

FR_GERICHTE 605 2020 199 vom 13. September 2021

FR Kantonsgericht, 2021-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_199

FR: FR_GERICHTE 605 2020 199 du 13 septembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 199 del 13 settembre 2021

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2020 199 Arrêt du 13 septembre 2021 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse : Maude Favarger Parties A. _____, recourant, représenté par Me Jacy Pillonel, avocate contre SUVA, autorité intimée, représenté par Me Antoine Schöni, avocat Objet Assurance-accidents – rente d’invalidité – indemnité pour atteinte à l’intégrité Recours du 28 septembre 2020 contre la décision sur opposition du 26 août 2020 Tribunal cantonal TC Page 2 de 15 considérant en fait A. A. _____, né en 1970, sans formation professionnelle, était employé par la société B. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA. Le 29 juin 2012, il a été victime d’un accident professionnel en tombant d’une échelle, ce qui lui a provoqué une luxation de l’os lunaire du poignet gauche. B. Depuis le 19 septembre 2016, il a travaillé en tant qu’isoleur pour l’entreprise C. _____ SA, à D. _____, par l’intermédiaire de l’entreprise temporaire E. _____ SA, à D. _____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA. Il a été victime d’un deuxième accident le 21 septembre 2016. Il est tombé dans les escaliers et a subi une entorse bénigne du ligament collatéral médial du genou gauche (ligaments déchirés), une contusion du poignet gauche (ligaments déchirés) et une contracture musculaire para-cervicale droite. La SUVA a pris le cas en charge. C. Le 27 octobre 2016, il a bénéficié d’une arthrodèse du poignet gauche avec une greffe spongieuse du bassin ipsilatéral en raison de la luxation chronique de l’os semi-lunaire de 2012 et d’un complex regional pain syndrome (CRPS). Le patient est toujours suivi en ergothérapie pour une désensibilisation du poignet. Après consolidation de l’arthrodèse et comme la plaque gênait les tendons extenseurs des doigts, il a été procédé à une ablation du matériel d’arthrodèse. Il a été vu par le médecin d’arrondissement de la SUVA, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, le 7 juin 2018. Ce dernier a retenu que l’assuré présentait des signes de syndrome douloureux régional complexe (SDRC), appelé aussi complex regional pain syndrom (CRPS) en anglais et que, dans l’état actuel, il était impensable qu’il reprenne son activité professionnelle habituelle. Ce médecin a proposé un séjour à G. _____, à H. _____, pour une prise en charge stationnaire pluridisciplinaire. Ce séjour n’a pas permis d’évolution significative. Par la suite, le Dr F. _____ a retenu que la situation ne pouvait pas encore être considérée comme stabilisée et il a proposé la poursuite des séances d’ergothérapie. Le Dr F. _____, après avoir revu l’assuré, a rédigé un rapport d’examen final le 17 février 2020. Dans ce rapport, il a relevé que la situation pouvait être considérée

comme stabilisée du point de vue médico-asséculoologique. En lien avec les seules suites organiques objectivables des événements du 29 juin 2012 et du 21 septembre 2016, le médecin d'arrondissement a déterminé l'exigibilité et a précisé que l'ancienne activité de l'assuré dans l'isolation, l'anti-feu et la peinture ne correspondait pas aux limitations retenues, à savoir pas de port répété de charges supérieures à 5- 10 kilos de la main gauche, ni sa mise à contribution pour des activités nécessitant de la force de préhension. Dans le cadre d'une appréciation médicale séparée du même jour, le Dr F. _____ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 25%. Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 D. Par décision du 13 mars 2020, confirmée sur opposition le 26 août 2020, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif qu'une diminution notable de la capacité de gain due aux accidents n'existait pas. Par contre, elle lui a fait part qu'elle lui allouait une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 25%. E. A. _____, représenté par Me Pillonel, avocate, interjette un recours de droit administratif auprès de l'Instance de céans le 28 septembre 2020. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 26 août 2020 et à l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 40%. A l'appui de son recours, il conteste pouvoir exercer une activité lucrative, même adaptée à son état de santé avec ses limitations fonctionnelles. Il indique que la SUVA s'est basée en effet uniquement sur les constatations médicales de son médecin d'arrondissement, le Dr F. _____, ignorant totalement les conclusions du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, qui l'a opéré et qui le suit encore régulièrement. Il relève qu'il a besoin d'aide pour toutes ses activités quotidiennes, comme pour se lever ou s'habiller, ou même pour manger. Il voit difficilement, dans ces circonstances, comment il serait capable d'exercer une activité lucrative qui ne solliciterait pas sa main gauche. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il considère que, tenant compte du fait qu'il ne peut pas utiliser sa main gauche et a besoin d'aide dans toutes ses activités quotidiennes, il y a lieu d'appliquer par analogie le taux prévu pour la « perte d'une main », qui s'élève dans ce cas à 40%. Dans ses observations du 23 novembre 2020, la SUVA, désormais représentée par Me Schöni, avocat, conclut au rejet du recours. Elle relève que son médecin d'arrondissement, le Dr F. _____, a rédigé une appréciation médicale le 2 novembre 2020 dans le cadre de laquelle il a notamment précisé que les rapports du Dr I. _____ et de l'ergothérapeute produits par le recourant n'apportaient aucun nouvel élément médical. A l'appui de son appréciation, le Dr F. _____ a mentionné que la situation était stabilisée du point de vue médico-asséculoologique et, en lien avec les seules suites organiques des accidents du 29 juin 2012 et du 21 septembre 2016, il a déterminé l'exigibilité. Aux arguments du recourant qui prétend qu'il présente une incapacité totale de travailler car il serait dans l'impossibilité d'utiliser son membre supérieur gauche, même dans une activité adaptée, la SUVA répond qu'il n'en est rien. En effet, la situation médicale peut être considérée comme stabilisée car elle n'évolue plus et que le médecin traitant ne propose aucun traitement hormis de la rééducation sensitive. De plus, la SUVA, en se basant sur l'opinion de son médecin d'arrondissement ainsi que sur l'avis des médecins de G. _____, est de l'avis que des facteurs non médicaux jouent un rôle important dans le tableau clinique actuel et influencent de manière négative les aptitudes fonctionnelles du recourant. De plus, la SUVA estime qu'il n'y a visiblement aucun changement clinique objectivable depuis au moins avril 2019, voire depuis le séjour à G. _____ en automne 2018. Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures entre les parties. Il sera fait état des arguments développés par

celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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. 2.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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, sans 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 (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 v 286 consid. 1b ; 117 V 369 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5a). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n°U 341 p. 408 s., consid. 3b). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 2.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 117 V 359 consid. 4b). 3. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée ; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 3.1. 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et la référence). 3.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans

invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré 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 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 3.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRESARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 421 par. 286). Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès des diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidé sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. En revanche, si les DPT satisfont aux conditions formelles précitées, la SUVA peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareils cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'ESS (voir arrêt TF 8C_790 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TC 8C_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3). Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 4. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'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 (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA ; SR 832.202]). Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 D'après l'art. 25 LAA, 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 (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive. Il représente une

« règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont 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 de l'annexe). Dans ce cadre, la division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables, qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2 avec les références citées dont notamment ATF 124 V 209 consid. 4a). 5. Que ce soit pour calculer le degré d'invalidité ou évaluer l'importance de l'atteinte à l'intégrité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c). 5.1. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157). 5.2. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGa (ATF

135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). Ainsi, un renvoi à l'autorité intimée demeure possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'alors non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (arrêt TF 8C_956/2011 du 20 juin 2012 consid. 5.3 et la référence citée). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêts TF 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.3.3, 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1, et les références citées). 6. La stabilisation de l'état de santé du recourant au 30 avril 2020 n'est pas contestée. Le litige porte en revanche sur le taux de la rente d'invalidité allouée et sur celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient d'examiner en premier lieu la question de la rente. 6.1. Etat de santé et capacité de travail déterminante 6.1.1. Les atteintes à la santé ont évolué comme suit. Dans le rapport médical de sortie d'hospitalisation du 21 novembre 2016, le Dr I. _____ mentionne sous l'anamnèse personnelle que l'assuré souffre de trouble du comportement notamment de troubles de conduite avec perturbation des émotions, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, consommation continue et pose la question d'un virage maniaque sous antidépresseurs et contracture musculaire paracervicale à droite. Dans un rapport médical subséquent du 2 février 2017, ce médecin précise que le patient doit s'attendre à une évolution sur plusieurs mois après cette luxation péri-lunaire et cette arthrodèse du poignet. Il indique qu'il y a poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie. Dans son rapport d'ergothérapie du 17 mai 2017, l'ergothérapeute J. _____ pose le diagnostic de CRPS selon les critères de Budapest de la branche dorsale du nerf ulnaire gauche avec allodynie mécanique (Stade V de lésions axonales). Il préconise d'arrêter l'ergothérapie générale et de débiter une ergothérapie spécifique à savoir la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques qui a fait ses preuves en particulier pour les CRPS de la main avec allodynie mécanique. En étant pessimiste, il estime qu'il faudra encore cinq mois avant de voir disparaître l'allodynie mécanique et ainsi commencer la rééducation de l'hypoesthésie tactile sous-jacente présumée responsable des douleurs neuropathiques spontanées. Répondant à la question de la SUVA de savoir si les séquelles qui subsistent sont en lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident du 21 septembre 2016 ou avec l'accident de 2012, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr K. _____, répond le Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 21 juin 2017 qu'il s'agit des séquelles de l'accident du 29 juin 2012 mais que le médecin traitant doit encore préciser si effectivement il s'agit d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) comme le décrit le rapport de l'ergothérapeute. L'état définitif d'origine accidentelle retenu est un état consécutif à une arthrodèse du poignet gauche réalisée le 27 octobre 2016, résultant de l'accident survenu en 2012. Pour le moment, la consolidation complète de l'arthrodèse n'est pas assurée et l'évolution durant la première année consécutive à l'opération permettra de juger si la reprise illimitée de l'activité d'isoleur exercée jusqu'à présent est toujours envisageable. Dans son rapport d'ergothérapie sensitive du 19 octobre 2017, l'ergothérapeute J. _____ relève comme suggestions thérapeutiques que premièrement, comme son traitement ne présente pour le patient qu'une solution très lente, toute autre idée est la bienvenue et sera prioritaire, deuxièmement, il propose de poursuivre une ergothérapie spécifique à savoir la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques, même si la régression des mécanismes de sensibilisation est anormalement lente, troisièmement, que la SUVA prenne acte de l'échec de la première tentative de réintégration fonctionnelle et ne tente pas de le réitérer une seconde fois par un séjour à G. _____. Au niveau de la somesthésie,

s'agissant de la branche dorsale du nerf ulnaire gauche, l'allodynie (sévérité des douleurs neuropathiques au toucher) mécanique statique, régresse lentement, mais régresse : l'allodynie est passée de grave à conséquente. D'autre part, l'assuré souffre toujours d'un CRPS. A la demande de la SUVA de prendre position quant au traitement et d'établir une exigibilité et un éventuel droit à une IPAI, le Dr F. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA a rendu son rapport le 7 juin 2018. Il indique que l'assuré présente actuellement des signes de CRPS tant anamnestiquement que cliniquement. Pour ce médecin, bien que le patient précise qu'il y a une légère amélioration des symptômes depuis la prise en charge ergothérapeutique, la situation n'est pas satisfaisante et les progrès après plus d'une année de prise en charge ergothérapeutique sont plutôt modestes. Il relève également que le patient est très centré sur la douleur. Dans l'état actuel, il est impensable que le patient puisse reprendre son activité professionnelle habituelle. En présence d'une arthrodèse du poignet, la reprise d'une activité lourde sur un chantier paraît de toute façon très peu probable et elle est plutôt à déconseiller. Par contre, la reprise d'une activité plus légère devrait a priori être possible à terme. Ce médecin propose une prise en charge stationnaire pluridisciplinaire à G. _____. Dans son rapport médical du 12 juillet 2018, le Dr I. _____ indique qu'il faut s'attendre à ce qu'un dommage demeure, ce dommage étant les douleurs et la perte de mobilité. L'assuré a séjourné à G. _____ du 3 au 23 octobre 2018. Les médecins de G. _____ relèvent que, sur le plan orthopédique, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe que l'on peut retenir sur la base des critères IASP de Budapest paraît être en décours. Le tableau clinique est dominé actuellement par une allodynie de la main et du poignet et une exclusion du membre supérieur gauche. Sur le plan psychiatrique, le psychiatre de G. _____ n'a pas retenu de diagnostic psychopathologique, mais relevé une composante anxieuse importante qui participe à l'ampleur du tableau douloureux et au comportement auto-limitatif. Du point de vue thérapeutique, les mesures de réassurance réitérées ont été mises en place et des thérapies de plus en plus actives sont proposées. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquent en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels (anxiété, catastrophisme, kinésiophobie) probablement entretenus par la mauvaise compréhension du français, influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui s'auto-limite. D'autres facteurs contextuels tels que l'absence de contrat de travail et de qualification reconnue peuvent Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 représenter des barrières à une reprise d'activité. Pendant le séjour, l'assuré a suivi de la physiothérapie, de l'ergothérapie, une prise en charge psychosomatique et des ateliers professionnels. Au terme du séjour, les médecins de G. _____ estiment que, hormis une meilleure utilisation de la main droite lors de l'épreuve monomanuelle, probablement en lien avec une diminution des limitations, il n'y a pas d'évolution significative. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient qui reste centré sur ses douleurs et pas toujours ponctuel. Hormis le fait que le patient sous-estime quelque peu le niveau d'activité qu'il peut réaliser (score au PACT très bas correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis) et des auto-limitations, aucune incohérence n'a été relevée. Aux ateliers professionnels, chez un patient qui reste centré sur les douleurs et adopte un comportement de protection, les activités bi-manuelles ne sont pas réalisées dans une action de travail. Les limitations fonctionnelles provisoires ont été retenues : activités nécessitant des ports répétés de charges supérieures à 5-10 kg ; activités nécessitant des préhensions en force avec la main

gauche non dominante. La situation n'est pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles chez un patient ayant présenté un SDRC qui paraît en décours et actuellement à 8 mois d'une arthrodèse du poignet gauche. Une stabilisation médicale devrait être atteinte à un an de cette intervention. Il va rester limité de son poignet gauche. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus sera limité par des facteurs contextuels chez un patient anxieux qui reste centré sur les douleurs, sans qualification reconnue et ne maîtrisant pas le français. Dans son rapport médical du 3 décembre 2018, l'ergothérapeute J. _____ indique au Dr I. _____ que ce qu'il craignait sur le plan théroci-théorique s'est malheureusement réalisé : la deuxième tentative de réintégration fonctionnelle a de nouveau été un échec cuisant : avant G. _____, ses doigts bougeaient mieux, après G. _____, ses doigts ne peuvent plus bouger : le CRPS a flambé. Heureusement, G. _____ a envoyé l'assuré à la maison après 2 semaines et 4 jours. Selon lui, il n'y a aucune donnée scientifique qui fonderait la réintégration fonctionnelle pour traiter un CRPS avec allodynie mécanique. Il propose donc de poursuivre une ergothérapie spécifique à savoir la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques, même si la régression des mécanismes de sensibilisation est anormalement lente. Dans son rapport médical du 10 décembre 2018, le Dr I. _____ constate qu'après l'ablation du matériel d'arthrodèse au niveau du poignet gauche, le patient a noté une légère diminution de ses douleurs, également le CRPS ne s'était pas ré-inflamé. Depuis la dernière consultation, le patient a été envoyé à la SUVA pour un séjour de réhabilitation, ceci a eu pour effet de ré-enflammer le CPRS, actuellement, la mobilité est nettement moins bonne qu'avant sa rentrée à la SUVA. Ainsi, plus de deux ans après la 1ère intervention, à savoir l'arthrodèse du poignet, et après ablation du matériel d'arthrodèse, le patient est encore très symptomatique. Il présente un CRPS et une allodynie importante au niveau de son poignet gauche. Ainsi, une reprise du travail sur les chantiers lui semble être impossible. Dans ce contexte il demande à l'assurance-invalidité de bien vouloir évaluer le patient pour une rente AI; en plus de son problème au niveau du poignet gauche, le patient présente également des troubles psychologiques qui ont été causés par son incapacité de travail et pour les douleurs chroniques qu'il ressent au niveau de son poignet gauche. Une réinsertion professionnelle lui semble être également difficilement applicable au vu des douleurs que le patient ressent au niveau de son poignet gauche. Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Lors de son examen du 5 avril 2019, le Dr F. _____ constate que, dans l'état actuel, le patient ne peut pas utiliser son membre supérieur gauche pour la moindre activité. Le membre supérieur droit ne rencontre aucune limitation. Il considère que la situation ne peut actuellement pas être considérée comme stabilisée et propose la poursuite des séances d'ergothérapie ainsi que de demander le rapport de la consultation chez le Dr I. _____ prévue le 24 juin 2019. Dès réception de ce rapport, le cas pourra lui être resoumis pour évaluation. Dans son rapport médical du 24 juin 2019, le Dr I. _____ prescrit la poursuite de l'ergothérapie. Il indique que, selon lui, trois ans après l'accident et la première opération, le patient ne va plus pouvoir reprendre une activité professionnelle dans son activité primaire, à savoir peintre. Vu également l'état psychologique de son patient dû à son état physique, il estime que son patient devrait être vu par le médecin d'arrondissement de la SUVA et de l'AI pour examiner s'il pourrait être candidat pour une rente AI. Dans son rapport médical du 2 décembre 2019, le Dr I. _____ relève que son patient mentionne une évolution peu favorable. Il profite bien de la thérapie dans le centre de rééducation

sensitive de l'ergothérapeute J._____. Pour l'instant, on ne touche pas la main, même une application de crème n'est pas tolérée. Le patient a reçu certains médicaments de son médecin de famille : Saroten 50 mg, Oxycodone, Zoldorm, Pregabaline 50%. C'est surtout le Saroten qui l'aide beaucoup. Les douleurs neuropathiques commencent à l'avant-bras distal à hauteur de la cicatrice. On note de légers mouvements des doigts qui sont positionnés en extension, le pouce est adducté en extension. Une palpation n'est pas faite au vu des douleurs. Dans son rapport médical du 28 janvier 2020, l'ergothérapeute considère, sur le plan des soins et même si son pronostic reste réservé, qu'il n'y a pas de raison de cesser sa prise en charge spécialisée : les mécanismes de sensibilisation spinale, supra-spinale et corticale continuent à régresser. Le tronc est maintenant libre et il peut travailler sur trois zones de contre-stimulations médicamenteuses : Th1 et niveaux segmentaires inférieurs, C7 et niveaux segmentaires supérieurs et zone cousine sur le territoire de provenance cutanée du nerf cutané médial du bras, autrement dit, il approche de la face dorsale de la main. Il est en train de restaurer l'inhibition au niveau segmentaire de la moelle épinière entre le système spino-thalamique – nociceptif – de la corne postérieure superficielle et le système lemniscal – tact – de la corne postérieure profonde. Toutefois, l'allodynie de la branche dorsale du nerf ulnaire reste positive. Il conseille de poursuivre les antalgies de fond et en réserve prescrites et gérées par le Dr L._____ et de poursuivre une ergothérapie spécifique, à savoir la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques afin ensuite de diminuer ses dépendances dans la vie quotidienne, supplées actuellement par sa compagne. L'examen final par le médecin d'arrondissement, le Dr F._____, a eu lieu le 13 février 2020 afin de déterminer une exigibilité et une éventuelle IPAI. Ce médecin relève qu'au début l'entretien se déroule dans une ambiance tendue car le patient ne comprend pas pour quelle raison il lui pose des questions par rapport à ses douleurs et ses symptômes puisque tout est écrit dans les rapports du Dr I._____. Il est de ce fait très difficile d'obtenir une anamnèse précise des symptômes actuels. Globalement, les douleurs semblent inchangées par rapport à l'examen du printemps 2019. Le patient signale néanmoins qu'il y a quelques jours, l'antalgie a été augmentée et de ce fait, les douleurs sont peut-être aggravées. Le patient suit un traitement d'ergothérapie une fois par semaine, ce qui lui fait beaucoup de bien, d'après ses dires. Il n'est néanmoins pas capable de préciser ce qu'il entend pas beaucoup de bien, puisque les douleurs sont restées pareilles, voire ont même augmenté, et la mobilité des doigts ne s'est que très peu améliorée selon lui. Le patient se considère Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 clairement inapte pour toute activité professionnelle puisque ses médecins le lui attestent. Il insiste sur le fait qu'il ne faut absolument pas toucher sa main gauche lors de l'examen clinique. Le Dr F._____ se contente donc de mesurer des angles des différentes articulations de la main gauche selon ce que le patient veut bien montrer, tout en évitant soigneusement de toucher toute la main, y compris le poignet à gauche. Le Dr F._____ indique que, du point de vue médical, la situation n'évolue plus depuis de nombreux mois. Le Dr I._____ ne propose plus aucun traitement autre que la rééducation sensitive. Le patient rapporte que, grâce à la thérapie de rééducation sensitive, la mobilité de ses doigts se serait améliorée. Objectivement, ceci n'est pas clairement le cas, en comparant les mesures entre juin 2018, avril 2019 et février 2020. En l'absence de diagnostic nouveau ou d'aggravation structurelle, le Dr F._____ est surpris de l'évolution clinique. Toute mesure au membre supérieur gauche qui implique une participation active du patient donne des résultats moins bons en février 2020 en comparaison avec les examens précédents. Les symptômes rapportés par le patient semblent

s'étendre au membre supérieur gauche, notamment par une diminution progressive des amplitudes du coude, sans qu'une quelconque pathologie structurelle ait été mise en évidence à ce niveau. Un tel élargissement des symptômes ne peut pas être expliqué par un CRPS, plusieurs années après sa survenue. Cette évolution fait suspecter que des facteurs non médicaux jouent un rôle important dans le tableau clinique actuel. Déjà pendant le séjour à G. _____ en octobre 2018 ont été révélés des facteurs contextuels, tels qu'une anxiété, un catastrophisme, une kinésiophobie, des autolimitations, l'absence de contrat de travail, de qualification reconnue, la mauvaise maîtrise du français. Les médecins de G. _____ estimaient que les plaintes et limitations fonctionnelles n'étaient que partiellement expliquées par les lésions objectives. Le patient se considère ouvertement comme une personne invalide à 100%. Il ne bouge plus et mène une vie de plus en plus passive. Entre avril 2019 et février 2020, il a par exemple diminué de moitié la force mesurée au Jamar à la main droite (45 kg contre 23 kg), sans aucune pathologie connue du membre supérieur droit, sous réserve qu'il s'agit d'un examen qui demande une participation active. Du point de vue médico-asséculo-logique, la situation peut être considérée comme stabilisée. Pour les seules suites organiques en lien avec les événements du 29 juin 2012 et du 21 septembre 2016, en résonance avec les conclusions des médecins de G. _____, l'exigibilité peut être déterminée comme suit : le patient peut, dans une activité sans port répété de charges supérieures à 5-10 kg avec le membre supérieur gauche, sans port de charges lourdes avec le membre supérieur gauche, sans activités nécessitant des préhensions en force avec la main gauche non dominante, exercer une activité à la journée entière avec plein rendement. En lien avec les événements qui concernent la Suva, le patient ne présente aucune limitation fonctionnelle au niveau du membre supérieur droit ni aux membres inférieurs. Dans son appréciation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) du 17 février 2020, le Dr F. _____ se réfère à son examen médical du 13 février 2020. Il rappelle que le patient « a subi un traumatisme au poignet gauche depuis 2012 puis à nouveau en 2016. Il a bénéficié par la suite d'une arthrodèse du poignet gauche et le tout s'est compliqué d'un CRPS. Actuellement, le patient n'utilise plus sa main gauche. Il l'exclut de sa vie et de son schéma corporel. Les amplitudes articulaires des doigts diminuent, sans aggravation structurelle et sans nouveau diagnostic. De nombreux facteurs contextuels sont identifiés et des facteurs non médicaux jouent un rôle certain dans le tableau clinique. D'après l'annexe 3 OLAA, une amputation complète d'une main correspond à une IPAI de 40%. Bien que le patient exclût sa main gauche, en présence de facteurs contextuels et non médicaux, nous sommes très loin d'une atteinte aussi grave qu'une amputation de la main. D'après la table n°1 de l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité selon la LAA, un poignet bloqué en extension avec perte de pronation et de supination correspondrait à une IPAI de 25%. Le patient Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 présente un poignet bloqué en position neutre (arthrodèse) et la pro-supination est conservée. Toujours d'après la table 1, une arthrodèse radio-carpienne correspond à une IPAI de 15%, une arthrodèse intra-carpienne à une IPAI de 10%. L'arthrodèse du patient est un mélange entre les deux. En ajoutant des troubles en lien avec un CRPS, et malgré la présence de facteurs contextuels et non médicaux, un taux de 25% sera finalement retenu pour l'atteinte de la main et du poignet gauche ». Dans son rapport médical du 2 mars 2020, le Dr I. _____ relève que l'examen clinique de la main gauche se limite à l'inspection pour ne pas traumatiser et ré-enflammer l'allodynie. Pour ce médecin, il est indéniable que son patient ne peut pas travailler avec sa main gauche. Il note également que la dépression dont souffre le patient limite son travail de manière globale. Il précise que, dans ses activités

de la vie quotidienne, sa compagne l'aide constamment pour s'habiller, pour les soins corporels, dans le ménage, le patient ne peut pas aider non plus. Le Dr I. _____ est ainsi étonné de la décision de la SUVA que son patient puisse travailler avec sa main gauche avec des charges de 5 à 10 kg en évitant les mouvements répétitifs et que son rendement soit normal. Dans son rapport médical du 20 mars 2020, l'ergothérapeute J. _____ répète que le recourant souffre d'un syndrome douloureux régional complexe de Budapest (SDRC), c'est un syndrome effroyable. Les sensations de brûlures cuisantes à l'intérieur du poignet laissent, au petit matin, le recourant épuisé après des nuits sans repos. Le SDRC a un impact sur tout l'organisme : le recourant survit avec de l'Oxycodone (opioïde de palier 3). Déjà, pour cette seule raison, il est inapte au travail. Il souffre également d'une allodynie mécanique (hypersensibilité au toucher) : il se plaint de douleurs qui débordent, rayonnant bien au-delà d'une articulation. Les mécanismes de sensibilisation spinale, supra-spinale et corticale, qui génèrent l'allodynie mécanique et par ricochet le SDRC de Budapest, s'expliquent par une dysfonction du système nerveux somatosensible : l'inhibition entre le système tact et le système douleur est défectueuse. Elle est causée par des lésions des neurofibres A■ de la branche dorsale du nerf ulnaire (sur le dos de la main). Chaque effleurement de sa main provoque des douleurs sur-ajoutées, mais surtout persistent de longues heures après ce toucher pourtant non-douloureux. Ces deux maladies génèrent de nombreuses situations de handicap : pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes. Il ne faut pas oublier que 80% des activités sont bilatérales. Dans son rapport médical du 24 août 2020, le Dr I. _____ confirme que son patient souffre d'un CRPS important avec une invalidité du membre supérieur gauche. Il conseille de réaliser une expertise médicale par un autre spécialiste de la main, par exemple chez la Prof. M. _____ à N. _____. 7.

7.1. La lecture des rapports médicaux compilés ci-dessus fait apparaître tout d'abord que le diagnostic de CRPS consécutif aux accidents de 2012 et 2016 est admis par tous les médecins ayant traité ou examiné l'assuré, y compris par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr F. _____. Selon la littérature médicale, le CRPS est une affection douloureuse caractérisée par des tuméfactions, des troubles de la circulation sanguine et une modification au niveau des bras, des mains, des jambes ou des pieds. Elle se développe au cours du processus de guérison après une blessure ou une intervention chirurgicale. Les causes exactes restent encore largement inconnues. On suppose qu'une réaction excessive du système nerveux lors du processus de guérison joue un rôle dans l'apparition de la maladie du CRPS. Les facteurs psychologiques, comme le stress ou des situations de vie difficiles, sembleraient avoir une influence sur l'apparition de la maladie du CRPS. 7.2. C'est par contre sur les effets de ce CRPS sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré que les avis médicaux divergent. En effet, le Dr F. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel n'a pas pu toucher la main et le poignet gauche de l'assuré en raison du CRPS et des douleurs que cela provoquerait, s'appuie, dans son évaluation finale du 13 février 2020, sur les conclusions des médecins de G. _____ et reprend les limitations fonctionnelles qui avaient été déterminées par elle : pas d'activité avec port de charges répété de plus de 5-10 kg avec le membre supérieur gauche, pas de port de charges lourdes avec le membre supérieur gauche, pas d'activité nécessitant des préhensions en force avec la main gauche non dominante. Avec ces limitations, il estime que l'assuré peut exercer une activité à la journée entière avec un plein rendement. Dans son examen final du 13 février 2020, le Dr F. _____ se dit également surpris de l'évolution clinique. En effet, les symptômes rapportés par le patient semblent s'étendre au membre supérieur gauche, notamment par une diminution progressive des

amplitudes du coude. Cette évolution, sans qu'une quelconque pathologie ait été mise en évidence à ce niveau, lui fait suspecter que des facteurs non médicaux jouent un rôle dans le tableau clinique. En mars 2019, le Dr F._____ s'était d'ailleurs adressé au case manager en charge du cas à la SUVA pour lui demander, en lien avec un prochain examen final, si la SUVA retenait un lien de causalité entre l'événement initial et les problèmes psychiatriques évoqués par le Dr I._____ et non retenus par G._____, pour envisager, cas échéant, un examen conjoint avec le psychiatre d'arrondissement. Le case manager lui avait alors répondu que la SUVA n'intervenait que pour les seuls troubles organiques présentés par l'assuré et qu'ainsi un examen avec le psychiatre d'arrondissement n'avait pas lieu d'être. Il ressort de ce qui précède que le médecin d'arrondissement lui-même s'était interrogé sur le lien possible entre les problèmes psychiatriques présentés par l'assuré et les accidents de 2012 et 2016. Lors du séjour à G._____, les médecins de G._____ avaient considéré, à l'époque, que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé et qu'une stabilisation médicale devrait être atteinte une année après l'arthrodèse du poignet gauche de l'assuré. Les médecins de G._____ avaient également émis des réserves s'agissant de la réinsertion de l'assuré. Ils considéraient que le pronostic de réinsertion était défavorable dans son ancienne activité au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident. S'agissant du pronostic de réinsertion dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ils étaient de l'avis que ce pronostic serait limité par des facteurs contextuels chez un patient anxieux qui reste centré sur ses douleurs, qui n'a pas de qualification reconnue et qui ne maîtrise pas le français. Ils avaient néanmoins relevé qu'étant donné le manque d'intégration du bras gauche dans une action de travail, des réserves considérables devaient être émises quant à l'employabilité de l'assuré dans une activité de production (bimanuelle) et, en fonction de l'évolution, ils indiquaient qu'une réflexion devrait être menée sur les alternatives professionnelles pouvant répondre à la situation de l'assuré. L'appréciation médicale, les suspicions du Dr F._____ et ses conclusions sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré sont contestés par le Dr I._____. Contrairement au Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr I._____ est un spécialiste de la discipline médicale concernée (spécialiste en chirurgie orthopédique et de Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 l'appareil locomoteur et spécialiste en chirurgie de la main), qui connaît au surplus très bien l'assuré puisqu'il l'a opéré avant de le suivre à sa consultation de O._____. L'avis de ce spécialiste est également partagé par l'ergothérapeute J._____ qui suit hebdomadairement l'assuré depuis plus de trois ans à sa consultation d'ergothérapie, rééducation sensitive et qui estime que l'assuré souffre d'un CRPS sévère. Ces deux spécialistes sont convaincus que l'assuré ne peut plus travailler du tout avec sa main gauche. En décembre 2019, le Dr I._____ relève dans un rapport médical que, pour l'instant, il ne touche pas la main de son patient, même une application de crème sur la main de celui-ci n'est pas tolérée. De plus, n'utilisant plus du tout son bras gauche, l'assuré est dépendant de sa compagne pour les activités de la vie quotidienne (prendre une douche, faire les repas, couper les aliments avant de les manger). Ce spécialiste relève en outre que le médecin de famille de l'assuré lui donne des médicaments contre les douleurs et pour l'aider à dormir (Saroten, Oxycodone, Zoldorm, Pregabaline, Pantoprazol). Malgré ces médicaments, l'assuré a de la peine à dormir plus heures d'affilée à cause des douleurs qui le réveillent et le laissent épuisé au petit matin. Quant à l'ergothérapeute J._____, il confirme que son patient ne peut pas se reposer la nuit en raison de ses douleurs et ce, malgré la médication. Il relève aussi que l'Oxycodone est un opioïde de palier 3 et que, pour cette seule raison déjà, l'assuré est inapte au travail. Dans son appréciation finale du 13

février 2020, le Dr F. _____ ne se prononce pas du tout sur l'effet qu'ont les douleurs de l'assuré sur sa capacité résiduelle de travail (pour rappel le diagnostic de CRPS n'est pas contesté) et l'ergothérapeute J. _____ indique que son patient souffre d'un CRPS sévère. Le Dr F. _____ ne se prononce pas non plus sur l'effet des médicaments forts que prend l'assuré et sur les conséquences que cette prise de médicaments a sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Son appréciation médicale est dès lors insuffisamment motivée et ne peut être suivie, ce d'autant plus qu'elle est contestée par d'autres médecins suivant l'assuré. Ces derniers médecins font état d'éléments – comme les douleurs de l'assuré et leurs effets sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré – ayant été ignorés dans le cadre de l'examen par le médecin d'arrondissement et qui sont suffisamment relevant pour remettre en cause les conclusions de ce dernier. Compte tenu de ce qui précède, le recours du 28 septembre 2020 doit être admis et la décision sur opposition du 26 août 2020 annulée. La cause est ainsi renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise auprès d'un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, puis nouvelle décision sur l'exigibilité ainsi que sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Ce médecin spécialiste, s'il l'estime nécessaire, s'adjoindra les services d'un spécialiste dans une discipline complémentaire à la sienne, par exemple en neurologie ou en psychiatrie. 8. Indemnité de partie Ayant eu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Compte tenu de la liste de frais déposée par sa mandataire le 25 août 2021, du temps et du travail requis, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle le recourant a droit à CHF 2'312.50 soit, comme demandé, à 555 minutes (calculées à CHF 250.- de l'heure), et à CHF 115.60 de débours, Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 soit à un total de CHF 2'428.10, plus CHF 186.95 de TVA à 7,7%, soit à CHF 2'615.05 et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision sur opposition attaquée est annulée. II. Partant, la cause est renvoyée à la SUVA pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise médicale, et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. Il est alloué à A. _____, en main de sa mandataire, une indemnité de partie fixée à CHF 2'312.50 d'honoraires, plus CHF 115.60 de frais et débours, plus CHF 186.95 de TVA à 7,7%, soit à un total de CHF 2615.05, mise à la charge de la SUVA. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 13 septembre 2021/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :