

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4112/2017

ATAS/1111/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1978, a travaillé en qualité de cuisinier avant de percevoir des indemnités de chômage. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA)
2. Le 2 juillet 2010, l'assuré a débuté une mission de travail temporaire pour Hôtel B_____ SA, censée se dérouler sur quatre jours pour un salaire brut horaire de CHF 26.80, indemnités pour vacances et jours fériés incluses.
3. Le 2 juillet 2010, l'assuré été victime d'un accident de la circulation : alors qu'il circulait à bicyclette, il s'est fait renverser par une voiture et s'est blessé aux doigts de la main droite.
4. Le lendemain, l'assuré a été opéré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Les médecins ont diagnostiqué des plaies multiples avec perte de substance dorsale sur les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} doigts de la main droite, une plaie palmaire longitudinale arciforme sur le versant ulnaire de la deuxième phalange du 2^{ème} doigt et une plaie transverse à la face dorsale de la main en regard du tiers distal du 4^{ème} métacarpien, avec section complète du tendon extenseur du 4^{ème} doigt en zone VI.
5. Dans un rapport du 12 août 2010, le docteur C_____, médecin au Service de chirurgie des HUG, a fait état de plaies profondes complexes avec perte de substance de la main droite. L'assuré disait avoir été victime d'un trauma cervical lors de son accident. Le médecin a attesté d'une incapacité de travail totale de deux mois au moins dès le 2 juillet 2010.
6. Selon un rapport de police établi le 14 août 2010, l'assuré a déclaré avoir vu, lors de l'accident, sur sa droite, une voiture à environ 30 mètres, qui roulait dans sa direction alors qu'il quittait les places pour deux-roues. Pensant avoir le temps, il avait commencé à traverser la chaussée, puis circulé quelques mètres sur un passage pour piétons avant d'obliquer sur sa gauche, une fois arrivé de l'autre côté de la route. Lorsque l'automobiliste était arrivé à sa hauteur, il avait ouvert sa fenêtre et lui avait fait un doigt d'honneur. Suite à cela, l'assuré avait levé le bras. Voyant cela, l'automobiliste avait freiné. L'assuré s'était arrêté à son tour. Il était reparti en se déportant sur sa gauche lorsque l'automobiliste avait fait marche arrière dans sa direction. Il avait cependant percuté l'arrière de la voiture quelques mètres plus loin et était tombé au sol.

La police a entendu quatre témoins.

Le premier témoin a indiqué avoir vu un heurt entre un cycliste et une voiture qui faisait une marche arrière à vitesse élevée. L'automobiliste était sorti de son véhicule. Les deux protagonistes étaient énervés et s'invectivaient.

Le deuxième témoin a déclaré avoir vu un cycliste arrêté sur un passage pour piétons, en train d'insulter l'automobiliste qui venait de passer devant lui. Cet automobiliste avait freiné brusquement et le cycliste s'était dirigé vers sa voiture. L'automobiliste avait fait une marche arrière conséquente et un choc avec le cycliste s'était produit.

Le troisième témoin a affirmé avoir vu un automobiliste freiner, puis faire marche arrière avant d'entrer en collision avec un cycliste qui roulait dans sa direction.

Le quatrième témoin a corroboré cette version, précisant qu'après avoir entendu le bruit de la collision, il avait vu un homme voler dans les airs.

La police a retenu que l'automobiliste avait brusquement freiné avant d'effectuer une marche arrière rapide et sans précaution. Lors de cette manœuvre, il s'était aperçu que l'assuré circulait dans sa direction. Il s'était dès lors déporté sur sa gauche afin d'éviter de percuter ce cycliste, lequel avait fait de même. C'était lors de cette manœuvre que les parties s'étaient percutées, malgré le freinage d'urgence effectué par l'automobiliste. Il a été noté que l'assuré était en état d'ébriété.

7. Le 25 juin 2010, le dernier employeur de l'assuré a mentionné que ce dernier avait été employé du 27 novembre 2009 au 6 juin 2010, pour un salaire de base de CHF 4'500.-, auquel s'ajoutaient des indemnités de vacances et jours fériés de 10.65 % et 2.27 %. Dès juin 2010, il avait eu droit à un 13^{ème} salaire.
8. Le 13 septembre 2010, le docteur D_____ a attesté d'un déplacement des vertèbres du rachis cervical le 29 juillet 2010, guéri le lendemain.
9. Auditionné par un collaborateur de la SUVA le 4 novembre 2010, l'assuré a expliqué avoir déjà été victime d'un accident de circulation en février 2007, avec un coup du lapin. Il avait souffert suite à cela de douleurs aux cervicales qui s'étaient estompées, sans jamais complètement disparaître ; elles étaient gênantes, mais pas invalidantes.

L'assuré a soutenu avoir été victime d'un déboitement de la colonne cervicale le 2 juillet 2010, expliquant que si cela n'avait pas été mentionné par les médecins, c'est parce que ceux-ci avaient ignoré ses plaintes lors de son admission à l'hôpital. Il s'est plaint de douleurs permanentes, aussi bien nocturnes que diurnes, et d'une main constamment enflée. L'assuré a également fait état d'une mobilité réduite de la colonne cervicale et signalé une dégradation de son état psychique.

10. Consulté le 29 novembre 2010, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, n'a constaté aucun déficit neurologique, que ce soit au niveau des paires crâniennes ou des membres supérieurs. La palpation profonde de la musculature de la nuque restait douloureuse, de même que les rotations latérales et les flexions antérieures et postérieures. Il s'agissait donc, selon le médecin, d'un syndrome

post-traumatique persistant. La persistance de l'état douloureux pouvait s'expliquer par un état anxieux sous-jacent. L'introduction de l'Amitriptyline serait intéressante, pour autant que le trouble de la personnalité le permette.

11. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale réalisée le 2 décembre 2010 n'a pas objectivé d'atteinte traumatique disco-vertébrale évidente. Elle a montré une discopathie cervicale modérée - plus prononcée sur le niveau C6-C7, avec un débord discal circonférentiel global à prédominance extra-foraminale droite responsable d'un discret rétrécissement à ce niveau - et quelques remaniements dégénératifs au niveau de la partie antérieure des plateaux vertébraux adjacents aux niveaux C5-C6 et C6-C7.
12. Dans un rapport du 30 novembre 2010, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué avoir pris en charge l'assuré en raison de très importantes angoisses entraînant une confusion chez l'intéressé. L'accident avait, selon elle, déclenché l'état actuel.
13. Le 31 novembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
14. Le 8 décembre 2010, le docteur G_____, médecin au Service de chirurgie des HUG, a estimé qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent sous forme d'une sensibilité au froid et d'une mobilité restreinte, pas forcément définitive.
15. Le 17 février 2011, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Ce dernier se plaignait de dépression et de cervicalgies, dont il souffrait déjà avant l'accident. Le médecin a évalué la capacité de travail à 50% pour autant que le travail soit réparti.
16. Le 13 avril 2011, lors d'un entretien avec la SUVA, l'assuré a signalé une amélioration de ses troubles psychiques depuis l'arrêt de la médication. Il avait demandé la reprise partielle de travail.
17. Le 27 juin 2011, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a noté que l'assuré travaillait à 50% comme aide-cuisinier au Tennis Club J_____.

Le Dr I_____ a constaté une lente évolution, avec une persistance de troubles fonctionnels et déficit de flexion des 2^{ème} et 3^{ème} doigts, troubles sensitifs et perte de force évidente à la main droite par rapport à la main gauche chez un droitier dominant. La situation n'était pas stabilisée et l'incapacité de travail à 50% au poste de cuisinier était tout à fait justifiée.

18. Le 13 septembre 2011, le docteur K_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, a émis un court préavis constatant une incapacité de travail définitive en tant qu'aide-cuisinier mais une capacité de travail totalement préservée à condition d'éviter la manutention de lourdes charges.

19. Le 21 septembre 2011, l'assuré a notamment indiqué qu'au repos, les douleurs disparaissaient ; elles ne se manifestaient que lors de certains mouvements et lors de fortes chaleurs.
20. Le 7 octobre 2011, la doctoresse L_____, spécialiste en psychiatrie, a indiqué que l'assuré lui avait été adressé en raison d'un état anxio-dépressif. Le diagnostic retenu était celui de trouble de l'adaptation avec état anxio-dépressif (F 43.22) et dépendance aux sédatifs et hypnotiques, utilisation continue (F 13.25). L'état anxio-dépressif était apparu lors de l'accident.
21. Le 12 octobre 2011 le docteur M_____, médecin aux HUG, a fait état d'une maladie de Sudeck et de douleurs chroniques faisant craindre un dommage permanent et suggéré une réinsertion professionnelle. L'évolution a été qualifiée de bonne, malgré les séquelles et la perte de force. L'assuré était également suivi pour une dépression.
22. Le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de la SUVA, a examiné l'assuré le 9 novembre 2011.

L'intéressé lui a expliqué avoir été coincé par le véhicule fautif lors de l'accident, avoir chuté et avoir percuté le sol de la main droite et de la tête, ce qui avait entraîné une brève perte de connaissance.

Le médecin a relevé que, sur le plan psychologique, une très importante anxiété était apparue quasi immédiatement après la survenue de l'accident.

Après une anamnèse et une description du status, le Dr N_____ a retenu le diagnostic de troubles anxieux mixtes (F 41.3) et conclu à une capacité de travail « clairement nulle » eu égard à l'intensité de l'anxiété constatée.

Le pronostic était réservé compte tenu de l'évolution constatée, mais surtout de la probable fragilité sous-jacente. L'accident avait clairement été un facteur déclencheur, de sorte que la causalité naturelle devait être admise.

23. Le 18 novembre 2011, le Dr M_____ a qualifié l'évolution de l'assuré de stagnante. Le suivi aux HUG était terminé et une réorientation professionnelle était en cours.
24. Dans un rapport du 16 mars 2012, la doctoresse O_____, médecin au Service de chirurgie de la main des HUG, a fait état d'une bonne récupération fonctionnelle et de séquelles de *complex regional pain syndrome*, avec exclusion complète des 2^{ème} et 3^{ème} doigts en raison des douleurs. Une évaluation ergothérapeutique était en cours.
25. Le 11 avril 2012, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rapporté que l'assuré se plaignait de douleurs à la préhension d'objets et en cas de surcharge de la main. En revanche, il était moins gêné pour l'utilisation d'un crayon ou lors de travaux sur clavier d'ordinateur. Sa main était restée très sensible au froid. Il avait l'impression d'avoir

perdu de la force et n'était plus en mesure de faire les sports qu'il pratiquait auparavant.

L'évolution était marquée par des phénomènes de type algodystrophique, avec la persistance d'un déficit fonctionnel et d'une allodynie rebelle de la main droite. Subjectivement, l'assuré était principalement dérangé par des douleurs lors de sollicitations de la main droite. Objectivement, on constatait une limitation de la mobilité des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} doigts se traduisant par un déficit d'environ 85% de la force de préhension par rapport au côté gauche (non dominant) et par une diminution de la force pouce-index. Ces doigts étaient douloureux à la palpation et présentaient quelques troubles sensitifs. On notait également un épaississement des doigts.

La situation pouvait désormais être considérée comme stabilisée. Elle justifiait un suivi médical espacé à long terme, des thérapies antalgiques en fonction des douleurs et des prescriptions ponctuelles de physiothérapie-ergothérapie.

Sur le plan professionnel, une incapacité de travail de 60% avait été reconnue jusqu'alors dans l'activité de cuisinier. Les séquelles de l'accident ne permettaient vraisemblablement pas le retour durable à une capacité supérieure à 50% dans une telle profession. En revanche, une pleine capacité pouvait d'ores et déjà être mise en valeur dans une activité ne nécessitant ni efforts de préhension de la main droite (côté dominant), ni port de charges supérieures à 5 kg, ni exposition au froid.

Pour le surplus, le médecin a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15% en se fondant sur la table 3 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs : la perte de fonction de la main était assimilable à une amputation fonctionnelle des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} doigts au niveau de l'interphalangienne proximale.

26. Dans un rapport du 17 avril 2012, le Docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a retenu les diagnostics de status après traumatisme de la main droite avec déficit fonctionnel, d'épisode dépressif sévère (F 32.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines, syndrome de dépendance (F 13.25). Au plan psychique, l'incapacité de travail était totale depuis janvier 2012.
27. Le Dr N_____ s'est livré à un nouvel examen le 25 avril 2012.

Après une anamnèse et une description du status, il a conclu à un épisode dépressif moyen à sévère, avec syndrome somatique (F 32), des troubles anxieux sans précision (F 41.9) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines, syndrome de dépendance (F 13.25).

Le médecin a considéré que, vu l'intensité de la dépression, une incapacité de travail complète persistait, laquelle excluait encore la mise en place immédiate d'une réadaptation professionnelle. Toutefois, le pronostic restait globalement favorable. Il paraissait tout à fait envisageable que cette réadaptation puisse être

mise en place dans un délai de deux à trois mois, nécessaire pour une amélioration de l'humeur significative. Le fait d'être occupé et d'avoir à nouveau des perspectives aurait certainement un impact très favorable sur la thymie de l'assuré.

L'état psychique n'était pas encore stabilisé. La dépression était en principe guérissable, il n'était donc pas possible à ce stade de se prononcer quant à une éventuelle atteinte à l'intégrité.

28. Le 26 juin 2012, l'assuré a subi une arthroplastie au 3^{ème} doigt à droite par prothèse proximale partielle de type ascension (arthrose de l'interphalangienne proximale post-traumatique du 3^{ème} doigt de la main droite). S'en est suivi un arrêt de travail à 100% de six semaines.
29. Dans un rapport du 27 juillet 2012, le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a indiqué que, suite à la pose d'une prothèse du 3^{ème} doigt, l'évolution était favorable. Cependant, un dommage lié à une diminution de force et de mobilité était à craindre.
30. Le 18 décembre 2012, le Dr R_____ a qualifié l'évolution et le pronostic de favorables. La dernière consultation avait eu lieu le 17 octobre 2012. Le traitement consistait en une auto-mobilisation.
31. Par jugement du 22 février 2013, le conducteur impliqué dans l'accident de l'assuré a été condamné à une peine pécuniaire de 210 jours-amende pour lésions corporelles graves.
32. Le 14 mars 2013, le Dr R_____ a noté qu'un retour au travail en qualité de cuisinier paraissait difficile ; une reconversion devait être anticipée.
33. Par courrier du 14 juin 2013, la SUVA a signalé à l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux, dès lors qu'aucune amélioration notable ne pouvait être espérée. Afin de permettre à l'assuré de trouver un poste adapté, le versement d'indemnités journalières à 100% se poursuivrait jusqu'au 31 octobre 2013, date à laquelle elle se prononcerait sur son droit éventuel à une rente d'invalidité. Pour le reste, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 18'900.-, qui lui serait versée en décembre 2013 au plus tard.
34. Le 8 août 2013, le Dr Q_____ a noté qu'au plan psychique, le pronostic à moyen terme était favorable. La symptomatologie psychiatrique s'était améliorée et ne constituait pas une cause d'incapacité de travail permanente.
35. L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, dont il a confié le soin aux docteurs S_____, praticien FMH, et T_____, spécialiste en psychiatrie.

Les experts ont retenu à titre de diagnostics des modifications durables de la personnalité non attribuables à une lésion ou à une maladie (F 62.0) survenues à la suite de l'accident après un état de stress post-traumatique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.3), survenu à la

suite de l'accident en 2010, avec un premier épisode dépressif décrit anamnestiquement à l'âge de 20 ans, et une anxiété généralisée (F 41.1), survenue à la suite de l'accident en 2010. Ils ont également mentionné des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, d'opiacés, de dérivés du cannabis, d'alcool et de cocaïne, atteinte dont ils ont précisé qu'elle était sans incidence sur la capacité de travail.

Les experts ont estimé que, d'un point de vue psychique, l'assuré n'était pour l'heure pas capable d'assumer sur le long terme une activité professionnelle supérieure à un taux supérieur à 50%. En réalité, la capacité de travail était nulle : du point de vue quantitatif, elle était proche de 50% sur une courte durée, limitée dans le temps ; du point de vue qualitatif, elle était de 25%. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel, malgré ses troubles psychiques. Il semblait motivé à changer de métier et était capable d'assumer un temps de présence de 50% après une reconversion professionnelle qu'il souhaitait accomplir dans la vente ou la réception hôtelière (*sic*).

36. Le 29 août 2013, Hôtel B _____ SA a indiqué qu'en 2013, le salaire horaire de l'assuré se serait élevé à CHF 23.68, auxquels se seraient ajoutés CHF 2.58 pour les vacances et CHF 0.54 pour les jours fériés.
37. Le 29 mars 2017, la doctoresse U _____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin auprès de la SUVA, a souligné que la combinaison des antécédents familiaux de troubles psychologiques, des traits de personnalité prononcés, du traitement psychiatrique préalable à l'âge de 20 ans, d'un éventuel trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), d'une problématique de dépendance apparue au cours de l'évolution et d'une nouvelle situation de séparation à l'automne 2011 pouvait sans aucun doute entraîner de brefs troubles de l'adaptation. L'ampleur de l'atteinte psychologique documentée sur le long terme était toutefois impensable sans l'accident.
38. Le 31 mai 2017, l'assuré a invité la SUVA à statuer sur son droit à une rente d'invalidité.
39. Le 28 juin 2017, le docteur V _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès de la SUVA, a conclu que l'arthroplastie du 26 juin 2012 était en relation avec l'accident. Une telle intervention justifiait une incapacité de travail de six mois. Le Dr R _____ ayant mentionné une évolution post-opératoire favorable et l'assuré ne s'étant pas présenté à la consultation de contrôle six mois après l'intervention, il en déduisait que la situation était stabilisée à ce moment et qu'à compter de cette date, une activité sans efforts de préhension de la main droite, ni port de charges supérieures à 5 kg, ni exposition au froid était parfaitement adaptée. La seconde intervention ne justifiait pas de limitations fonctionnelles supérieures à celles admises par le Dr P _____.
40. Le 20 juillet 2017, le dernier employeur de l'assuré a indiqué à la SUVA que le revenu de l'intéressé se serait élevé à 4'500.- CHF/mois (x 13) entre 2011 et 2013.

41. Il ressort d'un document du 25 juillet 2017 que la SUVA a retenu cinq emplois adaptés à l'assuré parmi les descriptifs de postes de travail (DPT), pour revenu moyen de CHF 56'800.20 en 2013 :

- collaborateur de production dans l'affûtage, poste impliquant souvent des managements légers et une motricité fine, comprenant le ponçage et l'affûtage des outils, demandant d'être fin et minutieux ;
- collaborateur de production dans le montage, poste impliquant souvent des managements légers et une motricité fine, ayant pour objectif le montage de buses, le sertissage avec de petites presses, le gravage à l'aide d'une machine laser et l'emballage ;
- caissier, poste impliquant souvent des managements légers, une motricité fine et de la précision, comprenant le service à la clientèle, la gestion de la caisse et le remplacement du standard téléphonique ;
- collaborateur de production (repriseur), poste impliquant souvent des managements légers et une motricité fine, exigeant un contrôle au micromètre toutes les 3 ou 4 pièces ;
- ouvrier magasinier, poste impliquant parfois des managements légers et une motricité fine, comprenant le contrôle des arrivages, le déchargement des camions par transpalette, le rangement du stock, les saisies de l'arrivage sur ordinateur, ainsi que le nettoyage du magasin.

La SUVA a retenu une pleine capacité à exercer une activité n'exigeant ni efforts de préhension de la main lésée, ni port de charges supérieures à 5 kg, ni exposition au froid.

Elle a considéré qu'au vu des DPT, un salaire de CHF 56'600.- paraissait réalisable dans une activité adaptée en 2013. Comparé au gain présumable de CHF 58'500.- (CHF 4'500.- x 13), il n'en résultait qu'un préjudice de 3% n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité.

42. Par décision du 26 juillet 2017, la SUVA a constaté que les séquelles organiques de l'accident n'empêchaient pas l'assuré d'exercer à plein temps une activité adaptée. Les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et n'ouvraient pas droit à des prestations. Le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Une IPAI de 15% était en revanche octroyée.

43. L'assuré s'est opposé à cette décision en concluant à l'octroi d'une rente et à l'augmentation du taux de l'IPAI.

Il a reproché à l'appréciation médicale de se fonder sur une anamnèse incomplète et sur un dossier lacunaire, ce dernier n'ayant pas été actualisé après la dernière intervention subie en juin 2012.

Il a estimé que ses atteintes avaient été clairement sous-estimées.

Pour le surplus, il a fait valoir que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident - qu'il considère comme particulièrement impressionnant et ayant entraîné d'importantes lésions exigeant un long traitement avec de sérieuses complications - devrait être reconnue, d'autant qu'il souffre encore de séquelles et de douleurs très conséquentes, entraînant d'importantes limitations.

L'assuré a contesté le degré d'invalidité retenu, auquel il reproche de ne pas prendre en compte ses troubles psychiques. Il a ajouté que les DPT ne respectaient pas les limitations fonctionnelles découlant des seuls troubles physiques : les postes envisagés requerraient tous une utilisation importante de la main droite. En outre, en toute hypothèse, il y aurait eu lieu, selon lui, d'appliquer au revenu d'invalidité une réduction supplémentaire tenant compte des spécificités de son cas.

Quant au taux de l'IPAI, il a défendu l'opinion qu'il devrait être augmenté pour tenir compte des troubles psychiques, les atteintes physiques justifiant à elles seules un taux de 18%.

44. Par décision du 12 septembre 2017, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré.

La SUVA a considéré que, d'un point de vue objectif, l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne.

S'agissant des critères permettant de retenir un lien de causalité avec des troubles psychiques, il convenait de nier le caractère particulièrement impressionnant de l'accident : l'assuré n'avait pas été happé par la voiture, mais avait percuté l'arrière de celle-ci. Il n'y avait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et les lésions physiques subies n'étaient pas propres à causer des troubles psychiques. Même si l'atteinte avait atteint un organe important chez un cuisinier, la nature de la blessure n'était pas telle que ce critère doive être admis. Aucune erreur médicale ou complication n'était intervenue s'agissant des suites organiques proprement dites de l'accident. La durée de l'incapacité de travail et du traitement ne pouvait être qualifiée d'anormalement longue, puisque, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis l'été 2011. Quant au critère de la durée du traitement, il n'était pas non plus rempli, étant rappelé que l'aspect temporel n'était pas seul décisif ; il fallait également prendre en compte la nature et l'intensité du traitement. Or, l'assuré ne souffrait pas de douleurs importantes à cause de la situation organique, les douleurs se manifestant essentiellement lors d'efforts.

Au plan somatique, la SUVA s'est référée aux conclusions des Drs P_____ et V_____. Elle a relevé qu'aucune des DPT retenues n'exigeait une utilisation importante de la main droite ou excédant ce qui était médicalement exigible. La comparaison des revenus ne prêtait ainsi pas flanc à la critique.

Quant à l'atteinte à l'intégrité, il s'agissait d'une question essentiellement médicale et le taux de 18% évoqué dans l'opposition ne résistait pas à l'analyse des deux médecins.

45. Le 11 octobre 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, préalablement à la mise sur pied d'une expertise, quant au fond, à l'annulation des décisions des 26 juillet et 12 septembre 2017, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire.

Le recourant reproche aux appréciations psychiatrique et chirurgicale à la base de la décision litigieuse d'avoir été effectuées sans examen, ni actualisation de son dossier. Il relève que, dans un rapport du 1^{er} novembre 2013, le Dr C_____ a attesté de la non-amélioration de l'atteinte à sa main, malgré l'intervention de juin 2012. Le recourant en tire la conclusion que, contrairement aux indications du Dr V_____, on ne pouvait retenir que l'incapacité de travail à la suite de cette opération n'avait duré que six mois.

Il reproche également au Dr V_____ d'avoir minimisé ses atteintes et de n'avoir notamment pas pris en compte celles mises en évidence au niveau des cervicales par le rapport d'IRM de décembre 2010.

Le recourant soutient par ailleurs que c'est à tort que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate au-delà du 31 octobre 2013. Il argue que son accident était grave, l'automobiliste ayant reculé dans sa direction à vive allure jusqu'à le renverser et le déporter sur plusieurs mètres. Il rappelle qu'il a été victime d'un polytraumatisme, avec une contusion cervicale et une grave blessure à la main droite. Son traitement pour les atteintes physiques a été long (le Dr P_____ a mentionné une algodystrophie, une allodynie et un déficit fonctionnel) et il a dû être réopéré presque deux ans après l'accident. Il reste très limité dans l'usage de sa main droite et est incapable d'exercer son métier de cuisinier. Il relève que le Dr C_____ a mentionné une perte de fonction importante de toute la main.

S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant fait valoir que le montant annoncé par son ancien employeur n'a pas évolué en quatre ans, ce qui semble invraisemblable. Il aurait dû à tout le moins être indexé. Quant au revenu avec invalidité, il argue que les DPT sont incompatibles avec ses atteintes physiques.

Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant considère que les atteintes admises par l'intimée justifient à elles seules une indemnité de 20%, puisque, dans son rapport du 11 avril 2012, le Dr P_____ a signalé des atteintes plus étendues que dans son évaluation de l'IPAI (net épaissement de la phalange proximale et moyenne du 3^{ème} doigt et léger déficit d'extension des articulations des 2^{ème} à 5^{ème} doigts) ; le recourant en tire la conclusion que le taux retenu par ce médecin ne correspond pas à ses conclusions. Il ajoute que l'IPAI devrait tenir compte de ses troubles psychiques.

A l'appui de sa position, l'assuré produit un certificat rédigé le 1^{er} novembre 2013 par le Dr C_____, après que le recourant l'a consulté, en octobre 2013. Le médecin relate que l'assuré est gêné lors de tous les mouvements de pince, mais également pour la préhension globale de toute la main. Il estime la perte de fonction du 2^{ème} doigt à environ 20%, celle du 3^{ème} doigt à 75%. Il souligne que la

diminution de fonction de ces deux doigts diminue également la fonction de toute la main.

46. Le 16 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il acceptait la prise en charge d'un entraînement à l'endurance du 9 octobre 2017 au 14 janvier 2018.
47. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 décembre 2017, a conclu au rejet du recours.

La SUVA reconnaît l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident, mais nie celle d'un lien de causalité adéquate. Elle explique que les prestations versées l'ont été en lien avec les séquelles organiques.

La SUVA maintient que l'accident doit être qualifié de moyennement grave au vu de la jurisprudence relative aux accidents impliquant des cyclistes percutés par un autre usager de la route. Elle relève qu'en l'espèce, on ignore la vitesse à laquelle circulait le véhicule. Il n'apparaît cependant pas que le choc a été particulièrement violent, ni que le recourant a été déporté sur plusieurs mètres, contrairement à ce qu'il allègue. Selon l'intimée, les critères nécessaires à la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident ne sont pas remplis.

L'intimée relève qu'au plan somatique, les radiographies et le scanner de la colonne cervicale n'ont pas mis de lésion en évidence. Le Dr V_____ a noté que la probable contusion cervicale avait cessé de déployer le moindre effet à plus d'un an de l'accident. Il a conclu que la situation s'était stabilisée fin juillet 2011. A six mois de l'intervention du 26 juin 2012, la situation devait être considérée comme stabilisée, ce dont ont attesté les rapports du Dr R_____, au regard de l'évolution favorable. L'appréciation du Dr P_____ a été corroborée par celle du Dr V_____, qui a pris en compte tous les éléments essentiels du dossier. Le fait qu'il n'ait pas examiné le recourant n'est pas déterminant. Le rapport du 1^{er} novembre 2013 du Dr C_____ ne suffit pas à s'en écarter.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimée estime que le revenu sans invalidité de référence ne prête pas flanc à la critique, dès lors qu'il se base sur le salaire réalisé en dernier lieu avant l'atteinte à la santé et correspond à ce que l'assuré aurait obtenu en 2013. Si l'on se réfère au revenu communiqué par Hôtel B_____ SA, le recourant aurait perçu un salaire de tout au plus CHF 52'903.- en 2013 (soit [23.68 CHF/h. x 42 h., + 2.58 CHF/h. d'indemnité de vacances + 0.54 CHF/h. pour les jours fériés] x 47 sem.). Quant aux DPT, elles respectent les limitations fonctionnelles. Dans l'hypothèse où elles seraient écartées, le revenu de référence devrait être fixé à CHF 65'333.-, conformément aux statistiques. Une réduction de 10% eu égard aux restrictions liées à la main droite conduirait à un salaire de CHF 59'070.-, supérieur au revenu établi en fonction des DPT.

S'agissant de l'IPAI, l'intimée fait remarquer qu'elle ne saurait tenir compte des troubles psychiques, vu l'absence de lien de causalité adéquate avec l'accident. Quant au taux d'indemnité de 20% que le recourant voudrait se voir appliquer, il correspond à la perte des trois segments des doigts de la main droite, alors que

l'intéressé ne souffre que d'une perte fonctionnelle au niveau de l'interphalangienne proximale. D'ailleurs, l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du Dr P_____ a été confirmée par le Dr V_____.

48. Dans sa réplique du 22 janvier 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il affirme que les indemnités journalières qui lui ont été versées jusqu'au 31 octobre 2013 l'ont été en raison de ses troubles psychiques, dès lors que l'atteinte somatique était alors stabilisée.

S'agissant de la gravité de l'accident, il argue qu'un témoin a déclaré avoir vu un homme « s'envoler dans les airs » après la collision.

Le recourant argue que, quoi qu'il en soit, même si l'on qualifie l'accident de moyennement grave, les critères jurisprudentiels pour admettre une causalité adéquate avec les troubles psychiques sont réalisés. Il a été renversé et projeté en l'air par une voiture reculant à grande vitesse, ce qui doit être qualifié d'impressionnant. Ses atteintes le handicapent dans sa vie quotidienne et il a développé une arthrose, une algodystrophie et une allodynie, qui ont prolongé le traitement médical. Ses douleurs sont permanentes. Le Dr C_____ a attesté de limitations plus importantes que le Dr P_____. Le Dr R_____ a prescrit de l'ergothérapie en juin 2013, ce qui démontre que l'atteinte n'était alors pas stabilisée.

Les DPT invoquées par l'intimée impliquent toutes un travail fin et minutieux des deux mains.

Quant à la référence aux salaires statistiques, elle est incorrecte. En effet, il ne peut exercer les activités manuelles simples et répétitives fondant le revenu de référence.

Enfin, le revenu avant invalidité devrait être indexé.

49. Par écriture du 6 février 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

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), 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. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance après le 31 octobre 2013, plus particulièrement sur le point de savoir si ses troubles psychiques sont en lien de causalité avec l'accident, ainsi que sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. 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).

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

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).

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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut

attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

5. a) A 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).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure

au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1). L'évaluation incombe donc 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). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27).

6. 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 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).

7. 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 manifestement 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)

Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies, qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité, ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références).

8. Parmi les accidents qualifiés de gravité moyenne par la jurisprudence, on peut citer les cas suivants : véhicule de l'assuré qui est abruptement freiné lors d'une manœuvre de dépassement à 100 km/h, dérape, heurte un muret de pierre, se renverse et s'arrête sur le côté conducteur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2.2); voiture qui lors d'un dépassement est touchée sur le côté par un camion et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_743/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3), automobile qui quitte la route et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 213/06 du 29 octobre 2007 consid. 7.2) ; voiture qui sur l'autoroute dérape dans un virage, se retourne et atterrit sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 258/06 du 15 mars 2007 consid. 5.2); assuré qui perd la maîtrise de son véhicule lancé à 90 km/h sur l'autoroute, lequel heurte la glissière centrale de sécurité avant de se retourner et d'atterrir sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/06 du 16 mai 2007 consid. 4.2) ; piéton renversé par une voiture roulant entre 40 km/h et 50 km/h alors qu'il traverse la route (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004 consid. 5.2.2) ; voiture percutée à l'avant droit par un automobiliste circulant à une vitesse de l'ordre de 50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3) ; assuré arrêté à un feu de signalisation et dont la voiture est percutée à l'arrière par un autre véhicule et projetée sur une distance de quinze mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2), voiture qui est percutée à l'arrière sur l'autoroute et qui emboutit l'automobile qui la précède (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 7.1), voiture percutée à 120 km/h sur l'autoroute par un véhicule venant de l'arrière, et qui sous

l'effet du choc fait plusieurs tours sur elle-même avant de heurter le talus herbeux longeant la bande d'urgence et de se retourner sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 7.3) ; cycliste percuté par l'arrière par une voiture (arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2007 du 31 janvier 2008 consid. 4.3).

9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) 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).

c) 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).

d) 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 non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

10. 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 obtenu 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).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT ou sur les données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 139 V 592 consid. 2.3). 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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.2).

11. En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer à quelle date l'état du recourant s'est stabilisé au plan somatique.

Dans son rapport rédigé en avril 2012, le Dr P_____ a considéré que tel était le cas à cette date. Ce document a été établi après que ce spécialiste a pris connaissance du dossier, examiné l'assuré, s'est fait le relais de ses plaintes et s'est livré à un examen clinique. Certes, le recourant a subi une intervention le 26 juin 2012. Le Dr V_____, tout en confirmant la date de stabilisation retenue par le Dr P_____, a noté que cette intervention – en lien avec l'accident – avait entraîné une incapacité de travail de six mois. Toutefois, même s'il fallait s'écarter de la conclusion du Dr P_____ pour admettre que la stabilisation de l'état de santé n'a été atteinte qu'en décembre 2012, soit six mois après la seconde intervention, cela n'aurait pas d'incidence dans la présente procédure, puisque l'intimée a versé des indemnités journalières complètes jusqu'au 31 octobre 2013 et a admis que la deuxième opération avait un rapport de causalité avec l'accident.

De plus, le Dr C_____, qui a vu le recourant en octobre 2013, n'a donné aucun argument permettant de considérer qu'une amélioration pouvait encore être espérée à cette date. Il n'a préconisé ni traitement, ni consultation. Partant, force est de constater qu'au plan physique, l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard à la date à laquelle l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières.

S'agissant des douleurs cervicales, il n'existe aucun élément médical permettant de les mettre en lien avec l'accident. En effet, les médecins n'ont pas diagnostiqué d'atteinte à ce niveau lors de l'admission du recourant à l'hôpital après l'accident. En outre, contrairement à ce que l'intéressé soutient, les images radiologiques réalisées en décembre 2010 n'ont pas révélé d'atteinte traumatique. Enfin, le recourant n'allègue pas que ces cervicalgies auraient une incidence sur sa capacité de travail et qu'elles justifieraient un traitement médical. Il ne produit aucune pièce qui en attesterait.

12. Reste à déterminer si l'état psychique du recourant, qui déployait encore des effets après le 31 octobre 2013, est en lien de causalité adéquate avec l'accident qu'il a subi.

S'agissant d'abord de la classification de cet accident, on peut préciser, en complément à la jurisprudence citée supra, qu'en matière d'accidents de cyclistes renversés par un autre usager de la route (véhicule automobile ou cyclomoteur), les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 4.3.2). La jurisprudence a notamment admis cette classification dans le cas d'un cycliste percuté à une intersection par une voiture (arrêt du Tribunal fédéral 8C_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3), d'une assurée circulant à bicyclette sur un passage sécurisé et heurtée latéralement par un scooter (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.1), d'un cycliste renversé par une voiture dans un rond-point (arrêt du Tribunal fédéral 8C_530/2007 du 10 juin 2008 consid. 5.2.2). Il a en outre été admis qu'un accident impliquant un cycliste

percuté par une voiture était de gravité moyenne, à la limite des accidents peu graves (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1045/2010 du 16 mars 2011 consid. 5.1 et 8C_322/2007 du 1^{er} juillet 2008 consid. 5.1). En revanche, l'accident subi par un cycliste violemment percuté par une voiture à une intersection et projeté à 30 mètres de la zone de choc, sans trace de freinage, a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des cas graves au vu de la violence du choc (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 consid. 5.3).

En l'espèce, la vitesse de la voiture qui a percuté le recourant n'a pas été déterminée. On peut cependant admettre qu'elle restait modérée, dès lors que le véhicule circulait en marche arrière. En outre, si trois témoins oculaires ont bien relaté un choc entre le recourant et la voiture, seul le quatrième a affirmé que le recourant aurait été projeté dans les airs, de sorte qu'on ne saurait considérer cet élément comme établi. Les blessures du recourant ne sont du reste pas révélatrices d'une violence particulière de la collision. Ainsi, comme l'a retenu l'intimée, cet événement doit être qualifié de moyennement grave.

Il y a maintenant lieu d'examiner si les critères jurisprudentiels permettent de retenir un lien de causalité adéquate entre troubles psychiques et accident.

Les circonstances concomitantes ne sont pas particulièrement dramatiques et l'accident n'a pas un caractère particulièrement impressionnant, étant souligné que ce critère doit être examiné d'une manière objective, non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. En effet, tout accident de gravité moyenne est associé à un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 4.4.1). Le fait pour un assuré de voir une voiture rouler en marche arrière dans sa direction, avec le risque de collision que cela implique, a un certain caractère effrayant, mais pas impressionnant au point que ce critère doive être admis.

Quant à la gravité ou à la nature particulière des lésions, une blessure à la main ne paraît pas apte à induire des troubles psychiques selon l'expérience, comme l'a retenu le Tribunal fédéral dans le cas d'un ouvrier et ce, malgré le fait qu'il s'agisse d'un organe important dans l'activité professionnelle (RAMA 1/2002 p. 56 consid. 4c).

On peut à la rigueur admettre que le critère ayant trait aux douleurs physiques persistantes est réalisé, notamment eu égard aux douleurs chroniques rapportées par le Dr M_____.

En revanche, le recourant n'a pas dû se soumettre à un traitement médical particulièrement long ou astreignant, étant rappelé que l'aspect temporel n'est pas seul décisif : sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 5.3). En l'occurrence, deux interventions espacées de près de deux ans ne suffisent pas à considérer que ce critère est rempli. On ne déplore pas d'erreur médicale dans son

traitement. On pourrait certes admettre que le critère des difficultés et des complications est réalisé, eu égard au phénomène algodytrophique signalé par les médecins.

S'agissant du critère relatif à la durée et au degré de l'incapacité de travail, on rappellera que notre Haute Cour a considéré qu'il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer une activité adaptée aux séquelles accidentelles (arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'espèce, le Dr K_____ a préavisé favorablement la reprise d'activité adaptée à 100% dès septembre 2011 et le Dr M_____ a admis la possibilité d'une réinsertion professionnelle en octobre 2011 déjà. Il convient d'ailleurs de souligner qu'aucun médecin n'a expressément proscrit la reprise d'un emploi adapté aux limitations fonctionnelles du recourant en raison de ses seuls troubles physiques. Ainsi, ce critère n'est pas non plus rempli dans le cas d'espèce. A titre d'exemple, le Tribunal fédéral l'a considéré réalisé dans le cas d'un arrêt de travail de trois ans (arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6).

Eu égard à ce qui précède, ce sont tout au plus deux des critères développés par la jurisprudence qui sont remplis et ce, sans intensité particulière. Cela n'est pas suffisant pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident de gravité moyenne dont il a été victime.

On ajoutera enfin que l'argument du recourant, selon lequel l'intimée aurait admis l'existence d'un tel lien en versant des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2013, ne lui est d'aucun secours. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* – comme l'a fait l'intimée en l'espèce – à l'obligation de prendre en charge le cas qu'il avait initialement reconnue en versant des prestations, sans devoir invoquer un motif de reconsidération ou de révision procédurale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_901/2011 du 19 décembre 2012 consid. 3.2).

13. En conséquence de ce qui précède, le droit à la rente du recourant dès le 1^{er} novembre 2013 s'apprécie au regard des seules séquelles physiques.

On notera qu'aucun médecin ne met en cause l'aptitude du recourant à occuper un poste adapté à temps complet. Il n'existe pas non plus de raison de s'écarter des limitations fonctionnelles établies par les Drs P_____ et V_____, étant souligné que, contrairement à ce qu'affirme le recourant, les constatations du Dr C_____ sur la gêne fonctionnelle ne sont pas plus étendues que ce qu'ont admis les médecins de l'intimée. On admettra ainsi que les atteintes physiques du recourant ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité lucrative à plein temps.

S'agissant du revenu d'invalidité, on ne peut en principe pas admettre les chiffres retenus par l'intimé correspondant au salaire réalisé avant que l'employeur ne licencie le recourant. En effet, ce dernier n'aurait par définition pas poursuivi cette activité sans accident. L'activité pour Hôtel B_____ SA n'est pas non plus

déterminante puisqu'elle était de durée limitée. Il conviendrait ainsi de se référer au salaire statistique pour retenir une activité dans l'hébergement et la restauration (ESS 2012 TA1_tirage_skill_level, Lignes 55-56). L'expérience de cuisinier justifie que le niveau 2 soit appliqué, ce qui correspond à 4'230.- CHF/mois et 50'760.- CHF/an pour un homme). La Chambre de céans ne s'écartera toutefois pas du revenu déterminé par l'intimée, dans la mesure où celui-ci s'avère favorable au recourant. Il convient ainsi d'admettre un revenu de CHF 58'500.-, qui ne sera pas indexé, dès lors que l'ex-employeur n'a pas fait mention d'un tel mécanisme d'augmentation salariale.

En ce qui concerne les DPT, on rappellera que les activités qui y sont décrites doivent être exigibles de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_430/2014 du 21 décembre 2015 consid. 4.4). Il appartient à la juridiction cantonale d'examiner si les DPT produites satisfont aux conditions posées par la jurisprudence ou, dans le cas contraire, soit de renvoyer la cause à celle-ci pour compléter son enquête économique, soit de procéder elle-même à la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques issues de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2).

En l'espèce, comme le relève à juste titre le recourant, la nature des DPT retenues par l'intimée suscite des doutes quant à leur caractère adapté. En effet, tous les postes décrits impliquent le maniement d'objets et une certaine habileté motrice, alors que le recourant ne dispose plus de force de préhension de la main droite. Le port de charges supérieures à 5 kg est également proscrit, ce qui ne paraît pas compatible avec l'activité de magasinier devant ranger le stock. Les DPT ne sauraient ainsi fonder le revenu d'invalidé, lequel sera dès lors déterminé sur une base statistique.

On se fondera ainsi sur le revenu correspondant à des activités simples et répétitives (ESS 2012, TA1_tirage_skill_level, niveau 1), soit 5'210.- CHF/mois pour un homme et 65'698.- CHF/année une fois indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 h./sem. en 2013.

L'argumentation du recourant, selon laquelle le recours à ce revenu statistique serait exclu dès lors que les activités manuelles ne lui sont pas accessibles, tombe à faux. En effet, le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises admis que le revenu d'invalidé soit fixé sur cette base 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). Une réduction supplémentaire de 15% conduit à un revenu après invalidité de CHF 55'843.-.

La comparaison avec le revenu sans invalidité révèle une perte de gain de 4.54%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente.

14. Le recourant conteste enfin le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Eu égard à l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques qu'il a développés, c'est à juste titre que l'intimée a tenu compte uniquement de l'atteinte physique.

Pour le reste, le recourant ne produit aucun avis médical divergent de celui du Dr P_____. Ce dernier a fixé l'indemnité à 15%, ce qui correspond à la perte de l'index, du majeur et de l'annulaire dès la phalange proximale selon le schéma 31 du tableau 3.5 de la table 3 d'indemnisation de l'intimée. Cette appréciation paraît conforme aux constatations médicales. Le Dr C_____ a du reste signalé une perte de fonction de 75% (et non totale) du 3^{ème} doigt, dans son certificat du 1^{er} novembre 2013. Quant à l'épaississement des phalanges proximales relevé par le médecin d'arrondissement, il ne peut être assimilé à une perte totale de ces segments, qui porterait l'indemnisation à 20% selon les barèmes de l'intimée.

La décision doit ainsi également être confirmée sur ce point.

15. Entièrement mal fondé, le recours sera 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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