médicale n'était actuellement pas stabilisée. On

pouvait s'attendre à une évolution difficile chez un assuré centré sur ses douleurs. Un contrôle par le médecin d'agence serait utile trois à quatre mois plus tard. 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.

10. 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.
11. 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. Ce dernier a résumé le dossier. L'assuré se plaignait d'une aggravation de la douleur depuis son séjour à la CRR et il était très gêné par le froid. Sur le plan de la mobilité, il était très limité pour se servir de sa main gauche et il considérait qu'il ne pouvait pas l'utiliser. Lors du status, le Dr F_____ a constaté qu'à gauche, l'enroulement des doigts était incomplet. L'index restait pendant tout l'examen en position de triple flexion figée. Le reste des doigts longs était normal. La palpation de l'ensemble des doigts était considérée comme 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. Il convenait de continuer la prise en charge de la douleur, la prise en charge par le chirurgien de la main et, en fonction de leur avis, la poursuite de l'ergothérapie. Les aides techniques, comme les gants, attelle, ou autres moyens auxiliaires seraient à la charge de la Suva en attendant une stabilisation du cas.
12. 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.
13. Le 25 avril 2013, l'assuré a eu un entretien avec la Suva. Il était désormais uniquement suivi par le Dr G_____, mais poursuivait l'ergothérapie aux HUG. Il ressentait des douleurs au bras jusqu'aux cervicales. Il portait une attelle la nuit comme protection pour pouvoir dormir plus facilement mais d'après le médecin, il

devait s'en passer autant que possible pendant la journée. Son état avait empiré depuis son séjour à la CRR.

14. Lors d'un nouvel entretien avec la Suva le 18 juillet 2013, l'assuré a exposé que le Dr G_____ lui avait fait deux injections. A la suite de la deuxième, il n'avait plus pu manger pendant quatre jours. La troisième infiltration prévue avait été annulée, car les deux précédentes n'avaient eu aucun effet. Le prochain rendez-vous était fixé au 15 août 2013, pour discuter de la pose d'un neurostimulateur. Cependant, cette intervention n'était pas garantie et comportait de gros risques. L'assuré hésitait donc à l'accepter. L'ergothérapie se poursuivait à raison d'une séance par semaine. Il n'y avait cependant pas d'amélioration, au contraire. L'assuré avait des douleurs des cervicales aux doigts de la main gauche. Il avait des fourmillements, ne supportait ni le froid ni le chaud, et il prenait toujours des médicaments. Il faisait également état de problèmes psychologiques car il n'arrivait pas à accepter sa situation et il restait concentré sur ses troubles. Il avait vu un psychiatre une fois mais il était persuadé que cela ne servait à rien. Il avait bien progressé en français.
15. Selon les renseignements transmis par l'employeur le 29 juillet 2013, le revenu de l'assuré n'aurait pas varié en 2013.
16. 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.
17. Le 10 octobre 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré. Après avoir résumé son dossier, il a relaté ses plaintes. L'assuré disait que son état était identique, 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 la survenance d'un syndrome algodystrophique et la persistance de douleurs allodymiques importantes. Celles-ci étaient rebelles à tous les traitements instaurés jusqu'à ce jour. Une stimulation médullaire par le Dr G_____ avait été évoquée récemment, mais l'assuré n'y était pas favorable. Le cas était stabilisé à ce jour. L'ancienne activité de menuisier n'était pas exigible. Dans l'exercice d'une activité mono-manuelle, uniquement de la main droite, réalisée indifféremment en position assise 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.

A la même date, 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 %.

18. Par décision du 29 janvier 2014, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a nié le droit de l'assuré à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies, dès lors que l'assuré ne justifiait pas de trois années d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité. Selon le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail raisonnablement exigible était totale sans baisse de rendement depuis mai 2012. La comparaison du revenu sans invalidité (CHF 63'882.- en 2012) et du revenu avec invalidité (soit CHF 62'217.- selon l'Enquête Suisse sur la structure des salaires [ESS], tableau TA1, pour un homme exerçant dans tous les secteurs confondus une activité de niveau 4 [activités simples et répétitives] pour l'année 2012, avant réduction de 10 %), il en découlait une perte de gain de 12.35 %, arrondie à 12 %.
19. Le 13 février 2014, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté suivre l'assuré pour un problème psychique suite à l'accident de la main gauche.
20. Dans un courrier du 28 février 2014, la Dresse I_____ a précisé que l'assuré était suivi depuis janvier 2014 pour un problème de stress post-traumatique à la suite de son accident de juin 2011. L'incapacité de travail totale devrait être réévaluée. Le refus de l'OAI avait dégradé son état et avait réactivé tous les symptômes du traumatisme. L'assuré se trouvait dans une impasse. La situation lui pesait énormément et aggravait l'intensité de ses douleurs.
21. Dans son rapport du 28 mars 2014, la Dresse I_____ a indiqué l'assuré n'avait jamais été d'accord de se soumettre à un suivi psychiatrique, car ses douleurs étaient au doigt. Il présentait tous les symptômes du syndrome de stress post-traumatique : cauchemars, reviviscences, sentiment de revivre l'accident et difficultés à dormir, avec beaucoup de réveils nocturnes en raison des douleurs. Dans un premier temps, l'assuré avait décrit une amélioration de son sommeil ainsi que des douleurs, avant de signaler ces derniers temps une péjoration de son état général en raison d'une importante fatigue et de sa situation générale, sans permis de séjour ni revenu assuré.
22. 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 de ce point de vue.
23. Dans un rapport du 24 avril 2014, le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir examiné l'assuré. Ce dernier 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 l'assuré présentait parfois un phénomène de lâchage, mais la force était excellente entre les phénomènes de lâchage. 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. Dans l'appréciation du cas, il 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 avec ses médecins 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).

24. Dans son rapport du 9 mai 2014, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en neurologie, 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.
25. 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.
26. Selon une note d'entretien du 20 juin 2014, l'assuré a indiqué à la Suva que les consultations chez le psychiatre ne l'aidaient pas à aller de l'avant. Il restait centré sur son handicap. Il dormait mieux mais prenait toujours beaucoup de médicaments. Il réfléchissait à son avenir mais il lui était difficile de se projeter au plan professionnel avec une seule main.
27. Dans son rapport du 22 août 2014, la Dresse I_____ a indiqué que l'assuré poursuivait son suivi, qui serait désormais axé sur l'acceptation des décisions des autorités.
28. Lors d'un entretien du 17 octobre 2014, l'assuré a déclaré à la Suva que son état avait tendance à s'aggraver. Il avait conservé son traitement médicamenteux. S'il ne prenait pas le MST®, il souffrait beaucoup plus. Cependant, ce médicament le rendait incapable de faire la moindre des choses. Il ne pouvait pas parler, se sentait très fatigué, assommé, comme ailleurs. Il dormait mal, avait un sommeil très agité,

faisait des cauchemars. Il avait toujours des douleurs de la main jusqu'à la nuque et il ne supportait plus du tout les vibrations. Il n'arrivait toujours pas à accepter sa situation et à aller de l'avant. Il ne pouvait pas envisager l'avenir, se sentait inutile, incapable de travailler. Il portait une attelle pour la nuit. Il portait aussi une écharpe pour soutenir son bras. En effet, il ne pouvait pas le laisser ballant le long du corps. Il ne voyait vraiment pas ce qu'il pourrait faire avec un seul bras au plan professionnel.

29. 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 noté que selon l'assuré, la prise des médicaments le fatiguait beaucoup et était source de difficultés à fonctionner au quotidien. Elle avait également un impact sur sa mémoire ou sa capacité à se concentrer. Son état continuait à empirer. Il avait déjà vécu une première et nette péjoration après son séjour à la CRR. Actuellement, ce qui le gênait le plus étaient les douleurs de la main gauche et du bras. L'assuré se disait très fatigué, démotivé, ayant une vision de plus en plus négative de son avenir. Globalement, son humeur fluctuait avec des moments d'abattement en lien avec son contexte existentiel, qu'il qualifiait de catastrophique, avec un avenir perçu comme complètement bouché. Il repensait à son accident qui parfois venait le hanter dans ses cauchemars. Il ne signalait pas de crise anxieuse, mais des ruminations interrogatives et inquiètes sur son avenir, qu'il considérait comme normales compte tenu du contexte dans lequel il vivait. Il se sentait diminué et inutile, vivant difficilement le fait de devoir être aidé pour des gestes aussi simples que le laçage de ses chaussures. Il ne comprenait pas pourquoi les médecins n'arrivaient pas à trouver une solution. Il exprimait également son désaccord face à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % octroyée, car il estimait être devenu totalement mono-manuel et ne plus pouvoir œuvrer dans une quelconque activité manuelle. Objectivement, le Dr M_____ retenait que l'assuré paraissait tendu et parfois revendicateur, mais dans l'ensemble collaborant. Au plan cognitif, on ne trouvait pas de trouble du cours ou du contenu de sa pensée. La maîtrise du français était médiocre. Son discours était clair et bien structuré, mais quasi uniquement centré sur ses plaintes. Les capacités d'élaboration étaient présentes. Il s'agissait visiblement d'une personne intelligente. L'assuré était orienté dans les quatre modes et maintenait parfaitement le focus d'attention durant toute la durée de l'entretien, malgré le fait qu'il se plaigne de difficultés de mémoire et de concentration. La tristesse n'apparaissait que lorsque certains thèmes étaient abordés, surtout à l'évocation des séquelles physiques ou de son avenir. À ces moments, il exprimait un découragement et une vision très clairement négative et pessimiste de son existence. On ne relevait pas de ralentissement vocal, moteur ou idéique. Il n'y avait pas de culpabilité pathologique, l'assuré se positionnait entièrement en tant que victime. Aucune élévation pathologique de l'humeur ni idéation suicidaire n'était notée. Ni l'histoire personnelle ni les constatations objectives ne parlaient en faveur d'un trouble de la personnalité préexistant. Le Dr M_____ a considéré que les critères diagnostiques de l'état de stress post-

traumatique retenu par la Dresse I_____ n'étaient pas tous présents, car on ne pouvait pas réellement parler d'un vécu traumatique majeur dans le sens d'une exposition à un risque vital. En outre, l'assuré évoquait uniquement une symptomatologie du registre intrusif, principalement sous forme de réminiscences, dont il n'arrivait pas exactement à estimer la fréquence ni à décrire le contenu. Par contre, on ne relevait pas d'hyperréactivité neurovégétative ou de conduites d'évitement. Il existait bien évidemment des difficultés adaptatives en lien avec un contexte existentiel complètement désécurisé et bouleversé par le handicap. Par ailleurs, il n'était plus possible de retenir un diagnostic de trouble de l'adaptation au-delà de six mois d'évolution. Sur le plan de la capacité de travail, il n'y avait pas de pathologie psychiatrique significative mise en évidence. La poursuite d'un traitement psychiatrique pouvait être envisagée comme une forme de soutien, pour aider l'assuré à faire son deuil, à s'adapter à la perte de certaines compétences physiques, mais aussi pour l'accompagner dans cette période de vie difficile.

30. Le 16 janvier 2015, l'assuré, par son mandataire, a allégué qu'il ne devait pas être manipulé lors d'un examen. Il a produit un courrier de la Dresse J_____ du 16 décembre 2014, aux termes duquel il avait subi une plaie pulpaire du deuxième doigt de la main gauche, compliquée d'un syndrome régional complexe douloureux et d'une allodynie sévère.
31. 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 de l'algodystrophie.
32. Le 25 février 2015, la Suva a informé l'assuré du fait qu'elle mettait fin au paiement 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.
33. Selon les renseignements fournis par l'employeur, le revenu de l'assuré se serait élevé à CHF 27.50 de l'heure en 2014 et à CHF 28.- en 2015, multiplié par 42 heures hebdomadaires, indemnités de vacances de 8.33 % et 13^{ème} salaire non compris.
34. Le 18 mars 2015, la Dresse J_____ a notamment rapporté qu'une prise en charge par les ergothérapeutes restait indiquée, d'une part pour les attelles et d'autre part pour le suivi allodynique.
35. 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.

36. 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 rappelé les traitements mis en œuvre.

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, au premier plan de ce tableau, comme dans 64 % des CRPS, une allodynie mécanique statique était présente. Ce status douloureux permettait à peine à l'assuré de survivre. Il était absolument impensable de l'imaginer reprendre actuellement un travail. Il en était totalement incapable. L'allodynie mécanique était grave. L'hypersensibilité au toucher touchait 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, en particulier de l'insula. 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 6 et 12 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.

37. 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. Malgré la situation peu favorable, l'ergothérapeute souhaitait poursuivre la prise en charge de rééducation sensitive, en espérant que la situation se stabilise en respectant drastiquement la consigne de ne pas toucher l'hémicorps gauche, afin de trouver une zone de traitement et voir la situation évoluer. Un contrôle toutes les deux semaines était préconisé jusqu'à la libération d'une zone de traitement et la reprise du traitement.

38. Dans un document interne du 10 novembre 2015, la Suva a fixé le gain de valide à CHF 59'103.-, soit un montant de CHF 25.59 par heure, multiplié par 2132 heures, auquel s'ajoutait une indemnité de 8.33 %. Le salaire horaire correspondait au salaire de CHF 25.- en 2011, indexé à 2015.

La Suva a également défini cinq postes de travail adaptés à l'assuré parmi les descriptifs de postes de travail (DPT), en tant qu'opérateur de rangement atelier, employé au traitement thermique, ouvrier polyvalent, vendeur et empileur. Le revenu moyen tiré de ces activités était de CHF 56'698.40 en 2015. Selon les descriptifs joints, l'usage des deux mains était partiellement nécessaire dans trois de ces postes.

39. 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 gain mensuel de CHF 4'625.- réalisable sans l'accident, il en résultait une perte 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.-.
40. L'assuré s'est opposé à la décision de la Suva le 11 décembre 2015. Il a affirmé qu'il était établi qu'il souffrait d'un CRPS, auquel s'ajoutait une allodynie mécanique sévère, dans les suites d'une plaie pulpaire du 2^{ème} doigt de la main gauche. Il était contraint de prendre un lourd traitement médicamenteux, qui le ralentissait. Il ne pouvait utiliser l'entier de son bras gauche. Le moindre mouvement effectué par son bras gauche provoquait une douleur atroce. Même le port de vêtements sur l'hémicorps gauche était difficilement supportable. L'assuré avait besoin d'une aide constante pour tous les actes de la vie quotidienne, et ne pouvait notamment pas s'occuper comme il le souhaiterait de son nouveau-né, ce qui l'affectait profondément. Il a affirmé que tous les intervenants médicaux s'accordaient à le considérer totalement incapable de reprendre une activité professionnelle. Il était utopique de considérer qu'il était à même de reprendre une activité lucrative à 100 %. En effet, il lui était impossible et interdit de manipuler, de toucher ou de mettre à contribution son hémicorps gauche. Il lui était notamment impossible d'utiliser un ordinateur de manière efficace dans son état physique. Il n'avait aucune formation ou expérience professionnelle autre que ses années d'activité en tant que menuisier. Il ne maîtrisait que moyennement le français. Il

était ainsi irréaliste de considérer qu'il puisse trouver un emploi dans le secteur de l'industrie à Genève. Il n'avait aucune capacité de gain et était ainsi totalement invalide. Si malgré ces explications, la Suva devait tenir compte d'une capacité de gain résiduelle, elle devrait analyser en détail ses possibilités concrètes de travailler, en tenant compte des limitations fonctionnelles qui restaient à déterminer, au besoin à l'aide d'une expertise pluridisciplinaire. L'assuré a affirmé avoir entrepris toutes les démarches que l'on pouvait raisonnablement attendre de lui pour limiter son préjudice.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a allégué que nul ne contestait que son atteinte était importante, durable et grave. Les rapports médicaux indiquaient qu'il avait perdu beaucoup plus que l'usage du 2^{ème} doigt de la main gauche. En effet, depuis son accident, il ne pouvait plus utiliser l'entier de son bras gauche. Il y avait ainsi lieu de retenir une atteinte à l'intégrité de 50 % correspondant à la perte d'un bras, laquelle devait être réduite à 40 % au vu du caractère partiel de la perte.

S'agissant de l'effet suspensif, il bénéficiait de traitements médicaux remboursés par la Suva. Il était primordial qu'il puisse continuer à bénéficier de la prise en charge de son traitement par la Suva pendant la procédure, sans lequel sa santé serait mise en danger. Les conséquences d'un arrêt du traitement pourraient se révéler catastrophiques et entraîneraient une péjoration de son état. Il sollicitait ainsi la restitution de l'effet suspensif de la décision querellée, qui ne visait pas le maintien de prestations pécuniaires mais la prise en charge de médicaments, et revêtait une dimension humaine et médicale.

L'assuré a notamment joint 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 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 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.

41. Par décision incidente du 20 janvier 2016, la Suva a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif. Elle a retenu que la procédure en restitution de prestations versées à tort risquait d'être infructueuse, et son intérêt à retirer l'effet prévalait sur celui de l'assuré à obtenir les prestations en cause.
42. Saisie d'un recours contre cette décision du 20 janvier 2016, la chambre de céans l'a rejeté par arrêt du 18 mai 2016 (ATAS/381/2016). Elle a retenu qu'il était à ce stade impossible de conclure que l'assuré obtiendrait gain de cause. L'intérêt de la Suva à retirer l'effet suspensif à l'opposition l'emportait ainsi sur celui de l'assuré à

son rétablissement, d'autant plus que ce dernier décrivait une situation financière difficile.

43. 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 ce jour 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.
44. 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.
45. 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 modifications du traitement médicamenteux et avaient insisté auprès de l'assuré pour qu'il augmente progressivement son activité physique, par exemple en sortant marcher tous les matins et tous les après-midi au moins 10 minutes, puis en augmentant progressivement la durée de marche. En effet, l'assuré ne sortait pratiquement pas de chez lui et il était essentiel qu'il entretienne 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.

46. 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 par le

corps médical. Il l'avait humilié, lui ayant dit « *Arrête ton cinéma* ». Ces examens avaient causé d'intenses douleurs qui avaient conduit l'assuré à prendre de la morphine en quantité importante pendant trois jours. 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.

47. Le 21 avril 2017, la Suva a déclaré attendre le rapport final des experts. L'assuré aurait la possibilité de se déterminer sur sa valeur probante et de revenir dans ce cadre sur les griefs soulevés. S'il y avait lieu, l'expert en cause serait entendu sur ces points.

48. 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 de l'ensemble du membre supérieur gauche et 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 » et il aurait tout perdu depuis son accident. 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 suffisant 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-allodynique, 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 sensitives 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, associé 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-allodynique, il n'y avait pas d'anomalie objective sur le plan neurologique. En particulier, les réflexes tendineux étaient normatifs 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'agissait d'un tableau pseudo-allodynique de l'hémicorps gauche, sans substrat neurologique sous-jacent, lié à une pathologie psychiatrique ou à une majoration des symptômes. 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.

49. 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 pseudoantalgiques, 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. Il ne présentait pas d'angoisse ni de phobie spécifique. Il signalait des troubles de la mémoire, que l'examen 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-back*, 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. Il n'avait aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'hallucinations,

idées délirantes ou apragmatisme. Le Dr R_____ excluait ainsi l'ensemble des diagnostics de trouble psychotique. 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 d'invalidité, au sens médical, ne trouvait aucune explication médicale ou psychologique. Tous les traitements tentés n'avaient jamais permis de l'enrayer. Du point de vue psychique, en l'absence d'une pathologie de cet ordre, aucun traitement ne permettrait une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. S'agissant de la causalité naturelle, on pouvait vraisemblablement admettre que ses plaintes étaient en lien de causalité avec l'accident du 1^{er} juin 2011, mais en l'absence de pathologie avérée, il fallait admettre également que l'accident n'avait 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. Le pronostic n'était guère favorable. Le risque d'une chronicisation de l'état actuel était important. Du point de vue psychiatrique néanmoins, en l'absence de pathologie psychiatrique avérée, aucune évaluation d'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifiait. 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.

50. Le Dr Q_____ a également remis son rapport à cette date. 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 gauche 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 le plan de la table. Ce geste avait 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 aussi 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 ballotement 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, la main et tous les doigts de la main gauche 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 gauche, 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 paraunguérales 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 de l'index gauche post-traumatiques ; 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 fut stationnaire, ne nécessitant pas de traitement médical particulier, si ce n'est un encouragement à l'utilisation de son 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. 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. Son index ne devrait pas affecter significativement son rendement au travail. 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 % (perte de deux voire trois phalanges d'un doigt selon les tables de la Suva).

51. Le 24 mai 2017, la Suva a communiqué les expertises 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 était tout au plus de 5 %. 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'est 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.

52. 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.
53. 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. Ce diagnostic était mentionné dans l'anamnèse du Dr Q_____ et dans le rapport du Dr S_____, mais les experts ne s'étaient aucunement prononcés à ce sujet. 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 rouges ». 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 provoquait 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 n'avait 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.

54. 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, si ce n'est 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. Aucun traitement médical particulier n'était nécessaire. L'état de l'index gauche de l'assuré ne nécessitait pas de traitement particulier et ne devrait pas affecter de façon significative sa pleine capacité de travail résiduelle. Il devait lui permettre de bouger sa dernière phalange normalement et constituait une gêne mineure. De nombreux menuisiers travaillaient normalement avec des séquelles plus graves. La Suva a affirmé que nul ne contestait expressément le fait que les experts étaient parvenus en toute connaissance de cause et à l'issue de leurs propres examens 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.
55. 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 D^{rs} 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 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 qu'ils ont nouée entre eux 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 en 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 attendue d'un expert.

56. 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 ici 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, dont la valeur probante ne saurait être réduite à ce diagnostic. Le recourant 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 méritait d'être confirmée.

57. 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 autant de signes d'examen pouvant donner lieu à retenir le diagnostic d'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 justice vaudoise. Le recourant a conclu à l'audition de M. N_____. 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, couplées aux divers documents médicaux figurant déjà au dossier, démontraient que les experts n'avaient pas procédé aux examens adéquats.
58. 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.

59. 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.
60. Par courrier du 21 mars 2018, l'intimée en a fait de même.
61. Par ordonnance du 23 mars 2018 (ATAS/261/2018), intégrant les précisions et questions requises par les parties, la chambre de céans a confié une expertise neurologique aux Drs T_____ et U_____.

Elle a retenu que les rapports des médecins traitants étaient insuffisamment motivés pour se voir conférer valeur probante. Tel était également le cas des rapports établis par M. N_____, qui reposaient essentiellement sur les plaintes du recourant et non sur des éléments objectivables. En ce qui concernait les expertises, en particulier le volet neurologique, on ignorait si les examens nécessaires avaient pu être pratiqués dans les règles de l'art. En outre, le rapport d'ENMG mentionnait l'index comme point de recueil, mais le Dr S_____ avait à deux reprises cité le majeur comme point de recueil dans son expertise. Cette discrédance jetait un doute sérieux sur son rapport, dont les conclusions n'étaient en outre pas suffisamment motivées. Le Dr S_____ n'exposait en effet pas les éléments sur lesquels il fondait son diagnostic de phénomène pseudo-allodymique, en contradiction avec l'allodynie retenue par de nombreux médecins, et n'avait pas mentionné ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail et de gain du recourant. En outre, l'expert ne pouvait se borner à retenir que les troubles sensitifs ne pouvaient « bien entendu » pas être mis sur le compte d'une plaie relativement mineure. Il s'agissait là d'une conclusion péremptoire et insuffisamment étayée. Enfin, le Dr S_____ avait exclu toute anomalie objective, ce qui était en contradiction avec la sudation observée à la pointe de l'index.

La chambre de céans a considéré que la valeur probante des expertises des Drs Q_____ et R_____ ne devait pas être examinée à ce stade, car le recourant se plaignait essentiellement d'une atteinte d'ordre neurologique. Il n'était du reste pas certain que l'intimée doive répondre d'éventuels troubles psychiques compte tenu des critères applicables en la matière.

La chambre de céans a en outre rappelé au recourant son obligation de collaborer aux examens médicaux que les experts jugeraient nécessaire de réaliser.

62. Les Drs T_____ et U_____ ont rendu leur expertise le 15 octobre 2018.

Ils y ont résumé le dossier du recourant, qu'ils ont complété par une anamnèse actualisée. Le recourant bénéficiait pour l'heure uniquement d'une séance d'ergothérapie par mois afin d'entraîner l'utilisation de sa main droite dans les activités de la vie quotidienne. Ses plaintes étaient une douleur permanente de l'hémicorps gauche, une douleur très sévère au membre supérieur gauche dans la région qui s'étendait des trois premiers doigts à la partie latérale de l'avant-bras et du bras jusqu'à la région cervicale. Il décrivait cette douleur comme une brûlure, une décharge électrique, une piqûre, et comme si on lui enfonçait des clous. La

douleur sur le reste de l'hémicorps gauche présentait les mêmes caractéristiques mais était modérée. Elle était aggravée par un facteur dix par le toucher léger. La région la plus sensible au toucher était le membre supérieur gauche, et surtout l'index gauche, raison pour laquelle le recourant portait tout le temps une attelle qui le protégeait du toucher et du froid. Le membre supérieur gauche était épargné dans les activités de la vie quotidienne. Le recourant était aidé de son épouse pour s'habiller ou faire sa toilette. Il ne baignait presque jamais son bras gauche car le contact avec l'eau accentuait les douleurs. Il avait souvent la sensation que ce membre était « gonflé », et signalait des changements de couleur au niveau de la main gauche. Il avait l'impression que son bras gauche était froid et transpirait souvent, et qu'il était raide. L'ongle de l'index gauche était très difficile à couper, car il était devenu plus dur et douloureux. Le doigt le plus facile à bouger était le 5^{ème} doigt de la main gauche, les autres restaient relativement immobiles. Lorsqu'il marchait, le membre supérieur gauche devait être tenu en flexion au niveau du coude, ce qui le protégeait partiellement des douleurs. Il devait porter des vêtements larges car il ne supportait pas le contact des habits sur sa peau au niveau du col et du bras gauche. Il n'avait pas d'activité physique et devait s'allonger sur le côté droit pour soulager la douleur de l'hémicorps gauche après avoir marché 10 à 20 minutes. Son sommeil était mauvais et fragmenté, car il ne pouvait pas trouver une position antalgique. Il ressentait en conséquence une fatigue diurne. Son moral était « nul ». Il se disait très irritable et supportait mal les pleurs et les cris de sa petite fille de 3 ans. Sa situation actuelle était très difficile à vivre, et sa qualité de vie très basse.

Lors de l'examen, le recourant n'avait presque jamais utilisé son membre supérieur gauche. Il n'y avait pas de callosité visible aux mains. La main gauche présentait un aspect tuméfié, ainsi qu'une atrophie des deux dernières phalanges de l'index. Les plis cutanés n'étaient pas visibles à ce doigt, notamment au niveau des articulations inter-phalangiennes, et l'ongle le dépassait d'environ un centimètre. On notait une disparition de la pilosité des deux dernières phalanges et une discrète hyperpigmentation brunâtre entourant l'ongle. La pulpe était moins étoffée qu'aux autres doigts, avec une cicatrisation cutanée propre, et elle était rouge et suintante, avec une transpiration locale évidente tout au long de l'examen. La main gauche était plus pâle que la main droite, mais il fallait tenir compte du fait qu'elle était moins exposée au soleil à cause de l'attelle. Les médecins ont constaté une allodynie de l'hémiface gauche, l'effleurement de la peau du visage à gauche générant une sensation désagréable de froid, et une allodynie du cuir chevelu à gauche. La force était conservée au membre supérieur droit. Le membre supérieur gauche était tenu en position antalgique, plié au niveau du coude. La mobilisation au niveau du bras, du coude et du poignet était limitée par les douleurs. Le tonus était difficilement évaluable en raison de l'activation volontaire par le recourant, qui ne se relâchait pas par peur de la douleur. La force du membre supérieur gauche était également difficilement évaluable en raison de limitations par la douleur, mais on pouvait constater des lâchages algiques avec une force préservée entre les

lâchages. L'index du membre supérieur gauche n'avait pas pu être testé en raison de fortes douleurs. Les réflexes étaient vifs et symétriques. Il n'y avait pas de signe de Hoffman. Le recourant présentait une allodynie du bras et de la jambe gauches : l'effleurement de la peau provoquait une sensation douloureuse désagréable et une sensation de froideur. Une hyperalgésie et une hyperpathie étaient notées au niveau de l'avant-bras et du bras gauches. Il n'y avait pas d'ataxie. A l'hémi-tronc gauche, hormis le quadrant inférieur de l'abdomen, une allodynie sous forme de sensation de froid lors de l'effleurement de la peau était constatée. Les réflexes cutanés abdominaux n'étaient pas obtenus des deux côtés.

Les experts ont également procédé à un ENMG, dans les normes s'agissant du nerf médian et ulnaire à droite. Le recourant avait refusé l'examen du membre supérieur gauche par crainte d'une douleur insupportable. Le test de la fonction sudorale (sudocan) révélait des valeurs normales.

Les diagnostics retenus par les experts étaient les suivants : amputation de la pulpe de l'index gauche le 1^{er} juin 2011 ; CRPS de l'index gauche selon les critères de Budapest, associé à une propagation au membre supérieur gauche d'origine encore indéterminée ; et douleurs chroniques avec allodynie de l'hémicorps gauche d'origine indéterminée. S'agissant de la capacité de travail, le recourant affirmait ne pas pouvoir utiliser sa main gauche pour travailler à cause des douleurs insupportables, et ne pas pouvoir accomplir un travail bi-manuel. Les experts s'interrogeaient sur une discordance entre le handicap décrit par le recourant et sa vie quotidienne comme père de famille. L'examen ne suggérait pas de non-utilisation de sa main gauche, car il n'y avait pas de différence au niveau des callosités. Ils ne pouvaient ainsi se prononcer sur la limitation dans l'utilisation de la main gauche sans observation du recourant dans sa vie quotidienne. En conséquence, l'amputation de la pulpe de l'index gauche n'avait pas de conséquence sur la capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des douleurs chroniques et de l'allodynie de l'hémicorps gauche, le diagnostic différentiel d'une atteinte fonctionnelle restait ouvert. Pour ces diagnostics, les experts admettaient une capacité de travail de 100 % dans un travail adapté, sous réserve d'une meilleure gestion des douleurs. En ce qui concernait l'évolution de la capacité de travail, considérant les douleurs insupportables rapportées lors de l'utilisation de la main gauche, qui ne pouvaient pas être confirmées objectivement, la capacité de travail comme menuisier restait nulle. Cette évaluation était principalement subjective et pourrait être révisée en fonction de l'évolution clinique. Une activité adaptée était possible à 100 % selon les possibilités et les compétences du recourant, éventuellement après réadaptation professionnelle, avec un rendement complet. L'évaluation des chances de succès d'une réadaptation était complexe au vu du parcours professionnel du recourant. En effet, il n'avait pas de formation professionnelle et n'avait pas travaillé depuis 2011. Certes, il avait depuis fait preuve d'une certaine intégration en étudiant le français. Le succès de la réadaptation dépendait aussi d'une prise en charge psychologique visant

l'acceptation d'une atteinte à l'intégrité corporelle, même minimale. Le traitement médicamenteux actuel paraissait inadéquat aux experts, d'une part car il n'avait pas fait preuve d'efficacité sur les douleurs, sur le moral et sur les troubles du sommeil, et d'autre part parce qu'un traitement opioïde chronique pouvait être à l'origine d'effets indésirables avec des répercussions fonctionnelles, notamment un ralentissement psychomoteur. Ils proposaient un sevrage progressif des opioïdes et un traitement non-opioïde contre ces douleurs, soit un antidépresseur tricyclique ou un antiépileptique qui pourrait remplacer le Cipralex®. Une prise en charge psychothérapeutique semblait primordiale dans le contexte de l'acceptation d'une douleur chronique. Un traitement de la douleur par hypnose pourrait également être tenté. Les experts préconisaient la poursuite de l'ergothérapie. Une activité physique quotidienne d'intensité modérée était recommandée, pas uniquement pour le reconditionnement physique, mais aussi pour son effet bénéfique sur le moral et le sommeil. Ils conseillaient une prise en charge pluridisciplinaire (médecin traitant, neurologue, psychiatre, médecin analgiste, rhumatologue et ergothérapeute).

En ce qui concernait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en référence à la figure 5 du tableau 3.2 de l'intimée, l'amputation de la pulpe de l'index gauche correspondait à une atteinte de 0 %, ne donnant ainsi pas droit à une indemnité.

Les experts se sont prononcés sur les rapports du Dr S_____ et de M. N_____, en indiquant que les conclusions du premier ne leur permettaient pas d'exclure un CRPS, et que leurs constatations étaient identiques à celles de M. N_____.

Le pronostic global était potentiellement favorable. Avec une meilleure gestion de la douleur, la capacité de travail pourrait atteindre 100 % dans une activité adaptée. Cependant, l'évolution était peu prometteuse, avec une symptomatologie devenue chronique et l'absence d'activité professionnelle depuis 2011.

La complexité du cas consistait en une symptomatologie douloureuse subjective handicapante selon le recourant, alors que les experts ne disposaient pas d'examen paraclinique qui permettrait de confirmer ce ressenti.

63. Le recourant s'est déterminé sur l'expertise par écriture du 15 novembre 2018. Il a requis l'audition des experts afin d'éclaircir les points suivants.

Il n'avait pas refusé l'ENMG, mais avait demandé à pouvoir bénéficier d'une anesthésie au préalable, et les experts avaient alors décidé de lui épargner cet examen douloureux. Il a cité la littérature, affirmant que depuis août 2016, la définition d'objectivation de douleurs neuropathiques avait changé et que seule la neurographie sensitive pure menait au diagnostic. Partant, il sollicitait des experts qu'ils indiquent si les lésions neurologiques ne devaient pas être considérées comme probables, même en l'absence d'ENMG. En outre, selon le Dr Q_____, le CRPS était guéri depuis 2012. Pour ce médecin et pour les experts, la possible maladie de Sudeck atypique était un CRPS. Or, selon le rapport d'ergothérapie du 13 juin 2017, le CRPS n'était ni un morbus Sudeck ni une algodystrophie. Partant, il demandait s'il était exact de retenir que le CRPS était guéri depuis 2012. Le

CRPS était localisé sur l'index mais l'allodynie, qui en était un des symptômes, présentait un débordement extraterritorial sur tout l'hémicorps gauche. Le recourant, citant la littérature, demandait s'il ne fallait pas retenir que le traumatisme de l'index gauche avait causé une atteinte du système nerveux. Il invitait les experts à dire si l'origine indéterminée de la propagation suffisait à exclure une telle atteinte et si le traitement à la CRR pouvait être considéré comme le traumatisme ultérieur. S'agissant de l'ambivalence quant à l'incapacité dans la vie quotidienne, le recourant avait rapporté aux experts les mêmes éléments qu'au Dr Q_____. Il s'interrogeait sur le fondement de l'allégation d'une telle ambivalence. Il demandait en outre si le lien de causalité entre l'allodynie et l'accident ne devait pas être admis, dès lors que le lien de causalité avec le CRPS était certain. Le recourant demandait si l'absence de visibilité des callosités ne devait pas être distinguée d'une absence de différence entre les mains à cet égard, et si l'atrophie des deux dernières phalanges, l'invisibilité des plis cutanés, la pâleur de la main ne plaidaient pas en faveur d'une non-utilisation de la main. Il sollicitait des précisions sur les gestes proscrits ou autorisés dans une activité adaptée. Il requérait également des précisions sur l'exigibilité de la gestion d'une douleur décrite comme atroce, sur la capacité de travail sans réadaptation et sur le domaine d'activité adapté.

64. L'intimée s'est à son tour déterminée le 14 décembre 2018. Elle s'est référée à l'appréciation de son médecin, le docteur V_____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait relevé de nombreux manquements et incohérences dans l'expertise, laquelle ne permettait par conséquent pas de trancher la cause.

Dans l'appréciation établie à la même date, le Dr V_____ a souligné que les experts avaient appliqué les critères diagnostiques du CRPS votés lors d'une réunion d'experts à Budapest en 2004 et acceptés par la IASP (*International Association for the Study of Pain*). Ces critères prenaient en compte, d'une part, les symptômes subjectifs du patient et, d'autre part, la présence de certains signes cliniques. Les Drs T_____ et U_____ démontraient que tous les critères, tant subjectifs qu'objectifs, étaient satisfaits. Ils évoquaient des diagnostics différentiels tels qu'un trouble somatoforme ou fonctionnel. Ils auraient pu discuter le fait assez surprenant que l'assuré présente, sept ans après l'accident, le tableau clinique d'un CRPS aigu, étant donné que le Dr Q_____ considérait qu'il était guéri en 2012. Or, un CRPS ne présentait pas de récurrences en dehors de nouveaux traumatismes. Le diagnostic de CRPS de l'index gauche reposait sur un syndrome se fondant sur des critères définis et un syndrome d'origine encore indéterminée, ce qui rendait problématique l'évaluation de la causalité du trouble. On peinait à comprendre pourquoi la propagation de la douleur de l'index au membre supérieur gauche, d'origine encore indéterminée, n'avait pas été rattachée au diagnostic de douleurs chroniques avec allodynie de l'hémicorps gauche. Ces dernières étant d'origine indéterminée, elles n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. Le rapport d'expertise était imprécis sur le plan des diagnostics retenus et peu clair quant à la

causalité des troubles. L'appréciation de la capacité de travail du recourant se basait plutôt sur des facteurs subjectifs que sur des constatations objectives. L'activité exigible n'avait pas été définie. Les recommandations thérapeutiques des experts ne concernaient pas le CRPS en tant que tel mais les facteurs contextuels, dont le rôle sur l'évolution défavorable n'avait pas pu être déterminé et dont on ignorait le lien avec l'accident.

65. Le 1^{er} mars 2019, la chambre de céans a transmis les observations des parties aux experts et les a invités à se déterminer à ce sujet, et à répondre aux questions suivantes :

- le diagnostic de CRPS de l'index gauche, associé à une propagation au membre supérieur gauche, était-il objectivé ?
- si tel était le cas, pourquoi aucune limitation fonctionnelle n'avait-elle été retenue en relation avec ce diagnostic ?
- une limitation de l'utilisation du membre supérieur gauche pouvait-elle être admise ? Si non, pourquoi ?
- les experts se ralliaient-ils à l'avis du Dr Q_____, selon lequel une possible maladie de Sudeck atypique de l'index était guérie en 2012 ?
- le diagnostic de CRPS de l'index gauche était-il déjà présent lors de l'expertise du Dr Q_____, au degré de la vraisemblance prépondérante ?
- le recourant pouvait-il exercer son ancienne activité de menuisier, et quelles étaient les limitations fonctionnelles objectivées ?
- le recourant pouvait-il exercer une autre activité professionnelle depuis le 1^{er} avril 2015, et avec quelles restrictions ?
- l'exercice d'une activité adaptée était-il possible sans mesure médicale ou de réadaptation ?
- l'apprentissage de la gestion de la douleur était-il nécessaire avant la reprise d'une activité lucrative ?
- quel était l'impact du CRPS de l'index gauche sur le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et quel était le montant de cette indemnité ?

66. Les experts ont répondu à la chambre de céans dans un rapport du 12 septembre 2019, reçu le 2 octobre suivant.

Ils ont précisé que le CRPS était un diagnostic fondé sur des critères regroupant les symptômes du patient et les signes cliniques. Dans le cas du recourant, des signes cliniques du CRPS étaient objectivés, et le recourant rapportait des symptômes évocateurs de cette atteinte, en grande partie sensitifs, par définition subjectifs et partant non objectivables. Dans ce contexte, les experts pouvaient confirmer un CRPS selon les critères de Budapest pour ce qui concernait l'index gauche. Les critères de Budapest n'étaient pas remplis s'agissant du reste du membre supérieur

gauche. Le diagnostic de CRPS pour ce membre était impossible, et la propagation restait dès lors d'origine indéterminée. Il n'existait toutefois pas d'examen paraclinique *gold standard* qui pourrait confirmer le diagnostic du CRPS. S'agissant de la limitation fonctionnelle en lien avec le CRPS de l'index gauche, elle était rapportée par le recourant mais ne pouvait pas être constatée objectivement, car elle était liée à des douleurs, soit des symptômes subjectifs. Les experts ne pouvaient dès lors pas admettre une limitation fonctionnelle pour un handicap qui n'était pas objectivé du point de vue clinique. S'agissant de l'utilisation du membre supérieur gauche, les douleurs signalées ne pouvaient pas non plus être objectivées. Les experts pouvaient uniquement constater que le membre supérieur gauche ne présentait pas de déficit neurologique objectivable ou de signes évoquant un CRPS. Ainsi, aucune limitation ne pouvait être admise. Contrairement à l'avis du Dr Q_____, les experts ne constataient pas de guérison de la maladie de Sudeck et n'avait pas d'explications quant à une éventuelle rechute ou une dégradation postérieure à l'expertise de ce chirurgien. Ils ne retenaient pas de handicap neurologique objectivable qui empêcherait l'exercice de l'activité de menuisier, malgré les douleurs atroces rapportées par le recourant. Ils pouvaient uniquement baser leur conclusion sur les renseignements du recourant sur les douleurs et l'utilisation de sa main. Ils ne disposaient pas de moyen clinique pour objectiver ou confirmer les douleurs, ni de moyen de confirmer s'il était exact que le recourant n'utilisait pas le membre supérieur dans la vie quotidienne. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles objectivées, hormis l'amputation de la pulpe de l'index gauche. Les experts considéraient que le recourant pouvait exercer une autre activité professionnelle actuellement. Pour ce qui concernait sa capacité professionnelle avant l'expertise, ils se fondaient sur les documents à leur disposition. Les restrictions entrant en ligne de compte étaient les douleurs chroniques. Partant, des mesures médicales étaient nécessaires pour la reprise d'une activité professionnelle (antalgie, soutien psychologique) et un apprentissage de la gestion de la douleur pour l'aider à reprendre une activité lucrative. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le CRPS de l'index gauche ne constituait pas une atteinte à l'intégrité physique.

Les experts ont également répondu aux questions du recourant, en indiquant qu'hormis l'amputation et le CRPS, ils ne retenaient pas de signes cliniques de lésions de nerfs périphériques pouvant expliquer une allodynie extraterritoriale, ce que la réalisation d'un ENMG aurait pu confirmer. Il existait des cas rapportés dans la littérature de CRPS avec une propagation ipsi-ou controlatérale étendue de la symptomatologie, mais le mécanisme de cette propagation restait indéterminé en l'absence d'un traumatisme ultérieur. Il n'y avait pas d'argument pour considérer que le traitement à la CRR constituait en l'espèce un tel traumatisme. L'allodynie constituait un des symptômes du CRPS, mais ne suffisait pas à conclure à un CRPS étendu dans tout le territoire allodynique. La propagation de l'allodynie sur l'hémicorps gauche restait d'origine indéterminée. En conclusion, l'hémi-syndrome douloureux et « allodynique » gauche pourrait être secondaire au CRPS de l'index

gauche et par conséquent secondaire à l'accident, mais d'autres facteurs pouvaient y contribuer, une atteinte fonctionnelle somatoforme n'étant pas exclue. La causalité était possible, mais pas confirmée. L'atrophie des deux dernières phalanges et l'invisibilité des plis cutanés faisaient partie du CRPS. L'ongle non coupé ne démontrait pas une non-utilisation de la main, pas plus que la pâleur de la main, liée au port de l'attelle. Les experts ont confirmé que l'antalgie pouvait être intensifiée et que la gestion des douleurs était envisageable. Pour le surplus, en réponse à certaines des questions du recourant, les experts ont renvoyé à leur expertise. S'agissant de l'ambivalence signalée, les experts remplaçaient ce terme par celui de discordance.

En réponse aux remarques de l'intimée, les experts ont souligné que les diagnostics d'amputation de la pulpe de l'index gauche et de CRPS de l'index gauche étaient attribués au traumatisme du 1^{er} juin 2011. Ils proposaient une évaluation par rapport à une activité adaptée aux aptitudes et à la formation professionnelle du recourant. Ils ont répété qu'une activité lucrative adaptée était exigible à plein temps selon eux. Leurs recommandations thérapeutiques concernaient le traitement des symptômes du CRPS et de la douleur chronique. Le rôle des facteurs contextuels psychologiques nécessitait une évaluation psychiatrique.

67. L'intimée s'est déterminée le 6 novembre 2019, en produisant une nouvelle appréciation du Dr V_____, datée du 28 octobre 2019. Au regard du complément d'expertise, l'intimée considérait que les rapports des Drs T_____ et U_____ devaient désormais se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle persistait ainsi dans ses conclusions.

Dans l'avis joint, le Dr V_____ a souligné que les experts avaient confirmé que le CRPS n'était pas incapacitant sur le plan fonctionnel, et que la propagation du syndrome douloureux était d'origine indéterminée. L'allodynie généralisée au-delà de l'index n'était donc pas en lien de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, ce lien étant tout au plus possible. Par conséquent, l'incapacité de travail relative aux douleurs au-delà de l'index gauche ne saurait être à la charge de l'intimée.

68. A la même date, le recourant s'est également déterminé. Il a soutenu que la complexité du cas justifiait l'audition des experts, qui n'avaient pas répondu à certaines de ses questions, par exemple s'agissant du caractère indispensable de l'ENMG pour objectiver des douleurs neuropathiques. Il a affirmé que l'amputation de la pulpe de l'index avait touché les nerfs qui s'y trouvaient. Il demandait également l'audition de M. N_____, expert dans ce domaine, dont il a résumé le parcours professionnel.
69. Le 12 novembre 2019, la chambre de céans a transmis copies de ces déterminations aux parties.
70. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'ordonnance du 23 mars 2018 (ATAS/261/2018), qui a également délimité l'objet du litige.

On peut y renvoyer.

2. La loi sur l'assurance-accidents (LAA – RS 832.20) a subi une modification, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Conformément aux dispositions transitoires, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit pour les accidents survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification. Les dispositions légales seront ainsi citées dans leur teneur jusqu'au 31 décembre 2016, dès lors que l'accident a eu lieu avant cette date.

3. 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 LPGGA).
4. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

5. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée

par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

6. À teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 1^{ère} phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi

(ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1).

7. 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).

8. 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).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestation pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;

- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1). La manière dont les experts qualifient la gravité de l'accident n'a guère d'importance pour les constatations médicales. Il s'agit là d'une question de droit qu'il incombe à l'administration ou au juge de trancher, en particulier, à l'occasion de l'examen du lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 205/98 du 2 février 2000 consid. 1b)

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. Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant

compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

Dès lors qu'il s'impose de soumettre tous les tableaux cliniques sans substrat organique objectivable et sans étiologie ou pathogenèse claire aux mêmes exigences en droit des assurances sociales, les modifications résultant de la jurisprudence précitée en matière d'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité s'appliquent également dans l'assurance-accidents. Cela présuppose toutefois l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et ces troubles (ATF 141 V 574 consid. 5.2).

11. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). 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 (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références).

S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. Le revenu d'invalidé 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'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la

statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).
13. S'agissant des expertises et rapports médicaux, la chambre de céans a déjà exposé pour quels motifs les rapports des médecins traitants, de l'ergothérapeute et du Dr S_____ ne pouvaient se voir reconnaître valeur probante. Il n'y a pas de motif de revenir sur cette appréciation.

On peut également confirmer que les rapports des Drs Q_____ et R_____ ne doivent pas être analysés plus avant, eu égard à la nature neurologique de l'atteinte. Au demeurant, il n'existe aucun diagnostic de nature psychique, tant selon l'expert que le Dr M_____, et le recourant n'allègue pas non plus l'existence de troubles invalidants de cette nature.

Quant à l'expertise des Drs T_____ et U_____, telle que complétée par le rapport du 12 septembre 2019, elle est conforme aux exigences de la jurisprudence en matière de rapports médicaux. Elle a en effet été établie après que les experts ont pris connaissance du dossier, elle contient une anamnèse complète et relate les plaintes rapportées par le recourant. Les diagnostics ont été posés à l'issue d'un examen clinique et ses conclusions sont motivées. Elle doit ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante.

Ces experts ont retenu – hormis le CRPS de l'index gauche répondant aux critères diagnostiques de Budapest – une propagation d'origine indéterminée au membre supérieur gauche, et des douleurs chroniques de l'hémicorps gauche, également d'origine indéterminée. Au vu de l'impossibilité de définir au degré de la

vraisemblance prépondérante leur origine, on ne peut retenir de lien de causalité naturelle entre ces douleurs – qui ne sont au demeurant pas objectivables, comme l’ont souligné à plusieurs reprises les Drs T_____ et U_____ – et l’accident. Le seul fait qu’elles se soient manifestées après l’accident ne suffit en particulier pas à établir un tel rapport de cause à effet avec cet événement (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* ») (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références).

En outre, ces douleurs ne sont objectivées par aucun substrat organique. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l’existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l’assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l’examen du droit aux prestations de l’assurance sociale, l’allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l’égalité de traitement des assurés (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 4.1). Demeurent réservés les cas où les troubles somatoformes douloureux sont invalidants selon les critères nouvellement développés par la jurisprudence et rappelés ci-dessus. La reconnaissance du caractère invalidant présuppose toutefois, comme cela ressort de la jurisprudence, l’admission d’un lien de causalité tant naturelle qu’adéquate entre ces troubles et l’accident.

Or, dans le cas d’espèce, même à supposer qu’un lien de causalité naturelle puisse être retenu entre l’accident et les douleurs chroniques du recourant, un lien de causalité adéquate devrait être écarté à l’aune des critères pertinents, qui pour la majorité ne sont pas réalisés.

En premier lieu, l’accident peut tout au plus être considéré comme de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. C’est en effet dans cette catégorie que la jurisprudence a classé les événements suivants : blessures du bout des doigts et du poignet par la lame d’une tondeuse ; coupure des doigts II à IV aux articulations proximales par un câble en acier ; déchirure d’un tendon du pouce gauche et d’un faisceau nerveux par un tesson de bouteille ; lésions nerveuses et tendineuses occasionnées par une fraiseuse ; traumatisme par écrasement avec déchirures de tendons et fracture d’un doigt, causé par le rouleau d’une presse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2 et les références). Or, l’amputation de la pulpe de l’index subie par le recourant apparaît clairement moins grave que les lésions précitées.

En outre, l’accident ne s’est pas déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques, puisqu’il s’agit d’une blessure subie lors de la manipulation d’un outil, dans un contexte professionnel, sans qu’un événement particulier n’ait été rapporté. La lésion subie, une plaie au doigt, n’est en soi pas d’une gravité particulière, ni de nature à entraîner des troubles psychiques (pour une casuistique sur l’admission de ce critère, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2.1). En effet, le recourant n’a jamais dû craindre pour

sa vie et n'a pas été sévèrement touché à un organe important. La lésion n'a pas entraîné de traitement médical particulièrement long, et aucune erreur dans le traitement médical n'est établie. Quant à l'incapacité de travail, elle s'apprécie non seulement au regard de la profession antérieure mais aussi d'une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). Compte tenu du fait que les médecins ont admis qu'une activité adaptée était compatible avec son état de santé – le Dr H_____ s'étant prononcé dans ce sens le 10 octobre 2013 – on peut se demander si ce critère est réalisé. La question peut toutefois rester ouverte, dès lors que même en cas de réponse affirmative, seuls trois critères – dont ceux afférents aux douleurs persistantes et aux complications lors de la guérison, liées en l'espèce à l'apparition du CRPS – pourraient être admis, ce qui est insuffisant compte tenu de la qualification de l'accident.

Partant, l'intimée ne répond pas des douleurs non objectivées du recourant, et doit uniquement prendre en charge les suites du CRPS de l'index gauche.

Or, les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle liée à cette atteinte, qui n'entrave selon eux pas la capacité de travail du recourant en qualité de menuisier. S'agissant de la réserve tenant à la meilleure gestion des douleurs, on ne saurait y voir un obstacle à la mise en valeur de la capacité de travail du recourant puisque, comme on l'a vu, l'intimée n'en répond pas. Les mesures préconisées par les experts à cette fin sont en outre exigibles du recourant, eu égard à son obligation de diminuer le dommage, généralement applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 460 consid. 4.2). Quant aux éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, il suffit de rappeler que l'assureur-accidents n'alloue pas de telles prestations (ATF 134 V 189 consid. 2.3). A suivre les experts, elles ne sont d'ailleurs pas nécessaires puisque l'activité de menuisier est compatible avec la lésion causée par l'accident. Les DPT réunis par l'intimée ne requièrent du reste pas de formation particulière. En outre, le suivi du recourant dans sa vie quotidienne pour confirmer l'inutilisation de sa main gauche suggéré par les experts n'est pas indispensable, dès lors que l'assurance-accidents ne répond pas d'une éventuelle incapacité à accomplir les activités dans le ménage.

Le recourant ne conteste du reste pas expressément les conclusions des Drs T_____ et U_____. Il a certes formulé plusieurs questions, qui pour l'essentiel trouvent réponse dans les rapports de ces experts. Pour le surplus, ces questions tendent à réinterroger les experts sur le lien de causalité entre ses troubles et l'accident, alors même qu'ils se sont déjà déterminés sur l'existence au degré de la vraisemblance prépondérante d'un tel lien. S'agissant en particulier de la nécessité d'un ENMG pour confirmer le diagnostic de CRPS, cette question a été implicitement résolue, puisque les neurologues du CHUV ont retenu cette atteinte pour l'index gauche et qu'ils ont exposé clairement que l'examen clinique suffisait à écarter des lésions neurologiques au membre supérieur gauche. Quant à la distinction entre la maladie de Sudeck atypique évoquée par le Dr Q_____, l'algodystrophie et le CRPS, on voit mal la portée que le recourant entend lui

donner puisque c'est en définitive un CRPS qui a été retenu par les experts neurologues. Enfin, s'agissant de la reconnaissance par la jurisprudence du caractère invalidant du CRPS, il suffit de souligner que l'arrêt vaudois invoqué par le recourant (arrêt 2017/236 du 2 mars 2017 de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud) a précisément retenu que cette atteinte n'entravait pas l'exercice d'une activité adaptée par l'assurée concernée.

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des Drs T_____ et U_____.

14. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité du recourant, la chambre de céans relève en préambule que l'intimée n'est pas liée par la décision de l'OAI, dès lors qu'elle ne répond pas de l'ensemble des troubles du recourant, mais uniquement de ceux qui ont été causés par l'accident assuré.

A suivre les experts judiciaires, le degré d'invalidité est nul, compte tenu de la pleine capacité de travail du recourant en tant que menuisier.

Par surabondance, même s'il fallait retenir que seule une autre activité adaptée est possible, nonobstant les conclusions de ces experts, la comparaison des revenus conduirait en toute hypothèse à la négation du droit à une rente.

Au sujet du calcul du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 59'103.-, soit CHF 25.59 par heure, multiplié par 2132 heures, plus une indemnité de 8.33 %. Cependant, le revenu de CHF 25.- par heure en 2015 se monte à CHF 25.66 indexé à 2015, et à CHF 27.80 compte tenu du supplément de 8.33 % pour 13^{ème} salaire. Quant au nombre d'heures à prendre en compte, il s'agit de 2184 par année (soit 52 semaines à 42 heures). Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à CHF 60'709.70.

En ce qui concerne le revenu après invalidité, l'intimée l'a fondé sur cinq DPT correspondant à des postes exigeant pour certains l'usage des deux mains. Si l'on s'en tient au revenu moyen de ces activités, soit CHF 56'698.40, le degré d'invalidité est de 6.61 %. Même s'il fallait admettre, en dépit de l'avis des médecins, que l'atteinte à l'index ne permet plus que les activités monomanuelles, le taux d'invalidité resterait inférieur au seuil de 10 %. En effet, il y aurait alors lieu de fixer le revenu d'invalidité en référence au salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives de l'ESS (niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et niveau 1 dès l'ESS 2012), dont la jurisprudence admet la pertinence dans le cas d'activités monomanuelles légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3), l'exercice d'une activité non qualifiée exclusivement monomanuelle n'étant en outre pas considéré comme irréaliste sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3). Ce revenu était de CHF 5'312.- par mois et CHF 63'744.- par an en 2014. Une fois indexé à 2015 et adapté à la durée normale de travail, il s'élève à CHF 66'652.- en 2015. En appliquant un abattement de 15 % afin de tenir compte

des limitations fonctionnelles, le revenu après invalidité est de CHF 56'654.-. La comparaison de ces revenus aboutit à une perte de gain de 6.68 %.

Partant, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit à une rente du recourant dès le 1^{er} avril 2015.

15. Reste à trancher le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Les experts judiciaires se sont sur ce point écartés de la position des précédents experts pour nier toute indemnisation à ce titre. Il n'existe ici aussi aucun motif de revenir sur la valeur probante de leurs conclusions, selon lesquelles l'absence de limitation fonctionnelle découlant de l'amputation de la pulpe ne donne pas droit à une indemnité. L'argumentation du recourant, qui conclut à une indemnité de 40 % correspondant à la perte partielle d'un bras, ne peut être suivie dès lors que les douleurs alléguées, justifiant selon lui un tel taux d'indemnisation, ne sont pas en lien avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante.

Cependant, l'intimée a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % dans la décision litigieuse, et elle n'a pas conclu à sa réformation au détriment du recourant sur ce point, de sorte que la chambre de céans renoncera à revenir sur cet élément.

16. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée dans son résultat.

Par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), compte tenu de la valeur probante des rapports des experts judiciaires, la chambre de céans renoncera à l'audition des témoins requise par le recourant.

17. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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