



POUVOIR JUDICIAIRE

A/553/2004

ATAS/46/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

**du 24 janvier 2005**

En la cause

**Monsieur K\_\_\_\_\_**, comparant par Me ZIEGLER Marco en l'Etude recourant  
duquel il élit domicile

contre

**SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS** intimée  
**D'ACCIDENTS**, 12, rue Ami-Lullin, Case postale 3850, 1211 Genève 3

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et  
Karine STECK, Juges.**

---

### EN FAIT

1. Monsieur K\_\_\_\_\_, ressortissant tunisien né en 1968, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1993. Il a travaillé au département beurrerie de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA à Fribourg dès le 24 juin 1998 dans le cadre d'une mission temporaire devant se terminer le 30 juin 1999. Sa fonction consistant à s'occuper d'une machine mettant le beurre en barquette. Son employeur l'avait assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA).
2. Le 12 février 1999, l'assuré a été victime d'un accident professionnel au cours duquel sa main droite a été écrasée à la hauteur du poignet et est demeurée coincée une vingtaine de minutes sous forte compression dans la machine à barquettes. Emmené d'urgence à l'Hôpital cantonal de Fribourg (l'hôpital), il a été examiné et opéré par le Dr A\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, qui a diagnostiqué un écrasement de la main droite avec compression du nerf cubital, une lésion de l'artère cubitale et un syndrome des loges de la main. Il a été en incapacité de travail totale dès cette date. L'intervention a consisté en de « multiples fasciotomies de la main, décompression du tunnel carpien et de la loge de Guyon, révision artère et nerfs, suture secondaire, greffe de peau main droite ». Il a séjourné à l'hôpital jusqu'au 22 février 1999.
3. Les frais médicaux et indemnités journalières ont été pris en charge par la SUVA.
4. Le 3 mars 1999, l'assuré a déposé une plainte pénale à l'encontre de X\_\_\_\_\_ SA auprès des juges d'instruction fribourgeois pour lésions corporelles graves par négligence et pour omission de prêter secours. Il a invoqué le fait que le système de sécurité de la machine à barquettes était hors d'usage et que le chef d'équipe et le chef du département ne lui avaient pas prêté secours.
5. Le 12 août 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI).
6. Lors d'une consultation du 29 avril 1999, le Dr A\_\_\_\_\_ a constaté une péjoration de la situation avec douleurs nocturnes et diurnes importantes centrées sur le poignet remontant sur le coude et l'épaule et proposé en conséquence une hospitalisation de manière à pouvoir « faire plusieurs blocs du ganglion stellaire ». Il notait aussi que la physiothérapie et l'ergothérapie n'étaient plus possible, vu la péjoration de la situation.
7. L'assuré a séjourné du 10 mai au 19 mai 1999 dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital pour blocs de sanctions stellaires et ergothérapie. Dans le rapport de sortie établi le 26 mai 1999, les médecins ont posé le diagnostic

d'algoneurodystrophie (sudeck stade IV) et de syndrome de stress post-traumatique. Les blocs stellaires n'avaient apporté qu'une amélioration partielle et transitoire, l'ergothérapie intensive s'était avérée difficile en raison des fortes douleurs ressenties au niveau de la main ainsi que du poignet droit et un traitement médicamenteux avait été introduit par le psychiatre consultant. Les médecins ont par ailleurs relevé que le patient s'était montré peu collaborant et avait refusé tout traitement supplémentaire.

8. En date du 14 juillet 1999, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a attesté d'une incapacité totale de travailler depuis l'accident, soulignant que les suites de l'accident s'étaient compliquées en raison d'une algoneurodystrophie toujours présente et que, en accord avec le Dr A \_\_\_\_\_ et le patient, il adressait celui-ci en toute urgence à la Clinique de réhabilitation de Bellikon pour traitement et évaluation. Il relevait que le patient se plaignait de violentes décharges électriques de l'avant-bras et de la main droite, de douleurs à l'épaule et de cauchemars lui rappelant l'accident.
9. Le 16 juillet 1999, le Dr A \_\_\_\_\_ a informé la SUVA que le status était catastrophique avec une mobilité pratiquement nulle de la main, un trémor et des douleurs extrêmes même à l'effleurement et que la mobilité du coude et de l'épaule était également réduite.
10. L'assuré a séjourné à la Clinique de Bellikon du 4 au 27 août 1999. Dans le rapport de sortie établi le 20 septembre 1999, les médecins ont conclu qu'une reprise professionnelle à plein temps dans une activité adaptée était possible et souhaitable, les limitations fonctionnelles de l'assuré étant susceptibles d'amélioration, de même que son état psychique. A cet égard, un suivi psychiatrique ambulatoire a toutefois été fortement recommandé vu l'état de stress post-traumatique (ICD – 10 : F43.1), la suspicion de troubles de la personnalité émotionnellement instable (de type borderline) et, notamment de comportements impulsifs singuliers.
11. Au vu dudit rapport de sortie, par lettre du 27 septembre 1999, la SUVA a indiqué à l'assuré que les conditions de liquidation du cas étaient remplies et qu'elle allait devoir mettre fin prochainement au versement des indemnités journalières, dès lors qu'il pouvait reprendre un travail adapté. Elle l'a par ailleurs invité à s'annoncer auprès de l'assurance-invalidité de son domicile.
12. Lors d'une consultation du 26 octobre 1999, le Dr A \_\_\_\_\_ a relevé que la situation était toujours extrêmement défavorable et proposé que le patient soit vu par le Dr C \_\_\_\_\_, rhumatologue, pour une évaluation des possibilités de traitement supplémentaire de l'algodystrophie (CRPS I).
13. Le 25 novembre 1999, un rapport de l'OAI sur la réadaptation professionnelle atteste que l'assuré souffre d'une exclusion fonctionnelle totale de la main droite, de syndrome de trouble post-traumatique, de dorsalgies basses et d'asthme en

réaction allergique à la poussière et à certains produits de nettoyage. Il désire suivre une formation à l'école de tourisme mais l'OAI émet d'importantes réserves en fonction des limites importantes dues à l'état de santé.

14. Le 3 décembre 1999, le Dr C \_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré présentait indubitablement une algodystrophie (CRPS type I) au stade II extrêmement sévère et résistante au traitement. Il a suggéré un traitement à la cortisone afin de rendre le patient à nouveau accessible à une rééducation et, en cas d'échec de ces mesures, que l'assuré soit adressé à une clinique de la douleur afin d'effectuer des tests susceptibles d'établir s'il était un « MSP (Sympathetically Maintained Pain) ou un CRP de type II (causalgie) avec maintien d'une atteinte nerveuse périphérique » qu'il faudrait alors absolument lever.
15. Le 21 janvier 2000, le Dr A \_\_\_\_\_ a informé la SUVA que l'algodystrophie était toujours extrêmement sévère, avec une mobilité nulle de l'épaule, du coude et de la main. Tous les traitements entrepris n'avaient pas eu de succès. Il a insisté sur l'importance d'une réhabilitation professionnelle dans une activité essentiellement uni manuelle dès lors que si une amélioration survenait, elle prendrait encore des mois ou des années.
16. En date du 16 février 2000, le Dr B \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Le patient se plaignait de douleurs de l'ensemble du membre supérieur droit. L'argoneurodystrophie était toujours présente. Il a relevé comme séquelle, la persistance d'une mobilité nulle de l'ensemble du membre supérieur droit (ci-après : MSD) accompagné d'une amyotrophie et de douleurs extrêmes au repos. Selon lui, la SUVA devait examiner une liquidation provisoire du cas, en espérant une amélioration dans les années à venir. Il a estimé que l'atteinte à l'intégrité physique s'élevait à 50% ( par analogie à l'amputation d'un MSD).
17. Le 23 février 2000, la SUVA a informé l'assuré qu'il devait reprendre au plus vite un travail adapté.
18. Le 4 avril 2000, l'OAI a informé l'assuré qu'aux fins de pouvoir évaluer son droit à des prestations de l'assurance invalidité, une évaluation serait effectuée par le centre d'observation de l'AI (ci-après le COPAI) à Yverdon.
19. Le 6 avril 2000, le Dr V. B \_\_\_\_\_ a estimé que l'activité antérieure n'était pas exigible, mais que par contre dans une activité adaptée de type industriel, par exemple la surveillance de machines, un horaire de travail normal avec un rendement de 100% pouvait parfaitement être exigé. Ce praticien a relevé qu'il était parfaitement conscient de l'extrême difficulté à trouver un emploi type où l'utilisation d'une seule main (« de plus la gauche pour un droitier ») suffirait.
20. En date du 20 avril 2000, la Dresse D \_\_\_\_\_, médecin conseil du COPAI, a relevé qu'après un pré-examen de l'assuré le 17 avril 2000, le patient était arrivé au

centre dans un état de panique important déclenché par la vision des ateliers dans lesquels il n'avait pourtant pas pénétré. L'assuré était devenu extrêmement agité, tremblant de la tête aux pieds, dans l'incapacité de se maîtriser, même dans un bureau isolé. Devant cette violente réaction, une évaluation par le COPAI par le biais d'un stage apparaissait impensable. En conclusion, la programmation du stage dans cet établissement avait été abandonnée.

21. Le 15 août 2000, l'assuré a indiqué à la SUVA avoir déménagé dans le canton de Genève et souhaiter que son dossier soit traité par l'agence genevoise.
22. Par courrier du 18 septembre 2000, le Dr A \_\_\_\_\_ a informé la SUVA de ce que l'état de son patient n'avait pas évolué en dépit de tous les traitements administrés et qu'il n'avait plus de propositions thérapeutiques à faire. Le traitement était terminé en ce qui le concernait. Il était urgent que le patient soit réintégré dans le monde du travail dans une activité tenant compte d'une impotence complète du MSD.
23. Le 20 octobre 2000, la SUVA a informé l'assuré qu'elle verserait l'indemnité journalière jusqu'au 28 février 2001 et se prononcerait à ce moment là sur le droit à une rente. Il avait en outre droit à une IPAI de fr. 48'600.-.
24. A la demande de la SUVA, la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a reçu l'assuré en date du 25 octobre 2000 et a considéré que, celui-ci étant « inexaminable en raison de douleurs et état de panique », elle ne pouvait rien faire pour lui. Elle a souligné l'importance de lui trouver un médecin traitant à Genève ainsi qu'un psychiatre spécialisé dans la douleur chronique.
25. Le 7 mai 2001, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reprendrait dès le 28 février 2001 le versement des indemnités journalières dès lors que la causalité entre les troubles physiques et l'accident devait être admise.
26. Par prononcé du 11 juillet 2001, confirmé par décisions des 24 octobre et 2 novembre 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OCAI) a considéré que l'assuré avait droit à une rente d'invalidité dès le 12 février 2000, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.
27. Lors d'une première consultation du 9 juillet 2001 faisant l'objet d'un rapport du 2 août 2001, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a noté que l'assuré présentait une forte irritabilité, des difficultés de concentration et de mémoire, des troubles du sommeil, du bruxisme, ainsi qu'une perte de plaisir pour les activités de la vie quotidienne. Il a relevé des idées de dévalorisation, lesquelles avaient commencé dès la sortie de l'hôpital, soit au mois de mars 1999, avec aggravation en octobre 2000. L'état psychique n'était selon lui pas encore stabilisé et il convenait de continuer le traitement médicamenteux ainsi qu'une

psychothérapie de soutien, d'une durée indéterminée. Il n'y avait pas, à sa connaissance, de facteurs étrangers à l'accident.

28. Le 17 septembre 2001, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin conseil de la SUVA, a rendu un rapport médical et considéré qu'il était indispensable que l'assuré continue durant au moins un an ses consultations auprès du Dr F\_\_\_\_\_.
29. Le 29 septembre 2001, la SUVA a informé l'assuré qu'elle statuerait définitivement sur son état de santé à l'échéance de ce délai d'une année.
30. Dans un rapport intermédiaire du 17 novembre 2001, le Dr H\_\_\_\_\_, orthopédiste, a fait état d'un second accident survenu en date du 15 mai 2000 au cours duquel l'assuré a chuté sur l'épaule gauche. Invoquant ses problèmes au membre droit, l'assuré n'avait pas voulu suivre de traitement physiothérapeutique avant le mois d'août 2001. Le 8 juin 2001, le Dr H\_\_\_\_\_ a constaté une diminution de la mobilité de l'épaule gauche ainsi qu'une crispation de tout le bras (jusqu'à la main) qu'il a estimée être en relation avec la crispation générale due au problème sévère du MSD, la constitution psychique du patient (type borderline) et sa réaction inadéquate. Le 16 novembre 2001, il constate que la mobilité de l'épaule gauche est toujours limitée mais le bras est moins crispé. Selon ce médecin, la limitation de la mobilité resterait tant qu'une arthroscopie ne pourrait être pratiquée (trop risquée en l'état vu le MSD impotent).
31. Le 4 septembre 2002, le Dr F\_\_\_\_\_ a constaté que l'état psychique de l'assuré s'était stabilisé grâce au traitement médicamenteux ainsi qu'à la psychothérapie de soutien et il a décidé d'arrêter le traitement psychiatrique à cette date. Le 20 janvier 2003, il a confirmé que les symptômes dépressifs (irritabilité, difficultés de concentration et de mémoire, fatigue, tristesse, troubles du sommeil, perte de plaisir pour les activités de la vie quotidienne) constatés en début de traitement s'étaient amendés, d'où l'arrêt de la psychothérapie, le traitement médicamenteux étant maintenu. Il a précisé en conclusion que les troubles psychiques en rémission n'intervenaient pas dans l'incapacité de travail.
32. Dans son évaluation psychiatrique du 5 février 2003, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que l'état psychique de l'assuré s'était nettement stabilisé et, se basant sur l'évolution des troubles psychiques depuis l'accident jusqu'à cette date, que les symptômes continueraient à s'atténuer au fil du temps. Dès lors, il a conclu qu'il n'y avait pas à son avis d'atteinte importante et durable à l'intégrité sur le plan psychique, comme conséquence de l'accident, qui viendrait s'ajouter à l'atteinte à l'intégrité physique de 50% estimée par le Dr B\_\_\_\_\_ le 16 février 2000.
33. Le 31 mars 2003, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2003.

34. Dans un certificat du 6 août 2003, le Dr I \_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué une tendinopathie de l'épaule gauche en précisant que cette pathologie qu'il soignait depuis le 31 juillet 2003 n'avait pas de relation avec l'accident de 1999. Il a attesté que l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler.
35. Par décision du 11 août 2003, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 30% à compter du 1<sup>er</sup> juin 2003 pour les conséquences organiques, basée sur un gain annuel assuré de fr. 49'342.- ainsi qu'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de 50% à hauteur de fr. 48'600.-. Elle a considéré que l'assuré pouvait effectuer une activité monomanuelle lui permettant de réaliser un salaire mensuel de fr. 3'400.-. La SUVA a par ailleurs alloué à l'assuré, pour les troubles psychogènes, une indemnité en capital de Fr. 51'324.- constituant une aide financière pendant la période transitoire jusqu'à la réinsertion professionnelle de l'assuré dans la vie active.
36. L'assuré a formé opposition par courrier du 3 septembre 2003, alléguant n'être pas en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle en raison de la dégradation de son état de santé. Il a déclaré qu'il souffrait d'une inflammation chronique de l'épaule gauche, d'un blocage de la nuque ainsi que du dos et que, son état psychique ne lui permettant aucune contrariété, il avait besoin de repos et de calme.
37. Par décision sur opposition du 16 décembre 2003, la SUVA a confirmé sa décision du 11 août 2003 et rejeté l'opposition. Elle a considéré que c'était de manière tout à fait correcte au regard des séquelles organiques causales à l'accident incriminé que l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 30%, dès lors qu'il ressortait du dossier médical qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée laquelle pouvait lui rapporter fr. 3'400.- par mois, telle que surveillant de machines d'installations ou de parking, portier ou caissier dans une station d'essence, et qu'il aurait pu percevoir en 2003 sans l'accident un revenu de fr. 4'800.-. Par ailleurs, si l'on appliquait le salaire statistique, même avec une réduction de 25 %, on obtenait encore un revenu supérieur aux fr. 3'400.- précités. Par ailleurs, s'agissant de l'indemnité en capital, elle a souligné l'évolution favorable de l'état psychique depuis l'accident et rappelé que, selon le Dr F \_\_\_\_\_, les troubles psychiques en rémission n'altéraient plus la capacité de travail et que selon le Dr G \_\_\_\_\_, la symptomatique psychique continuerait à s'atténuer au fil du temps. Il n'existait pas de motifs sérieux de douter de l'effet thérapeutique de ladite indemnité, étant souligné que son montant n'était pas contesté.
38. Dans un rapport daté du 8 mars 2004, le Dr I \_\_\_\_\_ a souligné que son patient lui avait été adressé en avril 2003 pour une douleur à l'épaule gauche. Ce problème évoluait depuis plusieurs années puisque l'assuré avait déjà consulté en 1997 pour cette raison et bénéficié d'injections de dérivés cortisoniques. Il présentait une

---

impotence sévère du MSD ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux d'évolution chronique de l'épaule gauche et une synovite de la main gauche. L'atteinte du membre supérieur gauche excluait toute reprise d'une quelconque activité professionnelle.

39. A la même date, le Dr F \_\_\_\_\_ a établi un certificat selon lequel l'assuré avait fait une rechute en juin 2003 et présentait à nouveau les mêmes symptômes que précédemment, à savoir des difficultés de concentration et de mémoire, bruxisme, perte du plaisir pour les activités quotidiennes, idées de concernement et de dévalorisation et cauchemars. Le traitement n'avait pas amélioré la situation. Il a suggéré qu'un expert évalue l'influence de l'aggravation de l'état psychique sur la capacité de travail.
40. Le 16 mars 2004, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée. Il a conclu principalement à son annulation ainsi qu'à l'annulation de la décision de rente du 11 août 2003 en tant qu'elle limitait à 30 % le taux de la rente d'invalidité et prévoyait le versement d'une indemnité en capital pour les séquelles des troubles psychogènes et au renvoi du dossier à l'intimée pour qu'elle fixe une rente basée sur l'incapacité de gain découlant de l'ensemble des troubles de sa santé en lien de causalité avec l'accident. Il a fait valoir que son état de santé s'était péjoré depuis le printemps 2003 tant physiquement, en raison de troubles au membre supérieur gauche et à la main gauche – qu'il fallait mettre en relation avec l'usage accru du bras gauche – que psychiquement, selon l'attestation du Dr F \_\_\_\_\_. Subsidiairement, il a conclu à ce que le dossier soit retourné à l'autorité inférieure pour qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique permettant de déterminer si le versement d'une indemnité en capital pouvait constituer un moyen thérapeutique approprié pour recouvrer la capacité de gain découlant des troubles psychogènes.

L'intimée n'avait même pas tenté de démontrer que l'indemnité en capital en cas de névrose trouvait application dans le cas d'espèce. Cette prestation n'était pas allouée s'il existait un lien étroit entre l'atteinte organique et l'atteinte psychique. Or, tel était bien le cas en l'espèce. L'indemnité en capital ne pouvait constituer un moyen thérapeutique approprié pour lui permettre de recouvrer une capacité de gain affectée par les troubles psychiques. Une incapacité de gain de 100 % aurait dû être retenue.

41. Dans sa réponse du 27 mai 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle a relevé qu'il n'existait pas de motif sérieux propre à faire douter de l'efficacité d'une indemnité unique dès lors qu'aucun psychiatre n'avait affirmé que celle-ci n'atteindrait pas son but. Il incombait à l'assuré de le prouver s'il la contestait. Il ressortait de l'avis du Dr I \_\_\_\_\_ que la pathologie de l'épaule gauche n'avait pas de relation avec l'accident de 1999 et qu'il avait déjà consulté antérieurement à l'accident (en 1997) pour ce problème.

42. Par réplique du 30 juillet 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a fait valoir que la décision n'avait pas été rendue en pleine connaissance de cause par l'intimée dès lors qu'il était incapable de travailler à 100% même dans une activité adaptée et qu'en l'absence d'avis médical pertinent, elle n'eût pas dû dissocier le traitement de l'atteinte physique et celui de l'atteinte psychique.

La SUVA avait clairement admis le lien de causalité adéquat entre les troubles psychiques et l'accident. Par ailleurs, l'AI avait retenu un taux d'invalidité de 100 %. La SUVA n'avait pas pris en compte la nouvelle dégradation de son état de santé. A l'issue du traitement du Dr F \_\_\_\_\_, la SUVA aurait dû mettre sur pied une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire. Le Dr G \_\_\_\_\_ s'était limité le 5 février 2003 à examiner les rapports du Dr F \_\_\_\_\_, sans l'examiner lui-même. L'avis du Dr I \_\_\_\_\_ n'avait été versé au dossier de la SUVA que postérieurement à la décision du 11 août 2003, ce qui démontrait qu'il n'était pas connu de la direction de la SUVA lors de son prononcé. Le Dr G \_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur le versement d'une indemnité unique. L'atteinte au bras droit et le stress post-traumatique ne pouvaient être dissociés de sorte qu'il incombait à la SUVA d'établir qu'un traitement différencié des deux types d'atteinte se justifiait dans le cas concret. Il s'imposait avant tout d'ordonner une nouvelle expertise.

43. Cette écriture a été communiquée à la SUVA le 5 août 2004, laquelle n'a pas demandé à répliquer.
44. Les autres éléments pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'article 118 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), les prestations

d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 12 février 1999, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPG A ; ATF 127 V 427 consid. 1).

3. L'article 60 LPG A prévoit que le recours doit être déposé dans les 30 jours suivants la notification de la décision sujette à recours. L'article 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'article 60 LPG A, le délai de recours est de 3 mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurances. La décision dont est recours étant intervenue le 16 décembre 2003, le recours du 16 mars 2004 a été interjeté en temps utile et est dès lors recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations d'assurance découlant de l'accident du 12 février 1999.
5. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA). Par ailleurs, selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident et, selon l'art. 24 al. 1 LAA, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

b) La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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, les 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) 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 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé psychique non consécutive à des traumatismes tels que ceux de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un type analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle 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 des accidents, 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : 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 puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

6. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut ainsi accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis à la demande de l'assureur-accidents aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs

conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé ou de douter de l'objectivité des appréciations portées (ATFA non publié du 23 mai 2003 en la cause U 267/02 consid. 4.2). Ainsi, lorsque, 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 (ATFA du 26 octobre 2004, cause I 205/04).

7. En l'espèce, le recourant invoque une péjoration de son état de santé depuis le printemps 2003, soit une dégradation sur le plan physique (douleurs au membre supérieur gauche) et une rechute sur le plan psychique. Il conteste par ailleurs l'octroi d'une indemnité unique au sens de l'art. 23 LAA.
8. Préalablement, il convient de constater que l'intimée a admis à juste titre, au vu de la jurisprudence précitée, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident. Cet aspect ne fait en conséquence pas l'objet du présent litige.
9. S'agissant des troubles psychiques en cause, ceux-ci ont été attestés par les médecins psychiatres de la clinique de Bellikon en août 1999 (état de stress post-traumatique, troubles de la personnalité émotionnellement instable, type borderline), le 20 avril 2000 par la Dresse J\_\_\_\_\_ (état de panique), le 25 octobre 2000 par la Dresse E\_\_\_\_\_ (état de panique) et, par la suite par le Dr F\_\_\_\_\_ dès le 9 juillet 2001 (irritabilité, difficultés de concentration, de mémoire, fatigue, tristesse, trouble du sommeil, perte de plaisir dans les activités quotidiennes, bruxisme, idée de dévalorisation et de concernement) en relevant qu'il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident.

Ces troubles, dès lors qu'ils s'étaient améliorés en septembre 2002, avaient entraîné l'arrêt de la psychothérapie mais le maintien du traitement médicamenteux. C'est quelques mois plus tard (le 5 février 2003) que le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé que l'état psychique s'était stabilisé et que les symptômes continuaient à s'atténuer au fil du temps. Il se fondait pour cela essentiellement sur les avis médicaux du Dr F\_\_\_\_\_. Cependant, celui-ci a attesté le 8 mars 2004 d'une rechute en juin 2003 avec résurgence des mêmes symptômes et constaté que le traitement n'avait pas amélioré la situation. Il estimait enfin qu'une évaluation de l'influence de cette aggravation sur l'incapacité de travail devait être faite par un expert.

Cette aggravation est intervenue antérieurement à la décision de l'intimée du 11 août 2003 et à la décision sur opposition du 16 décembre 2003.

---

En conséquence, c'est à tort que l'intimée a retenu dans la décision litigieuse que les troubles de la sphère psychique avaient eu une évolution favorable suite au traitement du Dr F\_\_\_\_\_ et que la symptomatologie psychique s'atténuerait au fil du temps. A défaut d'avis médical concernant l'influence des troubles psychiques du recourant sur sa capacité de travail, il conviendra de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée dans ce sens, étant rappelé que la causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident est admise.

10. a) L'art. 23 LAA prévoit que lorsqu'on peut déduire de la nature de l'accident et du comportement de l'assuré que ce dernier recouvrera sa capacité de gain s'il reçoit une indemnité unique, les prestations cessent d'être allouées et l'assuré reçoit une indemnité en capital d'un montant maximum de trois fois le gain annuel assuré. Exceptionnellement, une indemnité en capital peut être allouée alors qu'une rente réduite continue à être versée.

Selon l'art. 35 OLAA, le montant de l'indemnité en capital correspond à la somme des versements d'une rente dont le montant et la durée sont déterminés en fonction de la gravité et de l'évolution du dommage ainsi que de l'état de santé de l'assuré au moment où l'indemnité est allouée, et en prévision du rétablissement de sa capacité de gain (al. 1). L'indemnité en capital peut aussi être allouée lors d'une révision de rente (al. 2).

L'art. 23 LAA ne vise que les troubles psychiques, qui se définissent comme des névroses. Il présuppose que la névrose, due à l'accident ou aux événements assurés qui leur sont assimilés, porte atteinte à la capacité de gain de l'assuré, qui est certes rétabli des séquelles somatiques de l'accident mais qui ne peut reprendre son activité professionnelle en raison des troubles psychogènes dont il est atteint (cf. GHELEW, RAMELET, RITTER, Commentaire de la LAA, 1992, p. 117/118). Il s'agit de troubles temporaires que, selon l'expérience, la victime parvient à surmonter dans un délai raisonnable (quelques semaines à quelques mois) (Guide SUVA de l'assurance contre les accidents, édition septembre 2001, p. 60). La décision d'accorder une indemnité en capital doit être fondée sur toutes les circonstances, qui permettent de poser un pronostic quant à l'efficacité de la mesure. En font partie notamment les problèmes conjugaux de l'assuré, ses difficultés financières, l'existence d'un conflit avec une assurance, la pathogenèse de la névrose etc. L'assuré recevra l'indemnité unique pour autant que l'examen de toutes ces circonstances permet de conclure que la mesure sortira ses effets. Cela étant, le principe général est que l'indemnité en capital est considérée selon l'expérience comme le moyen approprié pour liquider les cas de névrose (cf. GHELEW op. cité p.119). Selon le Tribunal fédéral des assurances (TFA), l'indemnité en capital constitue, ainsi, en règle générale le moyen thérapeutique approprié. Selon la Haute Cour le point de savoir si l'on est en présence d'une exception à la règle ne doit faire l'objet d'investigations plus poussées (expertise psychiatrique) que s'il existe de sérieux motifs de douter de l'efficacité du

versement en capital. Il n'est possible d'admettre que l'intéressé ne recouvrera plus sa capacité de travail qu'en présence d'une déclaration tout à fait claire d'un psychiatre (cf. ATFA du 25 novembre 1999 dans la cause U 185/98 KT). Selon la jurisprudence, il se justifie de s'écarter du principe général également lorsque existent des doutes sérieux quant à l'amélioration que pourrait produire une allocation en capital sur la capacité de gain. Dans un tel cas, les investigations nécessaires doivent être conduites conformément à la maxime d'office (ATF 107 V 241 cons. 2b ; RJN 2000 p. 301-302). C'est ainsi que dans un arrêt récent du 13 juin 2003, le TFA a confirmé la décision du Tribunal cantonal des assurances de Lugano de renvoyer la cause à l'assureur-accidents pour déterminer si une indemnité unique en capital permettrait à l'assurée de récupérer sa capacité de gain, dès lors que des avis médicaux versés au dossier, même succincts, permettraient de douter de l'efficacité de cette mesure (ATFA du 13 juin 2003, cause U 226/02).

Conformément à l'art. 23 al. 2 LAA, dans les cas exceptionnels, par exemple dans ceux où des séquelles somatiques coexistent avec les troubles psychogènes ou lorsqu'on peut supposer qu'une diminution de la capacité de gain perdurera, une *indemnité en capital* peut être allouée alors qu'une *rente réduite d'invalidité* continue à être versée. La rente d'invalidité accordée est alors une « rente nette », en ce sens qu'elle ne couvre que les conséquences économiques de l'atteinte physique consécutive à l'accident (Maurer, UVR p. 411 ; GHELEW op. cit. p. 119).

b) En l'espèce, le recourant subit des séquelles somatiques en plus de ses troubles psychogènes. L'on se trouve dès lors dans le cas énoncé à l'art. 23 al. 2 LAA selon lequel une indemnité en capital n'est allouée qu'exceptionnellement. Il convient dès lors de requérir l'avis d'un expert psychiatre sur l'efficacité d'une telle mesure au regard des critères mentionnés ci-dessus. Par ailleurs et en toute hypothèse, il n'est pas possible de conclure, comme le fait l'intimée, à l'absence de doute quant à l'efficacité de l'octroi de l'indemnité unique au motif qu'aucun psychiatre n'avait remis en cause celle-ci dès lors qu'aucun expert n'a été interpellé sur cette question et ne s'est donc prononcé sur les chances de succès d'une liquidation du cas par le biais d'une indemnité unique. Enfin, il existe de toute façon de sérieux motifs de douter de l'efficacité de cette indemnité, au regard de la longue période d'inactivité du recourant (ATF 104 V 34), de l'octroi de la rente entière d'invalidité (RSAS 1997 p. 432) ainsi que de la rechute des symptômes psychiques depuis juin 2003.

En conséquence, l'intimée se devait de requérir l'avis médical d'un psychiatre pour déterminer si cette mesure est susceptible de permettre à l'assuré de recouvrer sa capacité de gain. A défaut, elle devra se prononcer, compte tenu du taux d'incapacité de travail que l'expert se devra d'évaluer, conformément au considérant 9 supra, sur l'octroi d'une rente tenant compte des troubles somatiques et psychiques du recourant.

11. Enfin, s'agissant des douleurs au membre supérieur gauche, il convient de constater que le Dr I \_\_\_\_\_ a attesté d'une tendinopathie de l'épaule gauche et d'une synovite de la main gauche entraînant une incapacité de travail totale et que le Dr H \_\_\_\_\_ a fait état le 17 novembre 2001 d'une chute de l'assuré sur l'épaule gauche le 15 mai 2000 ayant entraîné une diminution de la mobilité de celle-ci, affection qui allait se maintenir tant qu'une arthroscopie ne serait pas pratiquée, laquelle était trop risquée au vu des lésions au MSD.

Il ressort de ces deux avis médicaux que les atteintes au membre supérieur gauche pourraient être en relation avec un accident du 15 mai 2000 ou encore éventuellement en lien avec l'accident du 12 février 1999 dans la mesure où l'impotence du MSD aurait pu entraîner, selon le recourant, une surcharge du membre supérieur gauche. A cet égard, le Dr I \_\_\_\_\_ a attesté que l'affection de l'épaule gauche avait déjà fait l'objet de traitement en 1997. Cependant, le rapport OAI sur la réadaptation professionnelle fait état d'une chute de l'assuré sur l'épaule droite ayant donné lieu à un traitement en 1997, ce qui ne permet pas au Tribunal de céans de déterminer, faute d'avis médical précis sur ce point, s'il existe un lien de causalité entre les troubles au membre supérieur gauche et un accident, que ce soit celui du 12 février 1999 ou celui allégué du 15 mai 2000 ou encore à une autre cause, ainsi que l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail du recourant.

Partant, l'intimée devra également faire procéder à une expertise par un spécialiste, par exemple un rhumatologue, apte à déterminer si les atteintes au membre supérieur gauche sont dues à un accident ainsi que, cas échéant, le taux de capacité de travail du recourant compte tenu des dites séquelles.

12. Au vu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
13. Le recourant obtenant gain de cause, il se justifie de lui allouer des dépens qui seront fixés à fr. 2'000.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :  
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 11 août 2003 et la décision sur opposition du 16 décembre 2003 de la SUVA.
4. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Condamne la SUVA au paiement d'une indemnité de fr. 2'000.- en faveur du recourant.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

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