

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/694/2024

ATAS/1038/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2024

Chambre 4

En la cause

A _____,

recourante

représentée par Me Butrint AJREDINI, avocat

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1973, travaillait depuis le 25 octobre 2018 en qualité de vendeuse à 100% auprès de la boulangerie B_____ (ci-après : l'employeuse) à Genève. À ce titre, elle était assurée contre les accidents par la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : la Zurich ou l'intimée) au titre de l'assurance-accidents obligatoire.
- b.** Le 29 janvier 2019, elle a été victime d'un accident de travail. Alors qu'elle tentait de récupérer un objet qui était tombé à l'intérieur d'un pétrin de boulangerie, elle s'est blessée à la main droite. Les premiers soins lui ont été prodigués aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où on lui a diagnostiqué une fracture ouverte Gustillo II de la base de la première phalange de l'annulaire, une fracture fermée de la base de la première phalange de l'auriculaire, une fracture sous-capitale du cinquième métacarpien, une plaie palmaire d'environ 4 cm en zone 2-3 des rayons 2-3-4 et une plaie face ulnaire du pouce en zone 2. L'assurée a subi une intervention chirurgicale le jour-même sous forme de réduction fermée de fracture et une deuxième intervention le lendemain pour révision de plaie et ostéosynthèse par plaque des premières phalanges de l'annulaire et de l'auriculaire. Elle est restée hospitalisée du 29 au 31 janvier 2019 et il s'en est suivi une incapacité de travail à 100%.
- c.** La Zurich a pris en charge les suites de cet accident.
- d.** L'assurée a bénéficié d'un suivi aux HUG avec un traitement médicamenteux – essentiellement composé d'antalgiques –, de physiothérapie et d'ergothérapie.
- e.** Le 13 novembre 2019, elle a subi une nouvelle intervention chirurgicale à la main droite pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, ainsi que pour une plastie d'ouverture de la première commissure et ouverture d'une cicatrice rétractée.
- f.** Le 19 janvier 2021, elle a été à nouveau opérée de la main droite, pour une cure du pouce, diagnostiqué doigt à ressort, et pour une nouvelle plastie d'ouverture de la première commissure.
- g.** Par décision du 4 février 2021, l'assurée, qui avait déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), s'est vue accordée une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} septembre 2020.
- h.** Le 24 août 2021, elle a demandé à la Zurich l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- i.** Dans un rapport du 2 septembre 2021 adressé à la Zurich, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 20 mai 2019, laquelle avait développé un épisode anxiodépressif réactionnel à une succession d'accidents (brûlure du four en 2016, fracture d'un bras en 2018 et polytraumatisme de la main droite en janvier 2019) et à un

accident vasculaire cérébral (AVC) en 2018 sur un terrain probablement dysthymique (conflits familiaux chroniques et acculturation difficile). Il avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 43.1), un état de stress post-traumatique (F 43.1) et une dysthymie (F 34.1). L'assurée bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique, de fréquence initialement hebdomadaire et actuellement mensuelle, ainsi que d'un traitement pharmacothérapeutique d'antidépresseur et d'anxiolytique.

j. Dans un rapport du 13 octobre 2021 adressé à la Zurich, la docteure D_____, médecin praticien FMH et médecin traitant de la recourante, a indiqué que la situation de cette dernière s'était stabilisée et que, selon les orthopédistes, le potentiel de récupération était épuisé et le suivi hospitalier spécialisé terminé. L'OAI avait reconnu une incapacité de travail totale dans toute activité et octroyé une rente entière à l'assurée. Depuis lors, la médecin traitante expliquait recevoir l'assurée ou faire des consultations non présentes pour évaluer la situation et renouveler son certificat médical, comme exigé par la Zurich.

k. Le 3 février 2022, l'assurée a demandé à la Zurich qu'il soit également constaté que ses troubles psychiques et physiques étaient consécutifs à son accident du 29 janvier 2019.

l. Dans le cadre de l'instruction du dossier, la Zurich, qui avait préalablement recueilli plusieurs rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique, dont elle a confié le mandat aux docteurs E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous eux médecins au G_____ (G_____).

Ceux-ci ont rendu leur rapport d'expertise le 15 juillet 2022. Ils ont retenu qu'il existait un lien de causalité naturelle entre les atteintes orthopédiques à la main droite et psychiques et l'évènement du 29 janvier 2019. Sur le plan strictement orthopédique, à trois ans de l'évènement, le cas était stabilisé, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges supérieures à 1 kg, sans utilisation de la main en force, en particulier pour tirer ou repousser des objets, sans mouvements répétitifs en flexion/extension des doigts ni en opposition répétitive du pouce et pas d'activité nécessitant un geste rapide de la main droite. En revanche, sur le plan psychique, il n'y avait aucune incapacité de travail. Du point de vue orthopédique, l'atteinte à l'intégrité de la main droite était évaluée à 30%.

m. Le 5 septembre 2022, l'assurée a contesté cette expertise et réitéré sa demande de rente et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité à la Zurich.

n. Par décision du 10 octobre 2022, la Zurich a mis un terme à la prise en charge de ses prestations temporaires – soit les indemnités journalières et le droit au traitement – dès le 13 avril 2022, renonçant toutefois à réclamer le

remboursement des prestations versées au-delà de cette date, et a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 44'450.-.

Seules les atteintes orthopédiques étaient en lien de causalité avec l'accident du 29 janvier 2019. Or, sur la base du rapport d'expertise du 15 juillet 2022, l'état de santé somatique de l'assurée devait être considéré comme stabilisé au plus tard au jour de l'examen clinique par l'expert orthopédique, soit le 12 avril 2022. L'assurée était totalement capable de travailler dans son activité habituelle et dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. Aucun arrêt de travail dans l'activité habituelle de l'assurée n'était justifié par les suites de l'accident dès le 12 avril 2022. L'assurée avait subi une atteinte importante et durable à son intégrité qui correspondait à 30% et il en résultait un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 44'450.-.

o. Le 10 novembre 2022, l'assurée a formé opposition à la décision du 10 octobre 2022, sollicité formellement le prononcé d'une décision quant à son droit à une rente et transmis un rapport d'expertise psychiatrique privée établi par le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 18 octobre 2022. Selon cette expertise, la capacité de travail, du point de vue psychique, était nulle dans toute activité depuis janvier 2019.

p. Par décision du 2 mars 2023, la Zurich a rejeté la demande de rente de l'assurée. Il ressortait du dossier médical, plus particulièrement du rapport d'expertise, qu'en prenant en considération ses atteintes à la santé en relation de causalité avec l'accident, elle était totalement capable de travailler dans son activité habituelle, ainsi que dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de charge supérieure à 1 kg, pas d'utilisation de la main droite en force – en particulier pour tirer ou repousser des objets – pas de mouvements répétitifs en flexion/extension des doigts ni en opposition répétitive du pouce, pas d'activité nécessitant un geste rapide de la main droite). La Zurich précisait que sa décision ne déploierait pas d'effet suspensif.

q. Le 3 avril 2023, l'assurée a formé opposition à la décision du 2 mars 2023.

r. Par décision sur opposition unique du 23 janvier 2024, la Zurich a partiellement admis les oppositions formées par l'assurée aux décisions des 10 octobre 2022 et 2 mars 2023. L'assurée avait droit à une rente mensuelle d'invalidité de CHF 422.30 dès le 1er mai 2022, correspondant à un taux d'invalidité de 22%.

La Zurich confirmait nier la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident en cause et mettait un terme à ses prestations temporaires au 30 avril 2022. En revanche, en tenant compte uniquement des lésions orthopédiques à la main droite, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 1 kg et pas d'utilisation de la main en force, en particulier pour tirer ou repousser des objets). Aussi, après comparaison des revenus de valide et d'invalidé, un taux d'invalidité de 22% avait été mis en évidence. Le gain assuré

avait été fixé à CHF 28'790.25, de sorte que la rente annuelle s'élevait à CHF 5'067.10 (soit CHF 28'790.25 x 80% x 22%). Du 1^{er} mai au 14 août 2022, les rentes étaient compensées avec les indemnités journalières versées pour la même période, la Zurich renonçant au remboursement de la différence entre les indemnités journalières versées et les rentes octroyées pour cette période. Les oppositions étaient rejetées pour le surplus et la cause était renvoyée à l'instance précédente pour établir le décompte rétroactif de rente. Un éventuel recours ne déploierait pas d'effet suspensif.

B. a. Par acte du 23 février 2024, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à ce qu'une rente d'invalidité mensuelle d'un montant de CHF 4'556.50 dès le 1^{er} septembre 2020 lui soit allouée, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 88'920.-. Préalablement, elle demandait la restitution de l'effet suspensif de son recours.

b. Invitée à se déterminer d'abord sur la demande de restitution de l'effet suspensif, l'intimée a conclu à son rejet par pli du 19 mars 2024.

c. Par mémoire-réponse du 26 mars 2024, l'intimée a conclu également au rejet de l'entier du recours.

d. Par arrêt incident du 11 avril 2024 (ATAS/235/2024), la chambre de céans a refusé la demande de restitution de l'effet suspensif déposée par la recourante.

e. Le 17 mai 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

f. Par ordonnance du 19 novembre 2024, la chambre de céans a requis l'apport du dossier de l'OAI concernant la recourante. Cet office a déféré à cette requête le 25 novembre 2024.

Il ressort du dossier de l'OAI que celui-ci estimait que dès le mois de mai 2020, la capacité de travail de la recourante était de 100% dans une activité adaptée mais que, dès lors que son service de réadaptation professionnelle considérait que la capacité de travail résiduelle ne pouvait actuellement pas être mise en valeur sur le marché du travail équilibré, le droit à une rente entière était ouvert.

g. Après avoir transmis copie de cette écriture à la recourante, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit à la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en lien avec les suites de l'accident du 29 janvier 2019 ayant atteint la main droite de la recourante.

3.

3.1 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'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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.

Les prestations que l'assureur-accidents doit le cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

3.2 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

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 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 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 ; 115 V 403 consid. 5c/aa).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne

de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

3.3 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit ainsi en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions

concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2). L'évaluation de l'invalidité s'effectue en effet à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part. Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1).

Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

3.4 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher

l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

3.5 Conformément à l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA).

Cette indemnité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). Son évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], 3^e éd. 2016, n° 317 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence contenue à l'art. 25 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3 1^{ère} phr.). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.2).

3.6 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

4. En l'espèce, on rappellera que, par la décision litigieuse du 23 janvier 2024, l'intimée a mis un terme à ses prestations temporaires (indemnités journalières et frais de traitement) au 30 avril 2022, a retenu une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles – exclusivement consécutives aux atteintes subies à la main droite par la recourante lors de l'évènement accidentel du 29 janvier 2022 –, déterminé le

taux d'invalidité à 22% et admis, en conséquence, un droit à la rente – correspondant au même taux – dès le 1^{er} mai 2022, ainsi qu'un droit à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 30%. En outre, pour le calcul de la rente, elle a fixé le gain assuré à CHF 28'790.25.

Dans un premier grief, la recourante conteste la manière dont son droit à la rente a été établi par l'intimée, faisant valoir qu'il y a lieu de tenir compte de ses troubles psychiques, lesquels, selon elle, seraient en lien de causalité avec l'évènement accidentel en cause, pour évaluer sa capacité de travail et son taux d'invalidité.

Dans un deuxième grief, elle conteste le montant de son gain assuré tel que fixé par l'intimée.

Enfin, elle remet en cause le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée, estimant qu'il aurait dû être fixé à 60% de son gain assuré.

5.

5.1 Il convient, dans un premier temps, de déterminer quels sont les répercussions sur la capacité de travail des atteintes en lien de causalité naturelle avec l'accident en cause.

D'emblée, la chambre de céans relève qu'il est superflu d'examiner si les troubles psychiques invoqués par la recourante sont en lien de causalité naturelle avec l'accident et leurs répercussions sur la capacité de travail, puisque – comme il sera démontré dans les développements ci-après (consid. 6) – la condition du lien de causalité adéquate n'est pas remplie et, ainsi, seuls les conséquences des atteintes somatiques à la main droite peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance-accident.

Il sied donc de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, au regard de ses seuls troubles physiques à la main droite.

En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur le volet orthopédique du rapport d'expertise bidisciplinaire du 15 juillet 2022 du G_____, réalisé par le Dr E_____, lequel estime que la recourante présente, sur le plan strictement orthopédique, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Aussi faut-il vérifier la valeur probante de ce volet du rapport d'expertise.

Force est de constater que sur le plan formel, il remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

En effet, l'appréciation du Dr E_____ repose sur une étude complète du dossier et a été établie à l'issue d'un examen clinique de la recourante, lors duquel il l'a interrogée sur ses plaintes. Il a procédé à un rappel anamnestique et recueilli les déclarations de la recourante. Il a posé des diagnostics en évaluant leur impact sur la capacité de travail de façon claire et motivée. Enfin, il répond de manière précise et complète aux questions qui lui ont été soumises dans le cadre de son

mandat d'expertise. Son rapport est exempt de lacune ou de contradiction qui mettrait en cause sa pertinence.

Après avoir réalisé un examen circonstancié de l'hémicorps supérieur de la recourante, l'expert pose, concernant la main droite, les diagnostics suivants :

- Le 29 janvier 2019 : une fracture ouverte Gustillo stade II de la base de la première phalange de l'annulaire (P1 D4) traitée par ostéosynthèse, une fracture fermée de la base de la première phalange de l'auriculaire (P1 D5) traitée par ostéosynthèse, une fracture sous-capitale du cinquième métacarpien, la révision d'une plaie palmaire de 4 cm en zone 2 et 3 des rayons 2, 3 et 4 et la révision d'une plaie ulnaire du pouce (D1) en zone 2.
- Le 13 novembre 2019 : l'ablation du matériel d'ostéosynthèse des quatrième et cinquième doigts et une plastie d'ouverture de la première commissure, en Z.
- En mars 2020 : un syndrome douloureux régional complexe, qui ne se présentait toutefois plus à l'examen clinique de l'expertise en avril 2022.
- Le 29 janvier 2021 : une plastie en Z pour ouverture de la première commissure et, sans rapport avec l'évènement accidentel, une cure de doigt à ressort du pouce.

Il explique en particulier qu'au jour de l'expertise, à l'exception du syndrome douloureux régional complexe qui n'était plus constaté à l'examen clinique et du doigt à ressort, les diagnostics avaient un impact sur la capacité de travail de la recourante. Selon le Dr E_____, aucun traitement complémentaire n'est à même d'améliorer les capacités fonctionnelles de la main droite de la recourante, tout au plus, un traitement conservateur, par ergothérapie pour maintenir les fonctions résiduelles et antalgiques contre les douleurs chroniques. Les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin, concernant la main droite, sont les suivantes : pas de port de charges supérieures à 1 kg, pas d'utilisation de la main en force, en particulier pour tirer ou repousser des objets, pas de mouvements répétitifs en flexion/extension des doigts ni en opposition répétitive du pouce, pas d'activité nécessitant un geste rapide de la main droite. L'expert précise que l'activité adaptée doit correspondre à des travaux légers, utilisant la main droite pour des tâches fines comme par exemple l'utilisation d'une souris d'ordinateur, et que la manipulation d'objets et le port de poids, comme des travaux de nettoyage ou des travaux lourds, sont à proscrire.

S'agissant de la question de l'atteinte à l'intégrité, il considère que dans le cas de la recourante, il existe une perte totale des capacités fonctionnelles de la main droite pour les travaux lourds et une perte de 50% pour les travaux fins. Il retient ainsi que la recourante présente une atteinte à l'intégrité correspondant au trois quart d'une perte totale de la main et que, dès lors que l'annexe 3 de l'OLAA prévoit que la perte complète d'une main correspond à une atteinte à l'intégrité de 40%, la recourante subi une atteinte à l'intégrité d'un taux de 30%.

La chambre de céans constate que l'expertise orthopédique est bien motivée et convaincante.

En outre, il n'existe aucun rapport d'un autre médecin qui susciterait des doutes sur les conclusions du Dr E_____. En effet, aucun médecin traitant n'a formellement exclu la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. La Dre D_____, se contente d'indiquer que l'OAI a reconnu à la recourante une incapacité de travail totale dans toute activité et octroyé une rente entière. En outre, ce médecin ne se prononce pas exclusivement sur les conséquences des atteintes somatiques, se référant à l'état de santé général de la recourante. Quant aux autres médecins traitants, sous réserve des psychiatres dont l'avis n'est pas pertinent en l'espèce, leurs rapports sont antérieurs à l'expertise du Dr E_____ et, quoi qu'il en soit, aucun de ces médecins ne se prononcent expressément sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

S'agissant de l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il convient également, en ce qui concerne toujours les atteintes somatiques, de se référer aux conclusions de l'expertise, soit de confirmer un taux de 30%. La recourante n'amène pas d'élément médical concret mettant en doute l'appréciation du Dr E_____ à ce sujet et la chambre de céans ne dispose d'aucun élément d'ordre médical qui justifierait de s'écarter de l'évaluation de l'expert. Or, on rappellera que la détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une question médicale. Quant aux troubles psychiques, comme on l'a relevé en préambule, ils n'ont pas à être pris en compte.

La chambre de céans n'a ainsi aucun motif de s'éloigner des conclusions du Dr E_____, lesquelles doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.2 Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante présente, à tout le moins depuis avril 2022, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, proscrivant le port de charges supérieures à 1 kg, l'utilisation de la main en force, en particulier pour tirer ou repousser des objets, les mouvements répétitifs en flexion/extension des doigts ni en opposition répétitive du pouce et les activités nécessitant un geste rapide de la main droite. En outre, il sied de confirmer le taux de 30% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En revanche, la chambre de céans constate qu'en établissant le montant de cette indemnité sur la base du montant maximum du gain assuré (CHF 148'200.- ; cf. art. 22 al. 1 OLAA), l'intimée a retenu le chiffre de CHF 44'450.- au lieu de CHF 44'460.- (30% de CHF 148'200.-). Il conviendra ainsi de rectifier cette erreur.

- 6.** S'agissant ensuite de la condition de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'évènement accidentel, il sied de relever ce qui suit.

6.1 En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, 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, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. 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 (*cf.* ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 3.2 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb).

Selon la jurisprudence, pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories prévues par la jurisprudence, il faut uniquement se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.2 ; 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1 et les références).

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes :

l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 233/95 du 13 juin 1996 consid. 3), ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 280/97 du 23 mars 1999 consid. 2b).

En revanche, n'ont pas été jugés comme étant de gravité moyenne à la limite supérieure l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/94 du 14 novembre 1996 consid. 2b), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une machine à scier entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 25/99 du 22 novembre 2001 consid. 4c). Il en est allé de même de l'accident subi par un assuré dont la main droite avait été entraînée dans une ébavureuse avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.4), de celui dont a été victime un menuisier en se coupant avec une fraiseuse avec pour conséquence des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1), de celui ayant occasionné des sections des tendons fléchisseurs et des nerfs collatéraux de l'index et du majeur gauches à un travailleur blessé par une perceuse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7), ainsi que de celui subi par une employée de nettoyage qui avait reçu sur le poignet droit une meuleuse à disque qu'un ouvrier avait laissé échapper du deuxième étage, avec pour résultat un œdème face dorsale et une dermabrasion de la main droite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 7).

6.2 En l'espèce, la recourante s'est blessée à la main droite, avec un pétrin de boulangerie, alors qu'elle tentait de récupérer un objet tombé à l'intérieur dudit pétrin. À la suite de cet accident, elle a présenté un traumatisme complexe de la main droite, composé d'une fracture ouverte Gustillo stade II de la base de la première phalange de l'annulaire (P1 D4), d'une fracture fermée de la base de la première phalange de l'auriculaire (P1 D5), d'une fracture sous-capitale du cinquième métacarpien, d'une plaie palmaire d'environ 4 cm en zone 2-3 des rayons 2-3-4 et d'une plaie face ulnaire du pouce (D1) en zone 2. Les différents rapports des médecins au dossier ne permettent pas de déterminer les forces en jeu lors de l'accident et au vu de la casuistique présentée précédemment, on doit

retenir que les forces mises sur la main droite de la recourante au moment de l'accident étaient d'importance moyenne. Aussi, l'accident de la recourante du 29 janvier 2019 doit être qualifié d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*. Il faut ainsi un cumul de trois critères sur les sept dégagés par la jurisprudence, ou que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante, pour admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident subi par la recourante et ses troubles psychiques.

La recourante soutient que tous les critères seraient réunis, à l'exception de celui des erreurs dans le traitement médical.

Il sied donc de procéder à l'examen de ces critères.

6.2.1 S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce critère repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C_613/2019 précité consid. 6.4.1 et les références).

Le caractère impressionnant de l'accident a été admis dans des cas de blessures à la main par des machines ayant occasionné des amputations ou des mutilations. Il en fut ainsi dans le cas d'un travailleur dont la main avait été entraînée dans une ébavureuse avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 précité consid. 5.2), ainsi que dans celui d'un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse avec comme conséquence l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 280/97 précité consid. 2b/bb). Tel a aussi été le cas s'agissant d'un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie et qui avait subi une amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 233/95 précité consid. 3c), ou encore d'un menuisier s'étant coupé avec une fraiseuse avec pour résultat des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 consid. 4.2.1). Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'a en revanche pas été retenu dans d'autres cas de blessures à la main par des machines ayant pour certaines entraîné des amputations. Il s'agissait notamment d'un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de

l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/94 précité consid. 2b/aa et bb), ainsi que d'un aide-serrurier dont la blessure avec une machine à scier avait entraîné l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b). Il en est allé de même dans le cas d'un travailleur victime de multiples lésions à une main après un accident avec une fraiseuse à bois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 19/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.1), dans le cas d'un aide-monteur qui s'était blessé sérieusement à la main gauche en coupant une charpente avec une meuleuse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.3), et dans celui d'un machiniste dont la main gauche avait été sérieusement blessée après avoir été entraînée dans un appareil de laminage, l'intéressé ayant évité une atteinte à l'entier de son bras après avoir pu éteindre l'appareil de sa main droite (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 82/00 du 22 avril 2002 consid. 3.2.1).

En l'espèce, les blessures subies par la recourante n'ont entraîné aucune amputation, même si les limitations fonctionnelles de sa main droite sont importantes. En outre, bien que l'on puisse reconnaître que l'accident ait eu un caractère impressionnant, voire angoissant pour la recourante, il ne ressort pas du dossier que sa vie aurait été en danger. Les circonstances de l'accident, à savoir la peur de rester handicapée, une hospitalisation immédiate et un état général impressionnant de sa main ne permettent pas non plus de retenir la réalisation du critère litigieux, de telles manifestations ne sortant pas de l'ordinaire en cas d'accident du type de celui vécu par la recourante. Ce critère doit donc également être nié.

6.2.2 Pour que le critère des douleurs physiques persistantes soit rempli, il est nécessaire que celles-ci aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 4.4.1). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 4.2.7).

Ce critère a été admis par l'intimée, sans qu'il se soit pour autant manifesté de manière particulièrement marquante. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

6.2.3 En ce qui concerne l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, il convient de préciser que ces deux aspects ne doivent pas être remplis de manière cumulative. Il doit toutefois exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêts 8C_613/2019 précité consid. 6.4.3 ; 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.5 et les références). La prise de nombreux médicaments et la poursuite de diverses thérapies ne suffisent pas à admettre le critère en cause

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.7 et les références).

En l'occurrence, la recourante a subi une première intervention chirurgicale le jour même de son accident et une deuxième interventions le lendemain, lesquelles se sont déroulées sans complications, sans pour autant faire disparaître les douleurs ressenties et la perte d'amplitude de la mobilité des doigts. Une troisième opération s'est avérée nécessaire quelques mois plus tard pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, ainsi que pour la prise en charge de la rétraction cicatricielle avec des plasties d'élargissement au niveau de la première commissure. Cette intervention s'est également bien déroulée. Une quatrième et dernière intervention chirurgicale à la main droite a dû être réalisée en lien, cette fois-ci, avec un diagnostic de doigt à ressort au niveau du pouce, en plus d'une nouvelle prise en charge de la rétraction cicatricielle. Au vu de la complexité des blessures à la main droite, le fait qu'elle ait dû se soumettre à quatre opérations – lesquelles se sont déroulées sans complications – n'apparaît pas suffisant pour admettre l'apparition de difficultés en cours de guérison ou de complications importantes. La persistance des douleurs et la poursuite des traitements conservatoires et de certaines thérapies ne suffisent pas non plus. À titre de comparaison, le critère litigieux a été nié dans un cas où la reconstruction du dos de la main d'un assuré avait nécessité cinq interventions chirurgicales (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 consid. 5.4 *in fine*). Le critère en cause doit donc être nié.

6.2.4 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). En outre, 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_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 précité consid. 5.3 ; U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 *in RAMA* 2005 n. U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré dix-huit mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis

lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

En l'espèce, ensuite de son accident, la recourante a subi quatre opérations les 29 et 30 janvier 2019, 13 novembre 2019 et 19 janvier 2021, qui n'ont pas nécessité une longue hospitalisation. Pour le reste, le traitement médical a été purement conservateur (prise d'antalgiques, physiothérapie, ergothérapie). Ce critère n'est donc pas non plus rempli (pour des cas similaires : arrêts du Tribunal fédéral 8C_816/2021 précité consid. 5.3.3 ; 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7.1 ; 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.2.2).

6.2.5 En ce qui concerne le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 et la référence).

En l'espèce, comme constaté précédemment, l'expert orthopédiste, dont l'évaluation a pleine valeur probante, parvient à la conclusion que la capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée, à tout le moins, depuis avril 2022. Ce critère doit donc également être exclu.

6.2.6 Le point de savoir si le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques est satisfait peut rester indéterminé, dès lors que son éventuelle admission ne conduirait qu'à la reconnaissance de deux critères sur sept, ce qui est insuffisant en l'espèce pour admettre le lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et les troubles psychiques, étant précisé que la recourante ne prétend pas que le critère en question se serait manifesté de manière particulièrement marquante.

6.3 Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a nié le lien de causalité adéquate entre l'accident du 29 janvier 2019 et les troubles psychiques de la recourante. Les griefs de cette dernière à ce propos s'avèrent mal fondés.

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents en raison des troubles psychiques, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1), comme en l'espèce. Par conséquent, tant le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 15 juillet 2022 du G_____, que le rapport d'expertise psychiatrique privée du 18 octobre 2022 établi par le Dr H_____, dans lesquels il est mentionné que les troubles psychiatriques de la recourante sont liés à l'accident, ne sont pas pertinents.

7. S'agissant ensuite du calcul en tant que tel du degré d'invalidité réalisé par l'intimée, il n'est pas critiqué par la recourante. Il n'y a ainsi pas lieu d'y revenir.

On précisera néanmoins que la reconnaissance par l'assurance-invalidité d'un degré d'invalidité de 100% (cf. décision du 4 février 2021) n'a pas d'incidence sur la présente cause. En effet, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références). Or, l'accident n'est pas en relation de causalité adéquate avec les troubles psychiques. Aussi, l'intimée ne répond-elle que des troubles dont l'assurée souffre au niveau de la main droite, contrairement à l'assurance-invalidité. De surcroît, on soulignera que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).

8. Enfin, il convient de se prononcer sur le gain assuré de la recourante.

8.1 Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (cf. art. 15 al. 2 LAA).

Ainsi, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2, 2^e phr., LAA).

Le gain assuré représente le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, avec un certain nombre de dérogations énumérée à l'art. 22 al. 2 OLAA : font ainsi partie du gain assuré, les salaires non soumis aux cotisations de l'AVS en raison de l'âge de l'assuré (let. a), diverses allocations familiales (let. b), pour les membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, les associés, les actionnaires ou les membres de sociétés coopératives, il est au moins tenu compte du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux (let. c) et les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprises ou en des circonstances analogues, ne sont pas prises en compte (let. d).

L'art. 22 OLAA, qui est la disposition générale en matière de calcul du gain assuré, pose, à son al. 4, plusieurs règles pour le calcul des rentes.

Les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou de plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 4, 1^{ère} phr., OLAA).

Sont déterminants le rapport de travail et les circonstances salariales qui existaient au moment de l'événement accidentel assuré, sans tenir compte des modifications du salaire qui seraient éventuellement intervenues sans l'accident. Ainsi, seules les gratifications auxquelles avait droit l'assuré au moment de l'accident sont prises en considération, de simples expectatives ne suffisant pas. De même, il est

tenu compte des allocations pour enfant dans la mesure où elles étaient dues par l'employeur le mois au cours duquel a eu lieu l'accident (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in SBVR, op. cit.*, n° 182).

En outre, si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (art. 22 al. 4, 2^e phr. OLAA).

Cette règle, par laquelle on présume que l'assuré aurait travaillé toute l'année aux mêmes conditions, a pour but de combler les lacunes de salaire, du point de vue temporel, résultant du fait que la personne assurée n'a pas perçu de salaire pendant toute l'année précédant l'accident. Elle n'est pas seulement applicable quand les rapports de travail ont duré moins d'une année avant l'accident, par exemple en raison d'un changement d'activité ou d'une reprise de travail. Elle vaut aussi quand l'assuré a obtenu un congé non payé durant l'année qui a précédé l'accident. En effet, le travailleur qui n'effectue pas son activité usuelle du point de vue temporel pendant une période limitée a droit à la conversion en gain annuel, parce qu'il y a lieu de se fonder sur la durée d'activité normale, telle qu'elle ressort des rapports de travail existant jusque-là ou envisagés pour le futur. En ce qui concerne l'évolution future, la volonté de l'assuré d'exercer à l'avenir une activité lucrative durant toute l'année doit être établie par des dispositions concrètes prises avant l'accident, l'ensemble des données tant personnelles, familiales, économiques que professionnelles devant être prises en compte ; la conversion d'un permis saisonnier en un permis de séjour annuel constitue un indice en faveur de rapports de travail envisagés pendant toute l'année, mais ne suffit pas pour l'application de l'art. 22 al. 4 2^e phr., à la place de l'al. 4 3^e phr. OLAA qui prévoit qu'en cas d'activité prévue initialement pour une durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue, pour autant que le plan de carrière actuel ou prévu de l'assuré n'envisage pas pour la suite une autre durée normale de l'activité. Par ailleurs, les allocations pour enfant dues par l'employeur sont converties en revenu annuel, même si le rapport de travail n'a duré qu'un mois (*cf.* FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in SBVR, op. cit.*, n° 182).

Conformément à la délégation de l'art. 15 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a promulgué des dispositions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, pour les rentes, à l'art. 24 OLAA. Cette disposition a pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident, lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (*cf.* FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in SBVR, op. cit.*, n° 183).

L'art. 24 al. 1 OLAA prévoit que, si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités.

Cette disposition vise les situations dans lesquelles l'assuré a subi, durant l'année de référence, une perte de salaire en raison de l'une des éventualités énumérées (ATF 137 V 405 consid. 4.4). En d'autres termes, le but de cette disposition consiste à prévoir une réglementation spéciale en faveur des assurés qui, pour une période déterminée, sont privés d'une moyenne constante de temps de travail en raison d'un événement empêchant de manière involontaire la « durée normale du travail » (ATF 114 V 113 consid. 3a).

Ainsi, lorsqu'un assuré subit un accident alors qu'il a dans l'année précédente repris une nouvelle activité lucrative après une période de chômage, dans un poste dans lequel il perçoit un revenu inférieur à celui qu'il avait obtenu pour l'activité exécutée avant le chômage, il y a lieu de tenir compte de la diminution provisoire du salaire due au chômage. Le gain assuré doit être déterminé en fonction du revenu réalisé avant le chômage pour la période courant jusqu'au terme de celui-ci, ainsi que du salaire obtenu dans la nouvelle activité à partir du début des relations de travail correspondantes. Dès ce moment, le revenu de l'intéressé n'est plus diminué à cause du chômage (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* SBVR, *op. cit.*, n° 188 et les références).

8.2 En l'espèce, l'intimée a déterminé le revenu assuré pour le calcul de la rente, en se fondant sur la période de référence d'une année du 30 janvier 2018 au 29 janvier 2019. Elle a distingué, en application de l'art. 24 al. 1 OLAA, la période du 30 janvier au 24 octobre 2018, de celle du 25 octobre 2018 au 29 janvier 2019. Pour la première période (du 30 janvier au 24 octobre 2018), elle estime qu'il convient de tenir compte du revenu réalisé par la recourante avant la période de chômage, soit un revenu de CHF 1'881.75 perçu de janvier à mars 2017, qui une fois annualisé et adapté à l'évolution des salaires pour 2018 et au *prorata* du nombre de jours de la première période, soit 268 jours, s'élève au montant de CHF 5'554.30. Pour la seconde période (du 25 octobre 2018 au 29 janvier 2019), elle a tenu compte des gains réalisés auprès de sa dernière employeuse, conformément aux fiches de salaire établies, soit au total CHF 13'635.95. Elle a ensuite additionné ces deux montants et ajouté les allocations familiales annualisées, soit CHF 9'600.-, pour fixer le gain assuré total à CHF 28'790.25.

La recourante conteste ce montant.

Préalablement, la chambre de céans relèvera que pour déterminer le gain assuré pour le calcul de la rente, il convient, en application de l'art. 22 al. 4 1^{ère} phr., OLAA, de tenir compte de la période de référence courant du 29 janvier 2018 au 28 janvier 2019, soit l'année qui a précédé l'accident du 29 janvier 2019, et non du 30 janvier 2018 au 29 janvier 2019 comme retenu par l'intimée.

Afin de déterminer la méthode à appliquer pour l'établissement du gain assuré, il convient d'examiner la situation de la recourante durant cette période du 29 janvier 2018 au 28 janvier 2019.

En l'occurrence, il ressort de l'extrait du compte individuel de la recourante, figurant au dossier, que celle-ci était effectivement au chômage au début de la période de référence, puisqu'elle a perçu des indemnités de chômage d'avril 2017 à mai 2018, étant précisé qu'entre juin et septembre 2018, elle n'a plus perçu aucune indemnité ni revenu. Toujours selon l'extrait du compte individuel, le dernier gain réalisé par la recourante avant cette période de chômage, s'est élevé au total à CHF 1'881.- pour les mois de janvier à mars 2017 et le premier gain réalisé après ce chômage s'est élevé au total à CHF 5'550.- pour les mois d'octobre à décembre 2018.

Ensuite, selon le contrat de travail du 25 octobre 2018, versé à la procédure, la recourante a commencé à travailler pour l'employeuse dès cette même date, dans le cadre d'un contrat de durée indéterminée et pour un revenu mensuel fixé à CHF 4'500.-, versé treize fois l'an, ce qui est d'ailleurs confirmé par la déclaration d'accident du 17 avril 2019 – figurant au dossier –, annonçant l'évènement accidentel du 29 janvier 2019.

En outre, il ressort des fiches de salaires de la recourante des mois d'octobre 2018 à janvier 2019, établies par l'employeuse et versées à la procédure, ce qui suit :

- Selon la fiche d'octobre 2018, la recourante a perçu un salaire mensuel brut de CHF 1'050.- pour la période de travail du 25 au 31 octobre 2018.
- Selon la fiche de novembre 2018, la recourante a perçu un salaire mensuel brut de CHF 3'402.75 pour la période de travail du 1^{er} au 23 novembre 2018 et de CHF 260.40 à titre de « salaire carence maladie/accident (2 jours) » et elle a également touché des indemnités accident de CHF 591.80 pour la période du 26 au 30 novembre 2018.
- Selon la fiche de décembre 2018, la recourante a perçu CHF 837.15 à titre de treizième salaire, ainsi que des indemnités accident de CHF 3'669.15 pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2018.
- Selon la fiche de janvier 2019, la recourante a touché des indemnités accident de CHF 3'640.- pour la période du 1^{er} au 28 janvier 2019, un salaire mensuel brut de CHF 162.50 pour sa journée de travail du 29 janvier 2019 et CHF 286.- à titre de « salaire en cas d'accident » pour la période du 30 au 31 janvier 2019.

Force est de constater d'abord que si la recourante a bel et bien subi une période de chômage au cours de l'année qui a précédé l'accident du 29 janvier 2019, cet accident est survenu alors qu'elle avait recommencé à travailler, que ce travail était prévu pour une durée indéterminée et que le salaire était supérieur à celui qu'elle avait touché avant la période de chômage.

Dans ces circonstances et malgré la période de chômage, il n'y avait pas lieu de tenir compte du revenu de la recourante avant son chômage. On rappellera que les règles spéciales de l'art. 24 OLAA ont pour but d'atténuer la rigueur de la règle

générale de l'art. 22 OLAA d'établissement du gain assuré et, qu'en cas de chômage, l'art. 24 al. 1 OLAA ne s'applique que si le revenu réalisé à la suite de la période de chômage est inférieur à celui obtenu pour l'activité exécutée avant le chômage, ce qui n'est manifestement pas le cas de la recourante.

Ainsi, la méthode appliquée par l'intimée pour déterminer le gain assuré de la recourante ne peut être suivie.

En revanche, dans le cas de la recourante, la question de l'application de l'art. 24 al. 1 OLAA se pose pour un autre motif, puisqu'il ressort de ses fiches de salaire des mois de novembre 2018 à janvier 2019, qu'elle a perçu des indemnités journalières accident. Ces indemnités, bien que soumises à cotisations, ne sont pas du salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS (*cf.* art. 6 al. 2 let. b RAVS), ni une des dérogations énumérées à l'art. 22 al. 2 OLAA. Le salaire de la recourante a ainsi été réduit par suite d'accident et il convient, conformément à l'art. 24 al. 1 OLAA, de tenir compte du gain qu'elle aurait reçu sans la survenance de cette éventualité.

En conséquence, on retiendra le salaire qu'elle aurait dû recevoir, soit les CHF 4'500.- mensuels versés treize fois l'an prévu contractuellement et confirmé dans la déclaration d'accident du 17 avril 2019, qu'il convient d'annualiser, en application de la règle générale de l'art. 22 al. 4 2^e phr. OLAA, puisque les rapports de travail avec l'employeuse sont les seuls que la recourante a eu durant la période de référence d'une année et que ceux-ci ont duré moins d'une année. On rappellera qu'au moment de son accident, la recourante était sous contrat de durée indéterminé et que les relations de travail étaient en principe vouées à durer dans le futur, de sorte que la conversion en gain annuel se justifie. On parvient donc à un gain annuel de CHF 58'500.-, auquel il faut ajouter les allocations familiales auxquelles la recourante avaient droit en faveur de ses deux enfants, qui, annualisées, s'élèvent à CHF 9'600.- (CHF 400.- x 2 x 12). Ainsi, au total le gain assuré de la recourante s'élève à CHF 68'100.-.

Partant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à un nouveau calcul de la rente complémentaire d'invalidité, en tenant compte de ce montant à titre de gain assuré.

9. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 23 janvier 2024 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 23 janvier 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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