

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4830/2017

ATAS/1153/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 décembre 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître David METILLE

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS -  
SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Anne MEIER

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy  
KNOPFEL, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1972, travaillait en qualité de polisseur pour le compte de B\_\_\_\_\_ SA depuis le 12 octobre 2010. A ce titre, il était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 2 septembre 2011, vers 17h, alors qu'il circulait à scooter sur la route de Meyrin, l'assuré a été renversé par une voiture. Au vu des déclarations contradictoires des parties, la police n'a pas pu déterminer la responsabilité des personnes impliquées. Cependant, il a été établi qu'une collision s'était produite entre l'avant droit du scooter de l'assuré et l'arrière gauche du véhicule. Concrètement, suite au heurt, le côté droit du scooter a endommagé l'arrière gauche de la voiture.
3. Il a immédiatement été emmené aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où les médecins ont posé le diagnostic principal de fracture du plateau tibial droit de type Schatzker VI et le diagnostic secondaire d'éruption cutanée d'origine inconnue, avec évolution favorable sous traitement.
4. Le 13 septembre 2011, l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous la forme d'une réduction ouverte et ostéosynthèse du plateau tibial droit.
5. Il a été hospitalisé du 2 au 23 septembre 2011 au département de chirurgie des HUG.
6. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.
7. L'assuré a été totalement incapable de travailler du 2 septembre 2011 au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Il a repris son activité à 50% du 1<sup>er</sup> au 17 janvier 2012. Il a à nouveau été incapable de travailler du 18 au 22 janvier 2012 avant de reprendre son activité, à 50%, du 23 au 27 janvier 2012 mais a, à nouveau, été incapable de travailler à 100% du 28 janvier au 7 mai 2012.
8. La radiographie du genou droit, de face et de profil, effectuée le 27 février 2012, a montré un status après ostéosynthèse par une plaque vissée interne et externe pour une fracture du plateau tibial externe ainsi qu'un épanchement intra-articulaire.
9. Par rapport du 13 juin 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a fait état d'une reprise du travail à 100% difficile, mais possible depuis le 8 mai 2012.
10. L'assuré a consulté le service des urgences le 31 mai 2012 en raison de céphalées occipitales post-traumatiques, consécutives à plusieurs chutes dans un contexte de malaises sans prodromes avec chutes au sol et impacts crâniens. Le diagnostic retenu était alors celui de traumatisme crânien sans signe d'atteinte de l'encéphale. L'assuré a également été examiné par les médecins des urgences psychiatriques, lesquels ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive et une probable dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue.

En raison de problèmes asséurologiques, l'assuré a refusé une prise en charge au centre de thérapies brèves (CTB).

11. L'assuré a été hospitalisé à l'unité hospitalière Sillons 2, Service de psychiatrie générale des HUG, du 13 septembre au 5 octobre 2012, en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, les autres diagnostics étant ceux de troubles mentaux/comportement sur utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance ; trouble mental/comportemental sur des sédatifs ou hypnotiques, syndrome de dépendance et syndrome (état) de stress post-traumatique.
12. En raison de la persistance des douleurs, d'une tuméfaction le long de la plaque sur la loge antérieure et d'un prurit important, l'assuré a consulté le Dr C\_\_\_\_\_ le 15 octobre 2012. Selon le rapport relatif à cette consultation, daté du 6 novembre 2012, l'assuré ne supportait pas de travailler une journée, même dans une activité légère. La capacité de travail était nulle dès cette date.
13. Le 16 octobre 2012, l'assuré a annoncé une rechute et a porté à la connaissance de la SUVA l'existence d'une nouvelle incapacité de travail à 100%, jusqu'au 13 octobre 2014, ramenée à 40% du 14 octobre 2013 au 16 février 2014.
14. Une échographie de la jambe droite, avec doppler, a été réalisée le 6 novembre 2012 et a mis en évidence une altération de l'échostructure des muscles tibial antérieur et long extenseur à la jonction du tiers moyen et inférieur de la jambe droite, sans hyperhémie focalisée, pouvant évoquer un remaniement inflammatoire.
15. Le 27 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison de l'atteinte à la jambe droite, ayant nécessité plusieurs opérations et entraîné des difficultés à marcher.
16. Le 22 janvier 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a évoqué une bonne consolidation avec toutefois la persistance de douleurs des muscles de la loge antérieure. Le pronostic était réservé. Un séjour à la SUVA (recte vraisemblablement à la Clinique romande de réadaptation – CRR) permettrait un bon bilan et une période thérapeutique efficace. Un recyclage pouvait être envisagé, étant précisé que l'assuré présentait d'importantes difficultés linguistiques.
17. Le même jour, dans un rapport adressé à l'OAI, le médecin précité a fait état d'une fracture grave des plateaux tibiaux droit, opérée. La capacité de travail était nulle, définitivement, la reprise ayant échoué, l'assuré ne supportant pas les positions debout et assise prolongées.
18. L'assuré a été licencié avec effet au 31 janvier 2013.
19. Dans un très bref avis du 7 juin 2013, la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'incapacité de travail était probablement toujours justifiée mais qu'il s'agissait d'un cas complexe au vu des troubles psychiatriques et du licenciement. Les seuls troubles orthopédiques ne devraient pas empêcher de reprendre le même métier. Il convenait

toutefois de prévoir un séjour à la CRR une fois que la date de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse serait connue.

20. Dans un rapport du 14 juin 2013 destiné à l'OAI, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a évoqué les diagnostics de dépendance aux benzodiazépines, toxicomanie, état dépressif sévère et épicondylites bilatérales à répétition (avec effet sur la capacité de travail) et de status post-fracture du plateau tibial droit de type Schatzer VI, avec réduction et ostéosynthèse en septembre 2011, status post-ablation d'un papillome de l'avant-bras droit en octobre 2011 et status post contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et fracture du trochiter en février 2011 suite à une chute en scooter. Le médecin précité faisait état de prises de risques (consommation de drogues), mise en danger de la situation familiale et endettement. Le pronostic était peu favorable. En raison de l'état dépressif sévère et des douleurs chroniques des membres supérieurs, la capacité de travail était nulle par moments.
21. Le 26 juin 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de fracture grave du plateau tibial, opérée. L'évolution était difficile, l'assuré ayant toujours mal à l'effort et la tuméfaction de la loge antérieure étant toujours présente. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) était prévue pour le mois de septembre 2013. Le traitement consistait en du repos et des antalgiques. Il se prononcerait sur l'évolution au mois de septembre, une allergie au matériel d'ostéosynthèse étant envisageable.
22. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse prévue au mois de septembre 2013 a été repoussée, les médecins ayant constaté la présence d'une dermite.
23. Dans son rapport du 5 septembre 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a retenu le diagnostic de fracture du plateau tibial droit, opéré le 13 septembre 2011. L'évolution était favorable. Une dermatose cutanée était toutefois apparue. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) était proposée dès l'évolution favorable de la dermatose. Il existait un risque d'arthrose post-traumatique du genou droit.
24. Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'assuré a été examiné par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport établi le 4 octobre 2013 suite à l'examen précité, l'assuré avait été adressé en consultation dermatologique pour régler le problème cutané, une ablation du matériel ne pouvant être effectuée dans l'intervalle en raison de l'augmentation du risque infectieux. L'assuré était très inquiet s'agissant de la présence des plaques métalliques et de la présence d'une zone d'infiltration dermo-hypodermique. Une fois le problème cutané réglé, le matériel d'ostéosynthèse allait être enlevé ce qui le rassurerait. Sur le plan professionnel, au vu de la dernière activité exercée, à savoir celle de polisseur en position assise, on pouvait attendre de l'assuré qu'il reprenne une activité à 60% dès le 15 octobre 2013 en prenant en considération la gêne occasionnée par le matériel d'ostéosynthèse. Dès ablation de celui-ci, une reprise à 100% d'une activité professionnelle pouvait être attendue.

25. Par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2013, la SUVA a informé l'assuré que son service médical avait fixé sa capacité de travail à 60% dès le 15 octobre 2013 et que l'indemnité journalière allait être versée en conséquence à compter de cette date.
26. L'assuré s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi à 60%.
27. Le 13 décembre 2013, l'assuré a été victime d'une entorse de la cheville gauche. Il a glissé sur la neige et il est tombé, se tordant alors la cheville.
28. En raison de cette atteinte, l'assuré a été totalement incapable de travailler.
29. Les radiographies de la cheville gauche, de face et de profil, effectuées le 16 décembre 2013, ont décelé une fine fissuration de la pointe de la malléole externe et de probables arrachements fins du versant externe de l'astragale.
30. Dans son rapport du 17 décembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a évoqué la fracture grave du plateau tibial, opéré, et l'entorse précitée. La lésion cutanée se résorbait lentement et était en traitement dermatologique. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse se ferait dès que possible. L'entorse était assez grave mais il n'y avait pas de fracture.
31. Le 27 janvier 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que l'incapacité totale de travailler était liée à l'accident du 13 décembre 2013 et qu'une reprise partielle, à un taux de 60% était exigible à compter du 15 février 2014, une capacité de travail entière étant attendue après ablation du matériel d'ostéosynthèse.
32. Dans un rapport du 4 février 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a évoqué l'existence de circonstances sans rapport avec l'accident et a renvoyé la SUVA vers le Dr E\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la dermite n'était pas une contre-indication à une incision selon le dermatologue consulté. Une date pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pouvait donc être fixée.

En annexe figurait le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 7 juin 2013 dont il ressort notamment que l'assuré avait été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée, à deux reprises en 2012, en raison d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

33. L'assuré, sous la plume de son conseil, a transmis à la SUVA un rapport établi, par le docteur H\_\_\_\_\_, le 30 janvier 2014, à la demande de l'assureur responsabilité-civile du détenteur du véhicule impliqué dans l'accident du 2 septembre 2011. Il a également invité l'assurance à tenir compte des observations du médecin précité dans l'appréciation de son cas.

Selon ce rapport, les diagnostics étaient ceux de status après fracture multifragmentaire des deux plateaux tibiaux interne et externe du genou droit, status après réduction sanglante et ostéosynthèse bilatérale au niveau de la tête tibiale et tendance à la dépression nerveuse. L'assuré désirait recommencer à travailler dans sa profession de polisseur. Il avait cependant été licencié mais aurait éventuellement la possibilité de reprendre le même emploi auprès du même

employeur, étant donné que sa jambe allait mieux. Cela étant, dès lors qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse devait être envisagée à relativement brève échéance, un nouvel employeur aurait de la peine à l'engager au vu de la potentielle incapacité de travail nécessitée par l'intervention. Pour le Dr H\_\_\_\_\_, l'assuré restait ainsi en incapacité de travail complète. Le médecin précité était toutefois d'avis qu'après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'état dépressif devait diminuer et qu'il devait pouvoir reprendre assez rapidement son activité professionnelle, étant précisé qu'une activité de polisseur lui paraissait adaptée, de sorte qu'il n'était pas nécessaire d'envisager une reconversion professionnelle.

34. Dans son rapport du 9 mai 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé la fracture grave du plateau tibial opérée. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse était nécessaire mais une affection dermatologique empêchait toute intervention. Outre l'atteinte physique, l'assuré présentait également des difficultés psychiatriques. Il était toujours incapable de travailler à 100%.
35. En descendant du bus le 17 juin 2014, l'assuré a glissé et a chuté. Il s'est blessé au genou et à la cheville droits, où une forte contusion a été constatée. En raison de cette atteinte, l'assuré a, à nouveau, été incapable de travailler à 100%.
36. Par courrier du 19 juin 2014, le conseil de l'assuré a rappelé à la SUVA qu'il convenait de prendre en considération les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'examen du sinistre du 2 septembre 2011.
37. Les 1<sup>er</sup> juillet et 3 novembre 2014, le docteur I\_\_\_\_\_, généraliste à l'Institut médical de Champel, a posé le diagnostic de forte contusion du genou et de la cheville droite. Le traitement consistait notamment en la prise d'antalgiques. La capacité de travail était nulle.
38. Le 19 décembre 2014, les médecins du département de chirurgie des HUG ont procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.
39. Suite à cette intervention, l'assuré a été hospitalisé jusqu'au 23 décembre 2014.
40. Le 9 janvier 2015, l'assuré a une nouvelle fois été examiné par le Dr G\_\_\_\_\_. Selon le rapport y relatif, lors de l'examen, l'assuré n'avait pas encore récupéré une bonne mobilité de son genou et il se plaignait également de dermite sur la cicatrice. D'ici six semaines, une reprise de l'activité professionnelle à 50% au moins était envisageable.
41. Dans un rapport du 23 janvier 2015, le docteur J\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie des HUG, a rappelé que l'assuré souffrait encore de gêne et de douleurs liées au matériel d'ostéosynthèse antéro-externe ainsi que de lésions cutanées chroniques de la jambe droite, possiblement dues à une allergie au métal implanté. Les radiographies pratiquées avaient mis en évidence une fracture consolidée et une légère arthrose post-traumatique externe. La capacité de travail était nulle jusqu'au 31 janvier 2015 et entière dès le 2 février 2015.

42. Selon les certificats délivrés par le Dr J\_\_\_\_\_ le 27 janvier 2015, la capacité de travail de l'assuré était nulle jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2015 et de 50% du 2 au 31 mars 2015, une reprise à 100% étant attendue pour le 1<sup>er</sup> avril 2015.
43. Dès le 2 mars 2015, les médecins du centre médico-chirurgical (Genève) CMC SA ont délivré des arrêts de travail à 100%.
44. L'IRM du genou droit, réalisée le 10 mars 2015, a mis en évidence un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse avec une infiltration de type œdémateux sur le versant proximal et médial de la jambe, s'étendant jusqu'à l'os sans image de collection liquidienne ou de micro-abcès suspect décelé.
45. Dans son rapport à l'OAI, du 28 mai 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a évoqué la fracture du plateau tibial. L'activité habituelle était encore exigible à 100%, sans diminution de rendement. Il ne se prononçait toutefois pas sur les restrictions psychiques, les limitations, sur le plan orthopédique, concernant la station debout et le piétinement prolongés.
46. Le 7 mars 2016, l'épouse de l'assuré a porté plainte à son encontre en raison de violences au domicile du couple. Au poste de police, l'assuré a fait une crise d'angoisse, avec DRS et agitation psychomotrice importante. La police l'a emmené au service des urgences, unité d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG, où le diagnostic de crise d'angoisse a été posé.
47. En mars 2016, le docteur K\_\_\_\_\_. médecin auprès du centre médico-chirurgical précité, a évoqué des douleurs du genou droit depuis l'accident du 17 juin 2014, quotidiennes. L'assuré ne pouvait marcher plus de 100 m. Le traitement consistait essentiellement en la prise d'antalgiques et des séances de physiothérapie et de mésothérapie. Il invitait un expert ou le médecin d'arrondissement de la SUVA à réévaluer la capacité de travail, étant précisé qu'il retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de montées ou de descentes d'échelle, d'échafaudages ou d'escaliers, pas d'activité en terrain accidenté, pas d'activité impliquant les positions accroupies prolongées ou le travail à genoux. Seule une activité assise était possible.
48. Par ordonnance du 28 septembre 2016 (DTAE/4786/2016), le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a institué une mesure de curatelle de représentation avec gestion en faveur de l'assuré.
49. Sur mandat de l'OAI, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré et a posé les diagnostics suivants dans son rapport du 22 octobre 2016 : trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), présent depuis le début de l'âge adulte (avec répercussion sur la capacité de travail) et troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'opiacés, en rémission récente (F10.200), présents depuis 2008-2010 (sans répercussion sur la capacité de travail). Le trouble de la personnalité avait été décompensé le 2 septembre 2011 et la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis cette date tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations psychiques étaient les

suivantes : éclats de colère, crise d'angoisse et dépression brèves lors de l'exposition à un facteur de stress, inconstance, réduction de la tolérance à la frustration et réactivité émotionnelle. Il existait une indication à une prise en soins régulière, psychiatrique et psychopharmacologique. Une activité occupationnelle devrait s'y ajouter. A court et moyen termes, le pronostic était défavorable. Il était incertain à longue échéance.

50. Le 31 octobre 2016, le centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI) des Pâquis (HUG) a informé la SUVA que l'assuré était suivi depuis le 11 mai 2016 en raison d'une décompensation anxio-dépressive dans le contexte d'un conflit de couple et de sevrage d'opiacés. Le diagnostic posé était celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré présentait des antécédents psychiatriques. Il était connu, d'une part, pour un état anxio-dépressif fluctuant avec l'apparition des symptômes psychotiques en cas de décompensation et, d'autre part, pour une addiction aux opiacés et benzodiazépines. Il avait été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique de Belle-Idée en 2001, 2012, 2013 et 2016, étant précisé qu'il existait une notion de tentative de suicide par pendaison en 2001. Le pronostic était réservé.
51. Par courrier du 30 novembre 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle avait réexaminé sa responsabilité. Elle émettait par conséquent des réserves dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 et suspendait ses prestations.
52. En décembre 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ a répété les termes de sa précédente appréciation, tout en relevant que des facteurs étrangers, liés à la langue et à la compréhension, devaient être pris en considération. La réinsertion allait probablement être difficile à l'avenir. Par ailleurs, il persistait à demander un examen par le médecin d'arrondissement.
53. Le 6 janvier 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a procédé à un examen final. Selon son rapport établi le 9 janvier 2017 consécutivement audit examen, le diagnostic était celui de fracture complexe du plateau tibial droit, type Schatzer VI. L'évolution s'était faite vers la persistance de lésions de dermite avec dépôt d'hémosidérine qui entraînait des démangeaisons chroniques selon l'assuré. Une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, pouvait être attendue dans une activité professionnelle en position assise essentiellement, tout en permettant quelques courts déplacements, avec un port de charges modérées, comme cela était le cas de son activité habituelle de polisseur. L'assuré se déclarait inquiet quant au fait de retrouver un nouvel emploi.
54. Les radiographies du genou droit, de face et profil, debout, effectuées le 11 janvier 2017, ont mis en évidence un remaniement de la trame osseuse du plateau tibial latéral en rapport avec les antécédents, une ostéophytose débutante fémoro-tibiale médiale et patellaire, sans pincement significatif de l'interligne fémoro-tibial médial sur ces incidences ainsi qu'un épanchement intra-articulaire de faible abondance du cul-de-sac sous-quadricipal.

55. Par projet de décision du 25 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013.
56. Le 10 mars 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 10%, conformément à la table n° VI.
57. Se fondant sur cette appréciation, la SUVA a, par décision du 15 mars 2017, accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit CHF 12'600.-. L'assureur a, par ailleurs, refusé tout droit à une rente d'invalidité, considérant que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de l'assuré de manière importante, les troubles non organiques dont il se plaignait n'engageant pas sa responsabilité sous l'angle de la causalité adéquate.
58. Le même jour, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé une opposition sommaire à l'encontre de la décision précitée, contestant la comparaison des revenus effectuée par la SUVA.
59. Le 25 avril 2017, l'assuré, toujours sous la plume de son conseil, a formellement formé opposition à l'encontre de la décision du 15 mars 2017, contestant le refus de la SUVA de reconnaître, d'une part, un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques, et, d'autre part, le droit à une rente faute de diminution de la capacité de gain. Il a également conclu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus importante que les 10% retenus par la SUVA.
60. Par décision sur opposition du 2 novembre 2017, la SUVA a écarté l'opposition du 25 avril 2017 et a confirmé la décision du 15 mars 2017, considérant que le nombre de critères jurisprudentiels remplis étaient insuffisants pour admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 2 septembre 2011. Par ailleurs, c'était à juste titre qu'elle avait refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, dès lors que l'activité habituelle de polisseur était adaptée aux limitations fonctionnelles induites par l'atteinte à la santé. Enfin, l'évaluation du Dr G\_\_\_\_\_ s'agissant de l'atteinte à l'intégrité – 10% – n'était pas critiquable.
61. Le 6 décembre 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation de la SUVA (ci-après : l'intimée) à lui octroyer une rente d'au moins 19% pour les seules séquelles orthopédiques, respectivement de 100% en tenant compte de l'ensemble des séquelles physiques et psychiques. Subsidièrement, il a conclu à la réalisation d'une expertise psychiatrique, voire au renvoi du dossier à l'intimée pour qu'elle procède elle-même à ladite expertise.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré que l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents moyens à la limite des accidents graves et que l'ensemble des critères jurisprudentiels étaient réalisés, de sorte que le lien de causalité adéquate était donné. Il a également contesté la position de l'intimée, selon laquelle il n'éprouvait pas de perte de gain, dès lors que son activité habituelle était encore exigible. En effet, dans un tel cas, compte tenu de son

licenciement, il convenait d'appliquer les statistiques de l'enquête suisse sur les salaires (ESS) et d'appliquer un abattement de 15%, ce qui conduisait à une rente d'invalidité de 19% au moins.

62. Sous la plume de son conseil, l'intimée a répondu le 31 janvier 2018 et a conclu au rejet du recours. L'accident assuré devait être qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu et les critères jurisprudentiels n'étaient pour l'essentiel par remplis. Par ailleurs, il n'était pas nécessaire de procéder à une expertise psychiatrique, dès lors que le lien de causalité adéquate devait quoi qu'il en soit être nié. Enfin, elle n'avait pas à se prononcer sur l'activité effectivement exercée ou concrètement possible mais sur la capacité du recourant à l'exercer. Ce dernier pouvait exercer son métier de polisseur. Qu'il ait été licencié et qu'il soit à la recherche d'un nouveau poste de polisseur n'avait aucun impact sur le raisonnement, dès lors qu'il était capable d'exercer cette activité. Cela étant, dans l'hypothèse où la chambre de céans donnerait suite aux arguments du recourant, l'intimée a contesté plusieurs points s'agissant du calcul du degré d'invalidité proposé dans le recours du 6 décembre 2017.

63. Le recourant a produit sa réplique en date du 22 mars 2018 et a notamment modifié ses conclusions, concluant désormais, toujours sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et, cela à fait, à l'allocation d'une rente d'invalidité d'au moins 24% pour les seules suites orthopédiques, subsidiairement de 100% pour les suites physiques et psychiques ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 10%. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 19% pour les séquelles orthopédiques ainsi qu'à la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire, orthopédique et psychiatrique, et encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle réalise elle-même ladite expertise.

Après avoir rappelé et approfondi ses arguments s'agissant du lien de causalité adéquate et du calcul du degré d'invalidité, le recourant a contesté le pourcentage de l'atteinte à l'intégrité retenue par l'intimée, relevant qu'il se trouvait dans l'impossibilité de faire examiner l'évaluation de ce taux autrement que par le biais d'une expertise médicale. Dans tous les cas, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité devait inclure les aspects psychiques.

64. Dans sa duplique du 19 avril 2017, l'intimée a résumé ses précédents arguments s'agissant du lien de causalité adéquate et du calcul du degré d'invalidité. Enfin, la conclusion tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus importante que les 10% reconnus dans la décision sur opposition querellée était irrecevable faute d'avoir été formulée dans le délai de recours. Dans tous les cas, malgré les affirmations du recourant, rien ne permettait de considérer que l'examen du Dr G \_\_\_\_\_ ne serait pas complet, étayé et pleinement probant.

65. Le 1<sup>er</sup> mai 2018, l'assuré a produit des observations complémentaires, dans lesquelles il a repris ses précédents arguments et les a précisés.

66. Sur quoi, 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. En premier lieu, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions nouvelles présentées par le recourant après l'échéance du délai de recours et réclamant une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 10%.

a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente 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 (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 ; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347 ; voir également l'arrêt D. du 8 octobre 2003, U 152/01, consid. 3; MEYER-BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). 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 (ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a, 112 V 99 consid. 1a, 110 V 51 consid. 3c; voir également ATF 122 V 36 consid. 2a).

b. A teneur de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'acte de recours doit notamment contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués ainsi que des conclusions (art. 61 let. b 1<sup>ère</sup> phrase).

5. En l'espèce, la décision sur opposition querellée portait sur deux rapports juridiques distincts : le droit à une rente et l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité. Dans son acte de recours, déposé dans le délai de trente jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA, le recourant a uniquement contesté le refus de la SUVA de lui reconnaître une rente d'invalidité. Il a plus particulièrement remis en question deux des aspects de la décision sur opposition querellée : le refus de la SUVA de reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques et la manière de calculer le degré d'invalidité. A aucun moment il n'a marqué son désaccord avec le degré de l'atteinte à l'intégrité retenue dans la décision du 15 mars 2017 et la décision sur opposition querellée (10%).

Dans de telles circonstances, il doit être considéré que les conclusions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ont été formulées après l'expiration du délai de trente jours, de sorte qu'elles sont irrecevables.

Par conséquent, le litige porte uniquement sur le refus de l'intimée d'octroyer au recourant une rente d'invalidité et, plus particulièrement, sur le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident assuré et le calcul du degré d'invalidité.

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (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 (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé

physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c/aa. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

c/bb. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher 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 (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné 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, en règle générale, 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, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

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

- 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 apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

c/cc. En matière d'accidents de moto, la jurisprudence a classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, stricto sensu : la chute, dans un virage, de la passagère d'une moto qui circulait sur une voie mouillée à une vitesse d'environ 50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_9802/2010 du 6 avril 2011 consid. 5.1), la collision entre une moto et un véhicule, arrivant en sens inverse, qui a bifurqué (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_726/2007 du 16 mai 2008 consid. 4.3.1 et 4.3.2), la collision entre une moto circulant hors localité à une vitesse d'environ 60-70 km/h, avec un véhicule bifurquant à gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances / 78/07 du 17 mars 2008 consid. 5.1), la collision entre une moto remontant une file à 50 km/h et une voiture bifurquant subitement à gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 115/05 du 14 septembre 2005 consid. 2.4.1). En revanche, la collision entre une moto qui remontait une file dans un virage à droite et un tracteur avec une remorque qui bifurquait à gauche a été qualifiée d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_484/2007 du 3 septembre 2008 consid. 6.2).

7. En l'espèce, il convient, en premier lieu, de qualifier l'accident en question.

Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (heurt entre l'avant droit du scooter conduit par le recourant et l'arrière gauche de la voiture, les deux véhicules roulant dans la même direction) et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, notamment en matière de véhicules qui bifurquent et coupent la route aux

motocyclistes, l'accident du 2 septembre 2011 doit à l'évidence être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, sans être à la limite des accidents graves (voir consid. 6 c/cc. ci-dessus). Concrètement, il n'y a pas eu de choc frontal, de sorte que les arrêts du Tribunal fédéral invoqués par le recourant dans son écriture du 6 décembre 2017, dans lesquels les accidents en cause étaient classés dans la catégorie moyenne à la limite des accidents graves, ne sauraient trouver application. Les exemples de collisions entre un véhicule et un motorcycle produits par le recourant sur clé USB ne modifient en rien l'appréciation qui précède.

Au moins trois des critères jurisprudentiels doivent ainsi être remplis pour que le lien de causalité adéquate soit admis, étant toutefois précisé qu'un seul suffit s'il revêt une intensité particulière.

a/aa. La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit toutefois pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Or, en l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 2 septembre 2011 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant (à titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel [arrêt du Tribunal fédéral 8C\_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3], d'un carambolage de masse sur l'autoroute [arrêt du Tribunal fédéral 8C\_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1], ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager [arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008]).

a/bb. Concernant les lésions physiques et leurs conséquences, elles consistent essentiellement en une fracture du plateau tibial de type Schatzker VI, le diagnostic secondaire étant celui d'éruption cutanée d'origine inconnue, ce qui ne constitue pas des lésions propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2 pour des exemples).

a/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements

par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical consistait, à l'exception de la réduction ouverte et ostéosynthèse du plateau tibial droit réalisée le 13 septembre 2011 et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 19 décembre 2014, en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, de sorte qu'il n'était objectivement pas continu et lourd.

a/dd. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C\_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

a/ee. Les conditions de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes ne doivent pas être remplies de manière cumulative (ATF 117 V 359 consid. 7b). Dans ce contexte, il y a lieu de préciser que les critères du traitement médical et des douleurs persistantes ne permettent pas de conclure à l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison ou à celle de complications importantes. Il faut, dans ce contexte, l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison. La prise de nombreux médicaments et la réalisation de différentes thérapies ne suffisent pas pour admettre ce critère. Il en va de même du fait qu'en dépit de thérapies régulières, il n'a pas été possible de supprimer les douleurs ou d'obtenir une capacité de travail (entière) (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et 8C\_57/2008 du 16 mai 2008 également consid. 9.6.1). Par ailleurs, une éventuelle intolérance aux antidouleurs ne doit pas être examinée en relation avec le critère des difficultés apparues en cours de guérison ou des complications importantes mais en lien avec le critère des douleurs persistantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_275/2008 du 2 décembre 2008 consid. 3.3.6). En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de considérer que des difficultés ou des complications importantes soient apparues au cours de la guérison. Certes, les médecins ont évoqué une éruption cutanée d'origine inconnue dans la lettre de sortie. L'évolution de cette atteinte était toutefois favorable après traitement. La date d'apparition de la dermite au niveau de la cicatrice ne ressort pas du dossier. Outre les risques infectieux et des démangeaisons, cette atteinte n'a pas entraîné de complications importantes. En effet, elle ne constituait toutefois pas, selon le dermatologue interrogé, une contre-indication pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (voir rapport du 4 février 2014 du Dr C\_\_\_\_\_). Le fait que cette intervention n'ait finalement eu lieu que le 19 décembre 2014 n'était ainsi pas lié à la dermite puisque début février 2014 déjà, un dermatologue s'était exprimé à ce propos et avait nié toute contre-indication. Quant aux diverses chutes renouvelées, elles ne peuvent pas non plus être qualifiées de complications. Au demeurant, aucun médecin ne le prétend.

a/ff. Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour justifier des incapacités de travail jusqu'en février 2017. Cela étant, lesdites incapacités de travail ont oscillé entre 50% et 100% et elles n'étaient pas continues, le recourant ayant été en mesure, à plusieurs reprises, de reprendre son activité à 100% (du 23 au 27 janvier 2012, du 8 mai au 15 octobre 2012, du 17 février au 18 décembre 2014). On ne peut dès lors parler de durée assez longue.

b. Force est donc de constater que, contrairement à la position de l'intimée, un seul des critères énoncés par la jurisprudence (douleurs physiques persistantes) est rempli en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Cela est insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 2 septembre 2011 et les troubles psychiques dont souffre le recourant.

Dans la mesure où la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ne permettrait pas de modifier l'appréciation de la chambre de céans quant à l'absence de lien de causalité adéquate, ce point étant une question de droit (et non de fait comme celle de l'existence d'un lien de causalité naturelle), il n'y a pas lieu de procéder à une telle mesure d'instruction.

8. Reste à examiner le degré d'invalidité du recourant.

a. A teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide au sens de l'art. 8 LPGA à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA précité, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Par incapacité de gain, il faut entendre 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 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

En résumé, l'incapacité de travail se rapporte à la capacité de travail encore exigible sous l'angle médical dans l'activité professionnelle habituelle (MOSER-SZELES, in Commentaire romand sur la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 11 ad Art. 7 LPGA). L'incapacité de travail ouvre en principe droit à des indemnités journalières en matière d'assurance-accidents (voir art. 16 LAA dans ce sens).

L'incapacité de gain correspond à la valeur économique de la capacité de travail (ou de rendement) résiduelle, comme cela résulte des possibilités de gain, au regard d'un marché de travail équilibré, après les mesures de traitement et de réadaptation

---

exigibles dans une autre activité. Le droit à une rente d'invalidité, y compris en assurance-accidents, requiert une invalidité et une incapacité de gain (MOSER-SZELES, op. cit., n° 11 ad Art. 7 LPGA). Cela étant, une incapacité de gain suppose notamment la survenance d'une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail (MOSER-SZELES, op. cit., n° 15 ad Art. 7).

En matière d'assurance-accidents obligatoire, le Tribunal fédéral a considéré, dans son ATF 115 V 133, consid. 2, que l'octroi d'une rente d'invalidité supposait, tout d'abord, une incapacité de travail due à un accident. Celui qui n'est pas incapable de travailler, à tout le moins partiellement, ne peut pas être considéré comme étant invalide au sens de la LAA. Dans ce contexte, est considérée comme étant incapable de travailler la personne qui ne peut plus exercer, suite à un accident ayant causé une atteinte à la santé physique et/ou psychique, l'activité professionnelle effectuée jusqu'alors, qui ne peut plus l'exercer que d'une manière limitée ou qui ne peut plus l'exercer qu'en courant un risque d'aggraver son état.

9. a. En l'espèce, les parties s'opposent sur la manière de déterminer le degré d'invalidité du recourant. Pour la SUVA, il n'y a pas lieu de procéder à une quelconque comparaison des revenus, dès lors que le recourant est capable de travailler à plein temps et plein rendement dans son activité habituelle de polisseur, laquelle est au demeurant adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr G\_\_\_\_\_. De son côté, le recourant est d'avis que, dans la mesure où il a été licencié avec effet au 31 janvier 2013, la SUVA ne peut procéder de la sorte et qu'elle aurait dû effectuer à une comparaison des revenus en prenant en considération le salaire statistique ressortant de l'ESS.

b. En premier lieu, il convient de relever que dans son appréciation du 6 janvier 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles qu'il a énumérées, étant précisé que l'activité habituelle précédemment exercée, à savoir celle de polisseur, respectait lesdites limitations. Cela n'est pas contesté par le recourant.

En d'autres termes, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans son activité habituelle.

Dans de telles circonstances, le recourant ne peut être considéré comme étant invalide, dès lors qu'il dispose d'une capacité de travail dans son activité habituelle. Certes, a-t-il très vraisemblablement été licencié en raison de son atteinte à la santé. Cela étant, il s'est inscrit auprès de l'office cantonal de l'emploi et a perçu des indemnités chômage de 60%. Concrètement, s'il n'a pas retrouvé d'activité lucrative, c'est vraisemblablement pour des motifs conjoncturels, parce que le marché du travail ne comprenait pas suffisamment de postes relevant de ce domaine. Il s'agit là d'une situation liée au chômage et non à une éventuelle incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA.

Partant, c'est à juste titre que la SUVA a considéré que le recourant n'était pas invalide au sens de l'art. 8 LPGA, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une comparaison des revenus. Au demeurant, lorsqu'en matière d'assurance-invalidité, un médecin (médecin traitant, SMR ou expert) retient une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de l'assuré alors même que celui-ci a perdu son emploi plusieurs mois, voire années auparavant, l'OAI rejette la demande faute d'atteinte incapacitante. Cette manière de procéder est confirmée par la chambre de céans et par le Tribunal fédéral. Il n'y a dès lors pas lieu de procéder différemment en assurance-accidents au vu de l'identité de la notion d'invalidité dans les deux domaines.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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 irrecevable en tant qu'il porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
2. Le déclare recevable en tant qu'il porte sur le droit à une rente d'invalidité.

**Au fond :**

3. Le rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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