

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3991/2017

ATAS/139/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 février 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître Jean-Jacques MARTIN

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE 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), ressortissant kosovar né en 1965, a été occupé en tant que maçon sans formation avant de percevoir des indemnités de chômage dès le 1<sup>er</sup> avril 2013. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Le 16 août 2013, l'assuré a subi un accident de voiture sur une autoroute italienne alors qu'il rentrait de vacances. L'avant du véhicule conduit par son épouse a heurté un camion. Les premiers soins lui ont été prodigués à l'Hôpital de Bologne, avant son transfert aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
3. Dans une demande de garantie du 19 septembre 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a posé les diagnostics suivants : fracture de l'épicondyle médial du coude droit traitée le 21 août 2013 par ablation du fragment osseux et réinsertion trans-osseuse des tendons (fléchisseurs et *pronator teres*) ; plaie de la face externe du bras et de l'avant-bras droit traitée par lavage chirurgical les 24 et 28 août 2013 ; plaies multiples profondes du membre supérieur droit avec délabrement de l'appareil extenseur des 2<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> doigts et arthrotomie du 2<sup>ème</sup> doigt, traitées le 22 août 2013 par débridement de plaies, lavage, suture de l'extenseur du 2<sup>ème</sup> doigt selon Pulvertaft, suture de l'extenseur du 3<sup>ème</sup> doigt par une greffe intercalaire de l'hémibandelette de l'appareil extenseur, lavage articulaire de la métacarpo-phalangienne des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doigts, ablation de débris de verre dans une plaie dorsale ainsi que dans une plaie ulnaire, et couverture de la perte de substance dorsale par un lambeau bi-pédicule d'avancement dorsal ; fracture diaphysaire de la troisième métacarpienne non OS ; multiples dermabrasions faciales lavées chirurgicalement ; et fracture du tibia-péroné de la jambe gauche avec enclouage le 18 août 2013. Le diagnostic secondaire de NSTEMI (*Non-ST elevation myocardial infarction*) sur occlusion de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) moyenne, traité par angioplastie et pose d'un stent nu le 19 août 2013, était également retenu. L'assuré présentait en outre la comorbidité suivante : arthrite septique de la 3<sup>ème</sup> métacarpo-phalangienne de la main gauche, traitée par lavage chirurgical en 2007. Le Dr B\_\_\_\_\_ a précisé que la prise en charge avait été réalisée en urgence à Bologne, en particulier s'agissant de la fracture tibia-péroné de la jambe gauche avec enclouage et de la fracture de l'épicondyle médial. Depuis l'accident, l'assuré décrivait des sensations de vertiges lors de mouvements brusques de la tête, sans nystagmus.
4. Selon des documents reçus par la SUVA le 24 septembre 2013, les indemnités journalières versées par l'assurance-chômage se fondaient sur un gain assuré de CHF 5'847.-.
5. Dans la lettre de sortie établie le 18 novembre 2013, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin à l'Unité de réadaptation orthopédique des HUG, a confirmé les diagnostics et les antécédents retenus par son confrère, auxquels elle ajoutait celui

---

de désinsertion partielle du tiers supérieur du tendon infra-épineux avec atrophie et dégénérescence graisseuse de la partie supérieure du muscle infra-épineux. Elle a noté que la diminution de la force aux quadriceps et psoas s'était normalisée complètement en fin de séjour. En outre, une amélioration au niveau des amplitudes du genou gauche, du coude et de la cheville était constatée. La rééducation à la marche était rendue difficile par un bras et avant-bras droits polytraumatisés et une atteinte de la coiffe des rotateurs du même côté. A sa sortie, l'assuré se déplaçait à l'aide d'une canne à gauche, avec un périmètre de marche de 250 mètres. Grâce à ses orthèses, l'assuré avait amélioré nettement sa flexion des doigts. Il bénéficiait également d'un bas compressif sur mesure pour le membre supérieur droit, associé à une plaque de silicone au niveau des cicatrices de l'avant-bras. Un traitement conservateur était proposé pour les douleurs de l'épaule droite. L'assuré avait des œdèmes des membres inférieurs, qui s'étaient bien améliorés. Il avait acquis une bonne indépendance durant son séjour. La physiothérapie et l'ergothérapie devaient se poursuivre. La capacité de travail restait nulle, de même que l'aptitude à la conduite.

6. Le 18 février 2014, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué qu'en 2014, son revenu journalier s'élèverait à CHF 253.40. Il y avait lieu de multiplier ce revenu par 20 jours et d'y ajouter 2.9 % pour l'indemnité de pause et 8.33 % pour le 13<sup>ème</sup> salaire. Le taux de vacances était de 10.6 %, le droit aux vacances étant géré par la caisse de compensation du bâtiment.

Les certificats de salaire d'avril 2012 à mars 2013 joints révélaient les revenus bruts suivants: CHF 5'647.85 en avril 2012 ; CHF 5'788.20 en mai 2012 ; CHF 5'857.90 en juin 2012 ; CHF 0.- en juillet 2012 en raison de vacances supplémentaires ; CHF 5'359.75 en août 2012 ; CHF 5'777.90 en septembre 2012 ; CHF 6'013.80 en octobre 2012 ; CHF 5'879.50 en novembre 2012 ; CHF 10'193.80 en décembre 2012 ; CHF 3'888.05 en janvier 2013 ; CHF 5'855.05 en février 2013 ; CHF 7'294.60 en mars 2013.

7. Le 29 avril 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait référence aux diagnostics signalés dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité (OAI). Un début d'arthrose de la 2<sup>ème</sup> métacarpo-phalangienne de la main droite et un lâchage/rupture du tendon extenseur du 3<sup>ème</sup> rayon de la main droite s'y ajoutaient. L'évolution de l'épaule et la mobilisation de la main étaient stagnantes, et une bursite était apparue au coude. Le pronostic était moyen. Une reconstruction de la coiffe était prévue. L'épaule ne serait pas fonctionnelle dans des travaux de force. Des douleurs résiduelles du coude étaient probables.
8. Une IRM de la main droite du 20 mai 2014 a mis en évidence un status après lâchage et rupture du tendon extenseur à destination du 3<sup>ème</sup> rayon en regard de la tête du 3<sup>ème</sup> métacarpien, une atteinte érosive de la tête du 3<sup>ème</sup> métacarpien et une synovite associée avec ulcération cartilagineuse mettant à nu l'os sous-chondral sur au moins la moitié de la base de la phalange proximale du 3<sup>ème</sup> doigt, des signes de synovite touchant également les articulations métacarpo-phalangiennes des 2<sup>ème</sup> et

3<sup>ème</sup> rayons. Le radiologue se demandait s'il existait des arguments cliniques en faveur d'une arthropathie inflammatoire. Il ne décelait toutefois pas de lésion cartilagineuse ou de pincement articulaire au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes en dehors du 3<sup>ème</sup> rayon.

9. Une IRM de l'épaule droite réalisée le 27 mai 2014 a révélé une lésion partielle du versant profond du tendon infra-épineux distal et du tiers supérieur du tendon supra-épineux, une zone d'infarcissement osseux sous-chondrale s'étendant sur 15 mm au versant postéro-supérieur de la tête humérale, de discrets signes de tendinopathie insertionnelle du tendon sub-scapulaire associés à un minime œdème sous-cortical du trochin, et un œdème de l'extrémité distale de la clavicule. Le radiologue s'interrogeait sur l'existence d'arguments cliniques en faveur d'une ostéolyse débutante de l'extrémité distale de la clavicule, et notait que cet aspect devait être reconstrôlé, d'autant plus qu'une atteinte érosive débutante n'était pas exclue au vu de l'aspect irrégulier de l'extrémité distale de la clavicule.
10. Lors d'un entretien du 30 juin 2014 avec la SUVA, l'assuré, interrogé sur ses plaintes, a évoqué ses douleurs à la jambe gauche, à la main droite et au coude.
11. A la même date, la Caisse d'allocations familiales de l'industrie et de la construction a adressé à l'assuré deux attestations, dont il ressort que ce dernier a perçu des allocations familiales à hauteur de CHF 1'500.- par mois de janvier 2012 à mars 2013.
12. Une IRM du coude droit du 4 août 2014 a mis en évidence un remaniement avec aspect fragmentaire et surtout érosif de l'épicondyle médial, ouvrant le diagnostic différentiel entre un remaniement post-traumatique avec nécrose et arrachement d'un fragment versus tendinopathie sévère avec composante érosive. Le versant postérieur de l'attache du tendon commun des fléchisseurs n'était plus visualisé en continu. L'aspect était à intégrer au contexte clinique, afin de ne pas méconnaître une infection sous-jacente. Il existait un probable status après transposition du nerf cubital.
13. Le 7 août 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin à l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a établi un rapport en précisant qu'il concernait uniquement la main et le coude. Les diagnostics posés étaient ceux d'arthrose dégénérative de la métacarpo-phalangienne du 3<sup>ème</sup> doigt de la main droite et de rupture de l'extenseur post-traumatique. L'assuré présentait une épitrochléite post-traumatique nécessitant probablement une exploration chirurgicale. Le pronostic était défavorable. Le traitement durerait environ deux ans et un dommage permanent était à craindre.
14. L'assuré a été opéré le 11 septembre 2014 en raison d'une ostéite chronique de l'épitrochlée droite post-traumatique. L'intervention a consisté en un curetage osseux de l'épitrochlée, une biopsie osseuse et une neurolyse du nerf ulnaire droit. Le nerf ulnaire ne présentait pas d'instabilité per-opératoire.
15. Le 17 octobre 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie des HUG, a indiqué que l'évolution se caractérisait par une séquelle de luxation de la

coiffe profonde, compliquée d'une capsulite. L'incapacité de travail restait totale et un changement de profession devrait probablement être envisagé.

16. Dans un courrier au médecin traitant de l'assuré du 5 novembre 2014, les médecins du Service de cardiologie des HUG ont indiqué que ce dernier avait souffert d'un infarctus de type NSTEMI en 2013, une maladie coronarienne de deux vaisseaux avec fraction d'éjection normale étant mise en évidence. L'anamnèse révélait essentiellement une dyspnée de stade III stable depuis plusieurs mois. Cette plainte n'était pas associée à des douleurs rétrosternales, des palpitations, des malaises ou des syncopes. Il n'y avait pas non plus d'orthopnée, de dyspnée paroxystique nocturne ou d'œdème des membres inférieurs. A l'examen clinique, l'assuré était normocarde et normotendu, sans signe de décompensation cardiaque, mais en clair surpoids. Le diagnostic différentiel de cette dyspnée comportait une cause cardiaque, associée à une cause pulmonaire (tabagisme à environ 60 UPA, arrêté récemment), et une dyspnée due à l'obésité. Une échocardiographie était prévue afin d'exclure une cause cardiaque. Un bilan pulmonaire était préconisé afin d'exclure une bronchite chronique obstructive. Si ce bilan s'avérait normal, on pourrait probablement conclure à une dyspnée liée à l'obésité.
17. Le 20 novembre 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin à l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a signalé à la SUVA que l'assuré ne constatait pas d'évolution de ses douleurs. L'antibiothérapie se poursuivait, de même que l'ergothérapie et la physiothérapie. L'incapacité de travail restait complète pour au moins trois ou quatre mois. A moyen terme, un changement de profession était indiqué.
18. Dans un rapport du 5 janvier 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution défavorable du coude droit avec une épitrochléectomie le 30 septembre 2014 pour une surinfection à *pseudomonas aeruginosa* sur le site d'ostéosynthèse, ainsi qu'une transposition d'un nerf ulnaire. Un traitement d'antibiotiques était en cours. Concernant la main droite, l'évolution au niveau cutané était stationnaire. L'extension active du 3<sup>ème</sup> rayon était lacunaire et il existait une arthrose secondaire de la troisième métacarpo-phalangienne, avec une indication formelle à la mise en place d'une prothèse de type Swanson. A l'épaule, il n'y avait aucune évolution au niveau de la mobilité articulaire. Dans un contexte de status post-luxation, il existait une atteinte de type capsulite du supra-épineux. La consolidation de la jambe était acquise, avec des douleurs résiduelles liées au matériel d'ostéosynthèse. Au plan psychique, l'assuré présentait des troubles du sommeil persistants. Il souffrait également d'une dyspnée de stade III. L'incapacité de travail restait complète.
19. Le 2 février 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a qualifié l'évolution de lentement favorable. L'incapacité de travail était claire, essentiellement en raison de la fonction de la main et du coude. Un changement de profession était nécessaire. La compliance et la concordance clinique étaient bonnes. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident.

20. Le 4 février 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'ostéoarthrite du coude droit à *pseudomonas aeruginosa* post ostéosynthèse, de status après neurolyse du nerf ulnaire, et de status après suture de l'extenseur des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doigts. Le traitement de l'infection était en cours. Il existait une raideur du coude, des poignets et des doigts longs, et un lâchage de l'extenseur du 3<sup>ème</sup> doigt. Le pronostic était mauvais. Un dommage permanent était attendu. La reprise du travail n'était pas prévue.
21. Une IRM de l'épaule droite du 11 mai 2015 n'a pas révélé d'argument pour une capsulite ou une synovite articulaire. Le radiologue a constaté une stabilité de la lésion profonde du tendon infra-épineux, une lésion du tendon supra-épineux moins significative, et une absence de signe d'infarctus de la tête humérale.
22. Dans un rapport du 15 juin 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a diagnostiqué une fracture de la jambe et de la malléole interne avec ostéosynthèse en août 2013. L'assuré était un peu gêné par les voies d'abord, mais une ablation du matériel d'ostéosynthèse n'était pas proposée.
23. Dans un rapport du 18 juin 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas d'évolution à l'épaule. Le coude allait légèrement mieux. Le genou était stable, avec une gêne discrète et des douleurs aux vis de la malléole interne. Une ténolyse de la main droite était prévue à distance. Globalement, le pronostic était moyen. Les problèmes auxquels il fallait s'attendre étaient une douleur et une limitation de la mobilité de l'épaule, un flexum et des douleurs du coude, une faiblesse, des douleurs et une baisse des fonctions de la main.
24. Le 21 août 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait de séquelles d'ostéo-arthrite au coude, ces douleurs étant supportables. Anamnestiquement, il n'était pas gêné par la raideur articulaire de son coude. Il ne constatait aucune douleur au niveau de sa main, sauf quand il forçait la mobilité en passif. Il était peu gêné par l'extenseur rompu du 3<sup>ème</sup> rayon, lequel provoquait un flexum actif à 30° des métacarpo-phalangiennes, de sorte qu'une attitude expectative était préconisée. Les diagnostics étaient une raideur des chaînes polyarticulaires des doigts longs avec status post ablation d'un fragment osseux et réinsertion trans-osseuse des tendons du fléchisseur ; un lâchage de l'extenseur du 3<sup>ème</sup> doigt sur status post suture de l'extenseur ; un lavage chirurgical d'une plaie de la face externe du bras et de l'avant-bras droits les 24 et 28 août 2013 ; et un status post lavage et drainage d'une ostéo-arthrite chronique du coude droit à *pseudomonas aeruginosa* et neurolyse du nerf ulnaire le 10 octobre 2014. Cliniquement, on retrouvait de discrets signes de tendinite des extenseurs et des fléchisseurs non lésés lors de l'accident, avec des douleurs métacarpo-phalangiennes. Une IRM était prévue dans ce contexte.
25. Une IRM des deux mains, réalisée le 12 août 2015, a mis en évidence des séquelles d'arthropathie non rhumatismale de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3<sup>ème</sup>

rayon de la main droite vraisemblablement d'origine post-traumatique, mais l'absence d'argument pour une maladie rhumatismale des deux mains.

26. Le professeur H\_\_\_\_\_, médecin au Service de rhumatologie des HUG, a ausculté l'assuré en date du 3 novembre 2015. Il a diagnostiqué des douleurs du membre supérieur droit, possiblement neuropathiques. L'assuré décrivait des douleurs constantes, exacerbées par la mobilisation mais ne disparaissant pas au repos. Elles étaient décrites comme une brûlure associée à une hyposensibilité diffuse, vaguement dans le territoire C7-C8, mais sans dermatome très précis. Les derniers bilans biologiques ne montraient pas de syndrome inflammatoire. A l'examen clinique, une limitation de l'extension active du 3<sup>ème</sup> doigt droit et une flexion globalement limitée du 2<sup>ème</sup> au 5<sup>ème</sup> rayon de la main droite étaient notées. Il existait une hyposensibilité diffuse subjective de la main et de l'avant-bras remontant jusqu'au niveau du coude et excluant le pouce. L'anamnèse et l'examen clinique évoquaient en premier lieu une étiologie neuropathique, en plus d'une composante probablement mécanique post-traumatique du rayon en particulier. Il n'y avait pas d'argument pour une étiologie inflammatoire sous-jacente.
27. Dans un courrier du 2 décembre 2015, l'assuré a annoncé à la SUVA qu'il renonçait « à l'IMI » (*recte* indemnité pour atteinte à l'intégrité) pour le sinistre du 16 août 2013.
28. En date du 14 décembre 2015, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA a examiné l'assuré. Ce dernier lui a exposé qu'il avait perdu connaissance lors de l'accident et n'était sorti du coma qu'une fois hospitalisé à Genève. Il poursuivait la physiothérapie de l'épaule et de la main droites. Dans les antécédents, la Dresse I\_\_\_\_\_ a noté des problèmes de cœur, de prostate et de diabète. L'assuré se plaignait de douleurs constantes à l'épaule droite. Sa mobilité était diminuée. Il ne sentait pas son bras. Ses douleurs au coude droit étaient constantes, avec parfois une inflammation au niveau de l'épitrachée et un manque de mobilité. A la main droite, il souffrait de douleurs au niveau radio-carpien et métacarpien, et il n'arrivait pas à fléchir les doigts complètement. Il manquait de force à la pince pouce/index et il existait une raideur du 3<sup>ème</sup> doigt avec un manque d'extension métacarpo-phalangien. Les douleurs du genou gauche étaient constantes. L'assuré devait emprunter les escaliers marche après marche. La station debout était limitée à 30 minutes et la marche à 15 minutes. A la cheville gauche, l'assuré avait une douleur constante et un manque de force et d'extension dorsale. Il se sentait très fatigué. Il n'avait subi aucun contrôle neurochirurgical ou neuropsychologique. Il signalait des céphalées inconstantes sous forme d'hémicrâniées droites. Il avait des difficultés de concentration et oubliait ses rendez-vous. Sur le plan psychologique, il était suivi par une psychiatre. Au terme de son examen, la Dresse I\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fracture tibia-péroné de la jambe gauche ; de fracture de l'épicondyle médial du coude droit ; de plaies multiples profondes du membre supérieur droit avec délabrement de l'appareil extenseur des 2<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> doigts et arthrotomie du

---

2<sup>ème</sup> doigt ; et de fracture diaphysaire de la troisième métacarpienne de la main droite.

Dans son appréciation, la Dresse I\_\_\_\_\_ a noté ne disposer d'aucun renseignement quant au traumatisme crânio-cérébral avec amnésie circonstancielle et perte de connaissance. L'assuré avait subi deux interventions au niveau du coude droit. Les mobilités du genou étaient satisfaisantes. La mobilité de la cheville était légèrement diminuée en extension. Il persistait actuellement un déficit de mobilité au niveau de l'épaule, du coude et de la main. Au niveau de l'épaule, le traitement resterait conservateur. Il était probable qu'une légère amélioration puisse encore être obtenue. Au niveau du coude, il restait un manque d'extension qui ne pourrait s'améliorer. Au niveau de la main, le cas ne semblait pas stabilisé, une nouvelle intervention étant éventuellement prévue.

Concernant une activité future, seul un poste sédentaire ou semi-sédentaire pourrait être envisagé, sans mouvements du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, sans port de charge du membre supérieur droit et sans nécessité de force de préhension de la main droite, ceci sous réserve d'une nouvelle intervention. Un bilan et un avis cardiologique seraient nécessaires pour apprécier les limitations professionnelles.

29. Dans son rapport du 14 mars 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a signalé que le diagnostic était inchangé. L'évolution était globalement stagnante, on ne retrouvait qu'une petite amélioration au niveau de la mobilité de l'épaule droite, sans répercussion fonctionnelle. Les chirurgiens ne souhaitaient pas intervenir au niveau de la main droite, car la fonction était conservée. L'épaule droite montrait une très lente évolution favorable avec un gain de mobilité en rotation externe. Une infiltration de la bourse sous-acromio-deltoïdienne avait été proposée. La physiothérapie de mobilisation et de renforcement était en cours. Une intervention chirurgicale de la coiffe des rotateurs n'était pas possible tant que les amplitudes n'étaient pas retrouvées. Au niveau du fémur gauche, l'assuré présentait encore des douleurs au niveau du tendon rotulien et de la vis au niveau de la malléole interne de la cheville. Un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) était proposé pour un *booster* en physiothérapie ainsi que pour la mise en situation dans les ateliers. Aucun travail de manutention ne pouvait être accompli. L'assuré pouvait envisager un travail en positions mixtes sans port de charges ni longues marches, par exemple dans un bureau de tabac.
30. L'assuré a séjourné à la CRR du 27 avril au 24 mai 2016 pour une réadaptation neurologique en raison de ses douleurs du coude et de l'épaule droits. Dans leur rapport du 6 juillet suivant, les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en neurologie, et L\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de fracture du tibia-péroné de la jambe gauche traitée par enclouage, de fracture de l'épicondyle médial du coude droit, de plaies multiples profondes du membre supérieur droit avec délabrement de l'appareil extenseur des 2<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> doigts et arthrotomie du 2<sup>ème</sup> doigt, de fracture diaphysaire de la troisième métacarpienne de la main droite,

de désinsertion partielle du tiers supérieur du tendon infra-épineux avec atrophie et dégénérescence graisseuse de la partie supérieure du muscle infra-épineux, et de traumatisme crânio-cérébral léger. Les complications survenues étaient les suivantes : lésion partielle du versant profond du tendon infra-épineux distal et du tiers supérieur du tendon supra-épineux en mai 2014, lâchage et rupture du tendon extenseur du 3<sup>ème</sup> rayon en regard de la tête du 3<sup>ème</sup> métacarpien traités par la mise en place d'une prothèse en janvier 2015, ostéite chronique de l'épitrôchlée droite post-traumatique traitée par curetage osseux en septembre 2014, et capsulite de la coiffe des rotateurs en juillet 2014. A titre de comorbidités, ils ont noté un NSTEMI sur occlusion de l'IVA moyenne traité par angioplastie et pose d'un stent le 19 août 2013, une sténose significative de l'IVP traitée, ainsi qu'une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé. Les médecins ont brièvement résumé l'anamnèse avant de consigner les éléments ressortant du status clinique. L'assuré présentait une omalgie droite chronique. A trois ans d'un grave accident de la circulation, il persistait une raideur de l'épaule, un flexum de coude et une limitation de la mobilité des doigts.

Le pronostic de récupération était réservé chez un assuré diabétique, facteur négatif pour l'évolution de la capsulite. Il n'était pas certain que la rééducation permette de gagner encore beaucoup en amplitude articulaire. Il fallait maintenir les acquis et encourager l'assuré à réaliser des auto-exercices. Ce dernier resterait limité dans les activités nécessitant des mouvements de précision ou de force avec le membre supérieur droit dominant, qu'il pourrait vraisemblablement utiliser uniquement comme membre d'appoint ou pour le port de charges légères. Un bilan radiologique supplémentaire de l'épaule droite avait eu lieu le 10 mai 2016. On retrouvait une minime calcification en regard de l'insertion distale du tendon du sus-épineux, associée à un aspect remanié du trochiter et une ébauche ostéophyttaire du pôle inférieur de la glène scapulaire. Le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin à la CRR, avait conclu à une stabilisation des séquelles du traumatisme, qui seraient très difficilement modifiables à l'avenir et empêchaient une reprise de l'activité de maçon. En revanche, une activité professionnelle légère et adaptée était possible. Il n'y avait pas de proposition particulière sur le plan thérapeutique. Du point de vue neuropsychologique, l'assuré se plaignait en premier lieu de céphalées de nature pulsatile lors des changements de position, de nombreux oublis portant sur les activités réalisées et les événements récents, de difficultés de concentration, d'une intolérance au bruit, d'une irritabilité et de troubles du sommeil. L'examen neuropsychologique retrouvait un tableau cognitif tout à fait rassurant. La seule altération retrouvée était une légère difficulté en mémoire antérograde verbale, ainsi qu'un très discret fléchissement attentionnel en attention divisée. Une IRM cérébrale du 3 mai 2016 avait mis en évidence une lésion occipitale ancienne stabilisée, dont les neuro-radiologues avaient retenu l'origine post-traumatique. En conclusion, l'atteinte cognitive était légère et ne constituait pas une limitation à la réalisation d'une activité professionnelle manuelle simple. Du point de vue psychiatrique, l'évaluation n'avait pas mis en évidence de pathologie psychiatrique.

L'assuré avait bénéficié de physiothérapie, avec une évolution favorable de ses capacités fonctionnelles et de ses fonctions organiques. A la sortie, il était capable de se déplacer en marchant en sécurité. Il n'avait pas besoin de moyen auxiliaire. En fin de prise en charge d'ergothérapie, la force manuelle et de pincement ainsi que la dextérité étaient meilleures aux deux mains. Aucune amélioration significative n'était objectivée dans les amplitudes articulaires, ni dans la sensibilité tactile du membre supérieur droit. Du point de vue ORL, l'assuré se plaignait de céphalées et de vertiges, surtout lors des changements de position. Le status ORL était grossièrement normal, avec une atteinte auditive minime, compatible avec une presbycusie ainsi que des traumatismes acoustiques répétés en lien avec la profession. Un nystagmus déficitaire gauche à la rotation de la tête à droite était également retrouvé. Les vertiges étaient donc d'origine périphérique, sur insuffisance vestibulaire gauche, ce qui contre-indiquait le travail en hauteur, par exemple sur des rayonnages. Une physiothérapie vestibulaire avait amené une amélioration subjective des vertiges à la sortie. En raison de nausées, l'assuré n'avait pas pu effectuer l'évaluation des capacités fonctionnelles ni l'évaluation finale aux ateliers professionnels. La conclusion des évaluations partielles aux ateliers professionnels indiquait que la capacité de travail dans une activité adaptée, soit mono-manuelle, répétitive et simple, était théoriquement normale. Elle n'avait toutefois pas pu être vérifiée en pratique. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité mais complète dans une activité adaptée.

31. L'assuré a eu un entretien avec la SUVA en date du 7 septembre 2016. Il a notamment exposé qu'il ne pouvait pas rester assis ou debout longtemps, et qu'il n'avait que la main gauche de valide, alors qu'il était droitier. Il manquait de force à la main gauche et avait des problèmes avec la main droite même pour manger. Il ne savait pas écrire et lire en français, il se faisait toujours aider par ses enfants. Pour l'instant, il ne savait toujours pas dans quelle profession se diriger, étant donné ses handicaps. Il ne connaissait que les travaux demandant de gros efforts physiques (carrelage, maçonnerie, nettoyage) qu'il n'avait pas la force d'accomplir. Il a déclaré qu'il renonçait à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, car il pourrait obtenir un montant plus conséquent de l'assurance de responsabilité civile.
32. Le 7 septembre 2016, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport du même jour, il a résumé les pièces du dossier. L'assuré déclarait que depuis environ un mois, il ressentait des tiraillements sur le bas de la nuque à gauche, principalement lorsqu'il tournait la tête et la nuit. Pour le reste, il ne ressentait pas d'amélioration, ni au niveau de la main, ni au niveau de l'épaule. Il avait des sensations de contractions avec des bruits dans la tête. Il souffrait également de vertiges et de douleurs au coude. Il était moins dérangé par sa jambe que par son bras. Il prenait régulièrement des médicaments pour le cœur. Il était suivi par un psychiatre en raison d'une dépression. Le Dr N\_\_\_\_\_ constatait une importante surcharge pondérale et une légère dyspnée, même au repos. On notait à

l'inspection du bras une cicatrice élargie après perte de substance cutanée touchant le tiers inférieur du bras et les deux tiers proximaux de l'avant-bras droit. Les radiographies témoignaient d'une diminution de l'espace sous-acromial de l'épaule droite induisant une lésion chronique de la coiffe des rotateurs. Les radiographies de la cheville révélaient un status après enclouage d'une fracture tibio-péronière gauche et de minimes altérations dégénératives péronéo-astragaliennes. Les radiographies du genou étaient sans particularité, avec présence d'un clou centromédullaire tibial verrouillé bien en place. Les fractures étaient consolidées. Les radiographies de la main droite du 28 mai 2015 montraient de probables altérations de type algodystrophique, avec les séquelles d'un possible arrachement de la tête du 3<sup>ème</sup> métacarpien.

Objectivement, l'examen orthopédique était marqué par des hyper-réactions douloureuses aussi bien à la palpation qu'à la mobilisation de l'épaule, du coude ou de la main droite, qui ne permettaient pas une évaluation précise des amplitudes articulaires effectives. Il y avait également quelques douleurs à la palpation du trapèze des deux côtés, de la jambe et de la cheville gauches. La situation pouvait à présent être considérée comme stabilisée sur le plan somatique. L'assuré subissait une limitation probablement durable de la fonction du membre supérieur droit, consécutive principalement à la capsulite rétractile qui avait probablement compliqué les suites de l'accident. Le Dr N\_\_\_\_\_ ne retenait pas d'indication à des mesures autres que symptomatiques et d'auto-physiothérapie à ce stade. Une atteinte occipitale avait également été mise en évidence à l'imagerie cérébrale. Il appartiendrait aux neurologues de préciser si elle relevait des suites de l'accident. Un suivi psychiatrique était toujours en cours.

Sur le plan de l'exigibilité, si on s'en tenait exclusivement aux séquelles orthopédiques de l'accident, une capacité de travail même partielle dans une activité de maçon n'était plus exigible. Une capacité de travail dans une activité mono-manuelle répétitive simple, telle que ressortant de l'évaluation approfondie effectuée à la CRR, pourrait théoriquement être mise en valeur sur le marché du travail sans limitations particulières de rendement. Cela ne tenait cependant pas compte des comorbidités malades incapacitantes (status après infarctus, diabète, troubles respiratoires) ou d'ordre psychiatrique qui se greffaient sur l'évolution et qui ne permettraient probablement pas à cet assuré de retrouver une capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan orthopédique. Le Dr N\_\_\_\_\_ a en outre estimé l'atteinte à l'intégrité à 20 %, en se fondant sur la table 1 des barèmes d'indemnisation. Il a retenu le taux de 15 % relatif à une mobilité jusqu'à l'horizontale, majoré de 5 % pour tenir compte de l'atteinte du coude et de la main ainsi que de légers troubles douloureux résiduels de la jambe gauche. Cette estimation ne tenait pas compte d'éventuelles séquelles neurologiques de l'accident.

33. Par décision du 12 septembre 2016, la SUVA a confirmé le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré ne pouvant renoncer aux prestations légales.

34. Selon les indications de l'employeur du 10 octobre 2016, l'assuré aurait travaillé 176 heures par mois en moyenne en 2016. Son salaire n'aurait pas connu d'augmentation en 2015 et 2016.
35. Dans un document du 27 octobre 2016, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin auprès de la SUVA, a procédé à l'appréciation neurologique du dossier de l'assuré, qu'il a résumé et dont il a étudié les documents radiologiques. Il a précisé qu'il disposait d'un scanner cranio-cérébral réalisé le jour de l'accident à Bologne. Les images de cet examen montraient une tuméfaction étendue des parties molles de la région pariétale gauche. Des altérations osseuses du squelette crânien ou facial, des hémorragies intracrâniennes ou un œdème cérébral ne pouvaient être décelés. Une perte de substance de la région occipitale droite, avec gliose sous-jacente et légère boursoufflure ou allongement du ventricule latéral ipsilatéral, avait été décelée *a posteriori* grâce à l'IRM cranio-cérébrale du 3 mai 2016. Toutefois, cette altération était déjà identifiable sur les images du scanner cranio-cérébral du 16 août 2013. De ce fait, cette lésion ne pouvait résulter de l'évènement accidentel du 16 août 2013 et elle était donc plus ancienne. En outre, il fallait rappeler que l'assuré ne s'était pas plaint de maux de tête ou de troubles de la concentration après son séjour hospitalier. Lors de l'entretien approfondi du 30 janvier 2014 avec la SUVA, il s'était focalisé sur les douleurs de la malléole et du pied gauche ainsi que du bras droit et les limitations fonctionnelles qui y étaient associées. Il s'était plaint de maux de tête et de troubles de la concentration pour la première fois en décembre 2015 lors de l'examen la Dresse I\_\_\_\_\_. Quant aux vertiges décrits, ils ne s'expliquaient pas par une lésion périphérique de l'organe vestibulaire gauche. Cette atteinte n'était pas au degré de la vraisemblance prépondérante en lien de causalité avec l'évènement accidentel : en effet, aucun symptôme propre à cette pathologie et concomitant à l'accident n'avait été rapporté, et une lésion structurelle du rocher gauche n'avait pas été mise en évidence. En conclusion, la lésion cérébrale de la région occipitale droite existait déjà avant l'accident du 16 août 2013. De nouvelles lésions intracrâniennes n'étaient pas apparues après cette date. L'assuré avait été victime uniquement d'un choc de la tête dans la région pariétale gauche, qui n'expliquait pas sa symptomatologie actuelle.
36. Dans un rapport du 24 novembre 2016, le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que l'assuré attendait beaucoup des interventions chirurgicales prévues à l'épaule et à la main droites, d'une part pour en améliorer la fonctionnalité et d'autre part pour soulager ses douleurs. En juin 2016, il avait appris qu'il ne serait pas réopéré, ce qui l'avait beaucoup affecté. Il avait par ailleurs des difficultés à accepter sa situation actuelle. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Le pronostic restait réservé. Le traitement visait davantage une stabilité de l'état psychique qu'une guérison. Etant donné la situation actuelle, la dépression semblait se chroniciser.

37. Le 18 janvier 2017, le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à l'examen psychiatrique de l'assuré.

Après avoir rappelé le contenu de son dossier, il a relaté l'anamnèse et les plaintes de l'assuré, qui mettait surtout en avant la gêne fonctionnelle et les douleurs du membre supérieur droit. Il décrivait une perte de force et de capacité de préhension. Il faisait également état de vertiges, de sensations de serrement ou de blocages au niveau de la nuque. Il avait également très fréquemment des maux de tête. Il signalait d'importants troubles de la mémoire. L'assuré n'avait pas de plainte spontanée concernant son état psychique, mais il considérait que son état de santé global empirait. Il était inquiet face à l'accumulation des incertitudes sur le plan professionnel et financier. Sur demande, il faisait état de ruminations négatives. Il n'avait pas d'idéation suicidaire. Il se sentait constamment et chroniquement fatigué et avait perdu toute motivation, plaisir ou envie de faire des choses. Le sommeil était très variable, mais en général perturbé. L'assuré dormait avec un appareillage auquel il ne s'était pas encore complètement habitué. Il n'y avait pas de culpabilité pathologique, l'assuré se positionnait entièrement en tant que victime. Il ne présentait ni phobie, ni comportements rituels.

Lors de l'entretien, il s'était montré collaborant, sans caractère démonstratif. Il était orienté dans le temps et dans l'espace. Il avait fait l'effort d'être attentif tout au long de l'examen. Aucun trouble de la mémoire n'était objectivé. La tristesse n'était visible qu'à certains moments, lorsqu'il évoquait les moments pénibles et négatifs de son existence. Il se montrait alors plus abattu, exprimant une forme de découragement ainsi qu'une usure. On ne relevait pas de ralentissement vocal, moteur ou idéique. Il n'y avait pas de signe en faveur d'une élévation pathologique de l'humeur ou d'idée délirante exprimée. Le rapport à la réalité n'était pas distordu. Le Dr Q\_\_\_\_\_ ne retenait aucun argument en faveur de phénomènes hallucinatoires ou de type automatisme mental. Ni l'histoire personnelle, ni les constatations objectives ne suggéraient de trouble de la personnalité préexistant. Une symptomatologie dépressive d'intensité légère, qui semblait chroniquement installée depuis 2015 et secondaire à l'évolution somatique négative, était mise en évidence.

Dans ce sens, il fallait retenir un diagnostic de dysthymie (F 34.1). En effet, l'assuré se sentait surtout fatigué et déprimé, il présentait des ruminations concernant son état et son avenir, dormait mal et était découragé face à l'avenir. Il restait néanmoins globalement capable de fonctionner au quotidien et d'assumer les tâches essentielles. Une intensité des symptômes légère ne justifiait pas une incapacité de travail. Elle n'était pas non plus un obstacle à la réadaptation sur le plan professionnel. Durant l'examen, le Dr Q\_\_\_\_\_ n'avait pas constaté de trouble cognitif ou de symptomatologie en lien avec un éventuel état de stress post-traumatique. Sur le plan de l'anxiété, on pouvait considérer comme normale la présence de ruminations, compte tenu des nombreuses incertitudes pesant sur l'assuré.

38. Le 27 février 2017, la SUVA a communiqué à l'assuré qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 30 avril 2017, le récent examen médical ayant révélé qu'aucun traitement n'était plus nécessaire.
39. Selon une note d'entretien téléphonique du 15 mai 2017, l'ancien employeur a indiqué à la SUVA que le revenu journalier de l'assuré aurait été de CHF 253.40 en 2017, ce montant ne comprenant ni les vacances ni le 13<sup>ème</sup> salaire.
40. Dans un rapport de fin de suivi du 21 juin 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics, les complications et les comorbidités retenus par les médecins de la CRR. Il a qualifié l'évolution générale de favorable, avec une stabilisation du cas mais d'importantes séquelles. L'assuré restait limité dans la mobilité et la force de son épaule droite et dans la mobilité de son coude et de son poignet droits. De multiples traitements ainsi qu'un suivi psychologique avaient été tentés. Professionnellement, l'assuré était définitivement incapable d'exercer son métier de maçon. Le Dr B\_\_\_\_\_ contestait la décision de rente incomplète de la SUVA. Au vu de l'état général ostéo-articulaire et psychique de l'assuré, de son âge, de sa formation, de la barrière du langage et des limitations fonctionnelles retenues, la poursuite d'une activité lucrative semblait définitivement impossible. Cliniquement, l'épaule droite montrait des séquelles de la capsulite et de la rupture de la coiffe. En raison de vertiges non directionnels, une IRM cérébrale avait été effectuée à la CRR, qui avait relevé une lésion dans la région occipitale droite sans qu'un lien causal avec le traumatisme n'ait été retenu. Le Dr B\_\_\_\_\_ préconisait une reconsidération de la décision de rente.
41. Par décision du 26 juin 2017, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % et une rente se fondant sur un degré d'invalidité de 24 %, soit CHF 1'077.85 par mois, dès le 1<sup>er</sup> mai 2017. Le gain annuel assuré se montait à CHF 67'365.-. La base de calcul était le revenu perçu durant l'année précédant l'accident. La rente n'était due que pour les séquelles résultant de l'accident et non de maladies. La SUVA a retenu que l'assuré était à même malgré l'accident d'exercer une activité mono-manuelle répétitive simple dans différents secteurs de l'industrie à plein temps. Une telle activité lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 50'742.- conformément à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un niveau de compétence 1, et d'un abattement de 25 %. Comparé au gain de CHF 66'456.- (soit CHF 5'112.- x 13) réalisable sans l'accident selon la convention collective de travail applicable, il en résultait une perte de 23.64 %. La SUVA ne répondait pas d'éventuels troubles psychiques, dans la mesure où ils n'apparaissaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.
42. L'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision de la SUVA par courrier du 26 juillet 2017. Il a notamment allégué qu'il souffrait d'une symptomatologie dépressive d'intensité légère à la suite de son accident depuis 2015. Le Dr Q\_\_\_\_\_ avait relevé l'absence de trouble de la personnalité. Il a soutenu qu'il avait travaillé

en moyenne 176 heures par mois en 2013 et avait ainsi approximativement gagné un salaire annuel brut de CHF 67'804.-. Il s'est référé au calcul d'invalidité par l'assurance-invalidité, qui l'avait fixé à un taux de 63 % en tenant compte d'un gain assuré de CHF 72'466.-. La SUVA avait admis une capacité de travail de 27 % (*recte* 100 %) dans une activité adaptée, dont elle n'avait donné aucun exemple concret. Elle n'avait pas tenu compte des certificats médicaux attestant de son incapacité de travail complète. On ne comprenait du reste pas sur quel gain la SUVA se basait pour fixer le montant de la rente, puisqu'elle mentionnait à la fois des montants de CHF 67'365.- et de CHF 66'456.-. De plus, aucun des gains assurés ne permettait d'aboutir à un montant de CHF 1'077.85 une fois réduit à 24 %. L'assuré s'est prévalu du principe de complémentarité des rentes de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, alléguant qu'il impliquait que les deux assureurs se fondent sur le même gain et ne retiennent pas un degré d'invalidité divergent. En l'espèce, la SUVA et l'OAI avaient retenu les mêmes limitations fonctionnelles, et il ne souffrait d'aucune maladie physique ou psychique préexistante. Son invalidité était dès lors uniquement imputable à son accident. Il a conclu à l'octroi d'une rente de 100 %.

L'assuré a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son opposition :

- a. rapport du 2 septembre 2015 de la doctoresse R\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), retenant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail de force avec le membre supérieur droit, pas de gestes fins avec la main droite, pas de port de charge avec le membre supérieur droit, pas de travail au-dessus de l'horizontale avec l'épaule droite, pas de montée sur une échelle, un échafaudage ou les escaliers, pas de station debout prolongée et de marche en terrain irrégulier, travail sédentaire en position assise ne nécessitant pas de déplacement important. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, comme en attestait le Dr B\_\_\_\_\_. Le début de la réadaptation était fixé au 1<sup>er</sup> avril 2014.
  - b. projet de décision de l'OAI du 12 juin 2017, octroyant à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2014 au 30 juin 2015 et un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 en se référant à l'avis du SMR. L'OAI a retenu que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu un salaire de CHF 72'466.- et que son revenu avec invalidité s'élevait à CHF 26'919.-. Le degré d'invalidité était ainsi de 62.8 %.
43. Par décision du 31 août 2017, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré. Elle a affirmé que le seul point litigieux était le degré d'invalidité et que la décision querellée, non contestée sur les autres points, était d'ores et déjà entrée en force (*sic*).

---

Après avoir rappelé les dispositions légales régissant le calcul du degré d'invalidité, la SUVA a noté que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assurance-accidents, qui devait s'en écarter lorsque l'atteinte à la santé n'était pas imputable uniquement à l'accident. En l'espèce, l'assuré souffrait de séquelles sans rapport avec l'accident, telles que des problèmes cardiaques, du diabète et des troubles respiratoires, considérées comme incapacitantes par le Dr N\_\_\_\_\_. La lésion cérébrale de la région occipitale droite existait déjà avant l'accident assuré et les troubles neurologiques actuels n'étaient pas en relation avec l'accident. Le refus de la SUVA de reconnaître sa responsabilité pour les troubles psychiques n'avait pas été contesté par l'assuré. En ce qui concernait la détermination du revenu sans invalidité, la SUVA a rappelé que l'assuré était au chômage au moment de son accident, et que son salaire journalier variait d'un mois à l'autre durant l'année précédant la résiliation des rapports de travail. Son gain annuel pour la période précédant son inscription à l'assurance-chômage en avril 2014 s'élevait à CHF 67'365.-. Le revenu sans atteinte à la santé de CHF 72'466.- retenu par l'OAI s'écartait sensiblement de ce revenu. Selon la jurisprudence, dans un tel cas, le revenu sans invalidité pouvait être déterminé sur la base du salaire minimum prévu par la convention collective de travail applicable dans la branche. S'agissant du revenu d'invalidité, les limitations fonctionnelles prises en considération par la SUVA n'étaient pas identiques à celles admises par l'OAI. La SUVA s'était fondée sur l'examen du Dr N\_\_\_\_\_ du 7 septembre 2016, que le certificat du Dr B\_\_\_\_\_ ne suffisait pas à remettre en cause, notamment eu égard aux facteurs étrangers à l'invalidité qui y étaient mentionnés. Au sujet de l'absence d'exemples concrets d'activités adaptées, la SUVA a souligné que l'application de l'ESS pour déterminer le revenu exigible dans des activités mono-manuelles légères avait été admise par la jurisprudence. Ainsi, sa décision devait être confirmée.

44. L'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA par écriture du 28 septembre 2017. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de gain de 100 %, et subsidiairement au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction complémentaire.

Il a allégué qu'il bénéficiait d'un revenu net journalier de CHF 253.40, soit environ CHF 5'648.- par mois ( $[(CHF\ 253.40 \times 20) + 2.9\%] + 8.33\%$ ). Les 2.9 % représentaient son temps de pause et les 8.33 % son 13<sup>ème</sup> salaire. En 2013, il avait perçu un salaire annuel brut d'environ CHF 67'804.- pour un horaire mensuel de 176 heures, soit 44 heures par semaine. Au plan psychologique, l'incapacité de travail provoquée par son accident l'avait également atteint. Il souffrait depuis 2015 d'un état dépressif, dont la gravité était toutefois discutée par les médecins l'ayant examiné. Il souffrait d'une limitation fonctionnelle de l'épaule droite, de troubles du coude et de la main droits. L'OAI avait pris en considération comme dernier gain assuré le montant de CHF 72'466.- versé par son employeur. La décision sujette à opposition était peu claire s'agissant du dernier gain assuré. Aucun des

deux gains qui y étaient mentionnés ne permettait de conclure à une rente de CHF 1'077.85. Le recourant a répété ses griefs sur l'absence de coordination avec la décision rendue par l'OAI.

Le recourant a reproché à la SUVA d'avoir violé son devoir d'instruction. Il a allégué qu'à la suite de son accident et des multiples interventions subies, il était tombé dans une profonde dépression, se référant sur ce point au rapport du Dr P\_\_\_\_\_. Or, le Dr Q\_\_\_\_\_ s'était écarté de ce diagnostic, sans toutefois fournir de motivation à l'appui. Son rapport se basait essentiellement sur les propos tenus par le recourant, lors d'une unique consultation et d'un examen psychiatrique mené par la CRR. Néanmoins, tout comme le Dr P\_\_\_\_\_, le Dr Q\_\_\_\_\_ s'accordait à affirmer que les problèmes psychiques du recourant faisaient suite à son accident du 16 août 2013. Ces deux expertises étaient ainsi contradictoires. Le recourant, qui avait toujours vécu de son travail physique, se voyait fortement diminué puisqu'il était désormais incapable des gestes du quotidien même les plus simples et qu'il souffrait de douleurs constantes. Au vu de ces éléments, il n'était pas surprenant que sa nouvelle situation personnelle et familiale l'ait plongé dans une sévère dépression chronique. La SUVA aurait dès lors dû mener une expertise médicale plus approfondie au plan psychiatrique.

Il a en outre fait grief à la SUVA de ne pas avoir donné d'exemples concrets d'activités entrant en considération. La seule mention d'une activité mono-manuelle répétitive simple dans différents secteurs de l'industrie était manifestement insuffisante et ne correspondait pas à la réalité, et aucune mesure d'observation ou de réadaptation n'avait été mise en œuvre. La SUVA aurait dû ordonner une mesure de réadaptation en faveur du recourant si elle retenait une telle conclusion.

45. Dans sa réponse du 29 novembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens.

S'agissant de la violation du devoir d'instruction alléguée, l'intimée a fait valoir que l'assuré n'avait pas contesté l'absence de responsabilité pour les troubles psychiques dans son opposition, alors qu'il était représenté par un mandataire qualifié. Aussi, passé le délai légal, ce point n'était plus litigieux. Le grief du recourant sur ce point devait ainsi être écarté. S'agissant de l'activité qui pouvait encore être exercée, le revenu d'invalidé avait été fixé en référence aux données de l'ESS 2014, TA1, niveau 1, et indexé à 2017 (*sic*) après la déduction maximale de 25 %. Pour les assurés ne pouvant plus exercer une activité physiquement trop astreignante pour leur état de santé, le salaire établi sur cette base était suffisamment représentatif, dès lors qu'il recouvrait un large éventail d'activités variées non qualifiées. Le recours à ce revenu statistique devait ainsi être confirmé. Par ailleurs, l'assurance-accidents n'allouait pas de prestations sous forme de réadaptation professionnelle.

46. Par réplique du 5 janvier 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le fait qu'il n'ait pas explicitement contesté dans son opposition

l'absence de responsabilité de l'intimée s'agissant de ses troubles psychiques ne signifiait pas que ce point fût entré en force. Il a repris les arguments développés dans ses précédentes écritures au sujet de ses troubles psychiques. S'agissant de l'activité adaptée, l'intimée perdait de vue les nombreuses et très contraignantes limitations fonctionnelles du recourant. Elle ne pouvait ainsi procéder à une comparaison des revenus sans déterminer les revenus pouvant concrètement être réalisés. Le recourant a précisé qu'il ne contestait pas le recours au salaire statistique, mais uniquement le fait de s'y référer sans savoir quelle activité était adaptée à son invalidité. Le taux d'invalidité retenu ne correspondait en outre pas à celui admis par l'OAI.

47. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée en date du 9 janvier 2018.
48. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. La LPGA, entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours, déposé dans les délais et formes prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2).

---

En l'espèce, compte tenu des conclusions du recours, seul le degré d'invalidité du recourant est litigieux, à l'exclusion de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En revanche, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, la responsabilité quant à l'incidence d'éventuels troubles psychiques sur la capacité de gain du recourant n'a pas été tranchée de manière définitive par sa décision du 26 juin 2017, qui n'est pas entrée en force en raison de l'opposition interjetée.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGa).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). 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 à 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).

6. La jurisprudence a développé plusieurs critères pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Il y a d'abord lieu de classer les accidents en fonction de leur déroulement en trois catégories : les accidents de peu de gravité, ceux de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération sept critères exhaustifs développés par la jurisprudence, portant notamment sur les circonstances de l'accident et la gravité des lésions (cf. ATF 117 V 369 consid. 4c et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1), dont trois au moins doivent être remplis. 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).

S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence applique les mêmes critères que ceux dégagés à propos

---

des troubles d'ordre psychique, avec toutefois certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10).

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

A 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.

8. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible, si bien qu'il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une

dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises confirmé la détermination du salaire sans invalidité sur la base des revenus prévus par la convention collective de travail applicable dans la branche (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1, 8C\_71/2014 du 12 juin 2014 consid. 4.1 et 8C\_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 6.2.1.2).

Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

9. La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 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. À 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. Le principe d'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer les assureurs sociaux de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus

ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

10. 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, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

11. En l'espèce, l'intimée a établi le degré d'invalidité du recourant en se fondant sur une capacité de travail complète dans une activité mono-manuelle.

Il convient dans un premier temps d'analyser si les rapports des médecins sur lesquels elle s'est fondée répondent aux exigences développées par le Tribunal fédéral.

Tel est le cas du rapport des médecins de la CRR. En effet, ces derniers ont pris connaissance du dossier du recourant, dont ils ont relaté les plaintes et l'historique médical. Ils ont fondé leurs diagnostics et leurs conclusions sur des examens fouillés ainsi que sur des consultations spécialisées.

Le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 7 septembre 2016 est également conforme aux réquisits jurisprudentiels, puisqu'il contient un résumé du dossier, énumère les plaintes du recourant et consigne les résultats du status clinique. Ses conclusions, émises après avoir pris connaissance des documents d'imagerie, sont motivées. Selon le Dr N\_\_\_\_\_, du point de vue strictement orthopédique, le recourant est en mesure d'exercer une activité mono-manuelle répétitive simple.

Il n'existe aucun rapport médical permettant de s'écarter de ce point de vue. La chambre de céans souligne que les médecins traitants ayant pris en charge les suites orthopédiques de l'accident ont tous retenu que la profession de maçon n'était plus exigible – à l'instar des médecins de la CRR et des médecins d'arrondissement de l'intimée. Ils n'ont cependant pas exclu l'exercice d'une activité adaptée, à tout le

---

moins dans un premier temps. En effet, les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ signalaient en automne 2014 qu'un changement de profession devait être envisagé. Le Dr B\_\_\_\_\_ a également relevé cette nécessité en février 2015. En mars 2016, ce médecin a indiqué qu'une activité sans port de charges ni longs déplacements était possible. Dans son rapport du 21 juin 2017, il a certes critiqué le fait de ne pas octroyer une rente entière au recourant. A l'appui de cette position, le Dr B\_\_\_\_\_ a cependant évoqué des éléments tels que l'âge, la formation et la barrière de la langue. Or, ce sont là des facteurs étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 3.2), dont ne répond pas l'intimée. En outre, comme on l'a vu, les prestations de l'assurance-accidents ne sont pas censées pallier des difficultés de réinsertion dues au marché du travail. Pour le surplus, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles retenues par le Dr B\_\_\_\_\_, elles ne sont en soi pas incompatibles avec la reprise d'une activité adaptée si l'on se réfère à ses précédents rapports. Enfin, si l'on s'en tient à l'avis du SMR du 2 septembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ aurait indiqué à l'assurance-invalidité que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a certes relevé que les troubles cardiaques, respiratoires et métaboliques du recourant pouvaient avoir une incidence négative sur la capacité de gain du recourant. Cela étant, ces troubles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, si bien que l'intimée n'a pas à en tenir compte. Il n'est au demeurant pas avéré qu'ils aient une incidence sur la capacité de gain du recourant.

Quant aux troubles neuropsychologiques, la chambre de céans retient ce qui suit. L'appréciation neurologique du Dr O\_\_\_\_\_ n'est guère convaincante, dès lors que ce médecin affirme essentiellement que la lésion cérébrale de la région occipitale droite existait déjà avant l'accident du 16 août 2013, ce qu'il entend apparemment démontrer par le fait qu'elle apparaît sur le scanner réalisé le jour de l'accident. A défaut d'autres explications, cette seule constatation ne suffit pas à conclure que cette lésion est antérieure au 16 août 2013. Cependant, tant la valeur probante de cette appréciation que cette question peuvent rester ouvertes en l'espèce. En effet, le bilan neuropsychologique réalisé à la CRR n'a pas révélé d'anomalie. Le recourant s'est certes plaint d'oublis lors de son entretien avec le Dr Q\_\_\_\_\_, mais ces troubles n'ont pu être objectivés lors de l'examen clinique. Il n'existe du reste aucun autre rapport médical constatant des troubles cognitifs. Par conséquent, aucune incapacité de gain ne peut être retenue pour ce motif.

En ce qui concerne les troubles psychiatriques, on notera en premier lieu que le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ comprend tous les éléments formels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Ce médecin a en effet établi l'anamnèse, recueilli les plaintes du recourant, et émis des diagnostics et des conclusions en les motivant à satisfaction de droit. Le seul rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2016, nullement motivé et se bornant à poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans indiquer sur quels critères il se fonde, ne saurait être considéré comme une expertise de nature à remettre en cause les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_,

---

contrairement à ce qu'affirme le recourant. Ce dernier a du reste affirmé que la symptomatologie dépressive était d'intensité légère dans son opposition, semblant se rallier à l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée. Au vu de ces éléments, on ne saurait s'écarter des conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_, aux termes desquelles l'état psychique du recourant n'a pas d'incidence sur sa capacité de travail. Par surabondance, c'est ici le lieu de rappeler que même si le recourant présentait des troubles psychiques suffisamment graves pour avoir des répercussions sur sa capacité de travail, l'intimée n'en répondrait que si un lien de causalité adéquat pouvait être admis eu égard aux circonstances concrètes, conformément aux critères dégagés par la jurisprudence, dont la réalisation n'a pas été examinée en l'espèce.

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le recourant était à même de reprendre une activité adaptée à plein temps et sans diminution de rendement. En particulier, le grief du recourant portant sur le fait que l'intimée ait admis une capacité résiduelle de travail sans lui avoir octroyé de mesure de réadaptation professionnelle tombe à faux, puisque l'assurance-accidents n'alloue pas de telles prestations (ATF 134 V 189 consid. 2.3).

12. Il convient à présent d'examiner si le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée est correct.

En préambule, on soulignera dans ce cadre que le recourant ne saurait se prévaloir du degré d'invalidité retenu par l'OAI, notamment au motif que la décision de cet assureur n'était pas entrée en force au moment où l'intimée a statué sur son invalidité.

a) S'agissant du revenu sans invalidité, le recours au revenu tiré de la convention collective de travail du domaine de la construction n'est pas critiquable dans son principe, conformément à la jurisprudence citée. En particulier, eu égard au fait que les rapports de travail du recourant ont été résiliés avant la survenance de son accident, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas tenu compte des salaires que le recourant aurait pu réaliser au service de son employeur. On notera du reste que les salaires réellement perçus ne sont guère supérieurs aux revenus minimaux prévus par la convention collective de travail.

L'intimée n'ayant fourni aucune autre précision sur la manière dont le revenu sans invalidité a été fixé, la chambre de céans ne peut contrôler son calcul. Quoi qu'il en soit, le revenu sans invalidité peut être fixé comme suit.

L'art. 42 de la Convention nationale du secteur de la construction (CN) 2016-2018 prévoit notamment les classes de salaire suivantes : classe C pour un travailleur de la construction sans connaissance et classe B pour un travailleur de la construction avec connaissances professionnelles mais sans certificat professionnel, qui, du fait de sa bonne qualification a été promu par l'employeur de la classe de salaire C dans la classe de salaire B.

Selon l'annexe 9 à la CN, le canton de Genève est situé en zone rouge.

---

L'art. 41 al. 2 CN fixe notamment les salaires de base suivants pour les classes de salaire B et C dans la zone rouge : CHF 5'112.- par mois et CHF 29.05 par heure pour la classe B et CHF 4'548.- par mois et CHF 25.85 pour la classe C.

Selon les art. 49 et 50 CN, les travailleurs ont droit à un 13<sup>ème</sup> salaire, cas échéant versé au *pro rata temporis*.

La Convention complémentaire «Genève» à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse prévoit à son art. 1 al. 1 let. b qu'une pause est payée à raison de 2.9 % du salaire brut mensuel.

Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à CHF 68'383.20, soit 13 mensualités de CHF 5'112.- multipliées par 2.9 % pour tenir compte de la pause payée.

b) Quant au revenu avec invalidité, le recours aux revenus statistiques ne prête pas non plus flanc à la critique, à la lumière de la jurisprudence rappelée ci-dessus. On soulignera en particulier que le caractère mono-manuel de l'activité adaptée ne suffit pas à exclure l'applicabilité du revenu de niveau 1 tiré d'activités simples et répétitives selon l'ESS. En effet, cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises admis que le revenu d'invalidité soit fixé en référence à ce revenu dans le cas d'activités mono-manuelles 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). Il n'était ainsi pas nécessaire que l'intimée détermine précisément les activités entrant en ligne de compte eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant.

Selon l'ESS de 2014 (tableau TA1\_skill\_level), le revenu d'activités de niveau 1 pour un homme est de CHF 5'312.- par mois, soit CHF 63'744.-. Indexé à 2016 dès lors que l'évolution des salaires en 2017 n'est pas encore connue, et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu sans invalidité est ainsi de CHF 67'052.40. Compte tenu de l'abattement de 25 %, ce revenu est réduit à CHF 50'289.-.

c) La comparaison avec le revenu sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 26.46 %, qui doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3), soit 26 %.

13. Reste à examiner le montant de la rente à laquelle le recourant a droit.

Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA). L'art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) définit le gain assuré comme le salaire déterminant

au sens de la législation sur l'AVS, compte tenu des dérogations suivantes: sont également assurés les salaires non soumis aux cotisations de l'AVS en raison de l'âge de l'assuré (let. a) ; font également partie du gain assuré les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants, d'allocation de formation ou d'allocation de ménage, sont versées conformément aux usages locaux ou professionnels (let. b) ; pour les membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, les associés, les actionnaires ou les membres de sociétés coopératives, il est au moins tenu compte du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux (let. c) ; les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprises ou en des circonstances analogues, ne sont pas prises en compte (let. d). L'art. 24 al. 1 OLAA précise que si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités.

L'intimée ne donne aucune explication sur les calculs qui lui permettent d'aboutir au gain assuré de CHF 67'365.-. Or, on peut admettre que si le recourant n'avait pas connu de période de chômage, il aurait à tout le moins perçu le revenu annuel prévu par la CN, soit CHF 68'383.20. A ce montant s'ajoutent les allocations familiales, conformément à la disposition réglementaire précitée. Ces allocations n'ont plus été versées dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 dès lors que le recourant n'a plus été salarié dès cette date (cf. art. 13 al. 1 de la loi fédérale sur les allocations familiales [LAF – RS 836.2]). Les allocations versées durant l'année précédant l'accident s'élèvent à CHF 12'000.- (soit un montant mensuel de CHF 1'500.- versé d'août 2012 à mars 2013). Ce montant ajouté au salaire que l'assuré aurait perçu dans l'année précédant l'accident sans période de chômage de CHF 68'383.20 représente ainsi un gain assuré de CHF 80'383.20.

Aux termes de l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. En l'espèce, le 80 % du gain assuré correspond à CHF 64'306.60.

La rente s'élève à 26 % de ce montant, soit CHF 16'719.70 par an et CHF 1'393.30 par mois.

14. Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est très partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 1'000.-.

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Dit que le recourant présente un degré d'invalidité de 26 % donnant droit à une rente mensuelle d'accident de CHF 1'393.30 par mois dès le 1<sup>er</sup> mai 2017.
4. Confirme les décisions de l'intimée du 26 juin 2017 et du 31 août 2017 pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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