

FR_GERICHTE 605 2023 117 vom 17. Juli 2024

FR Kantonsgericht, 2024-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_117

FR: FR_GERICHTE 605 2023 117 du 17 juillet 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2023 117 del 17 luglio 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente selon l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

Notion d'accident En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, si cette loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 24 La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références citées).

E. 2.3

et les références citées). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'est pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations

Tribunal cantonal TC Page 8 de 24 dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (voir not. arrêt TC FR 605 2017 261 du 29 mars 2018 consid. 2d et les références citées). 5.4. L'indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcents. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). 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 3). L'indemnité allouée s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes. 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 autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.1. et réf. cit.).

E. 3

Rapport de causalité entre un accident et des troubles physiques ou psychiques

E. 3.1

Le droit à des prestations découlant de l'assurance-accidents suppose tout d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un tel lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle de la vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

E. 3.2

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. Selon la jurisprudence, il y a rapport de causalité 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 129 V 177 consid. 3.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

E. 3.3

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et notamment des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime (ATF 115 V 133, 105 V 403). Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêts TF 8C_398/2012 du

E. 3.3.1

Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles

psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est

Tribunal cantonal TC Page 5 de 24 pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (cf. arrêt TC FR 605 2022 106 du 27 mars 2023 consid. 2.3.1).

E. 3.3.2

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (cf. arrêt TC FR 605 2022 106 du 27 mars 2023 consid. 2.3.1).

E. 3.3.3

Enfin, sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés comme accident de peu de gravité ou comme accident grave. Dans ce cas, il convient d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate. Les critères les plus importants sont les suivants : • les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; • la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; • la durée anormalement longue du traitement médical; • les douleurs physiques persistantes; • les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; • les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; • le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Au minimum trois des critères précités doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate s'agissant des accidents de gravité moyenne si aucun d'entre eux n'est présent de manière prépondérante. Dans les accidents de gravité moyenne, mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis (arrêts TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 et 8C_935/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.1.3). Par contre, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire (ATF 115 V 133 consid.

E. 3.4

Selon la jurisprudence, en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (cf. ATF 134 V 109 consid. 6.1). 4. Droit à la rente d'invalidité et calcul du taux d'invalidité 4.1. 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. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé

Tribunal cantonal TC Page 6 de 24 de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance- accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative, cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). 4.2. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Par ailleurs, l'art. 7 al. 2 LPGA précise que 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. 4.3. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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). 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 citée). Est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174). 4.3.1. 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 citée). 4.3.2. En ce qui concerne le revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué notamment sur la base des données statistiques de l'ESS. Les salaires fixés sur cette base peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25% au plus (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 146 V 16 consid. 4.1; 126 V 75 consid. 5b/aa). 4.4. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus

Tribunal cantonal TC Page 7 de 24 du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 5.5 et les références citées).

5. Droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité 5.1. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un 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 son atteinte à l'intégrité (al. 1). 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; RS 832.202]).

5.2. Selon l'art. 24 al. 2 LAA, l'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. Cette disposition prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à une rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (voir not. arrêt TC FR 605 2020 138 du 16 septembre 2018 consid. 4.2).

5.3. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice (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). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (voir not. arrêt TC FR 605 2017 261 du 29 mars 2018 consid. 2b et les références citées). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré. Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (voir not. arrêt TC 605 2020 155 du 8 juillet 2021 consid.

E. 6

Appréciation des preuves

E. 6.1

Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit des assurances sociales, le juge 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. 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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

E. 6.2

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).

E. 6.3

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, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple

Tribunal cantonal TC Page 9 de 24 fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore 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. Étant donné l'importance 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 351 consid. 3b/ee). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

E. 6.4

S'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure

néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Quand une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées des questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 10.1.3).

E. 7

mars 2017, cette psychiatre a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) en lien avec l'événement du 29 avril 2016. Le 23 mars 2017, le psychiatre d'arrondissement de la SUVA, le Dr J. _____, a estimé que le rapport de la Dre I. _____ ne permettait pas de retenir avec certitude un diagnostic psychiatrique suffisamment documenté. Il a néanmoins estimé que le recourant présentait une souffrance psychologique et des symptômes de l'ordre post-traumatique en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 avril 2016 et a proposé la poursuite du traitement psychiatrique, précisant que l'on pouvait espérer voire attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'intéressé par ce traitement.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 24

E. 7.1

Accident du 29 avril 2016 et hospitalisation Le 29 avril 2016, sur son lieu de travail, le recourant a coincé son avant-bras droit dans une machine en marche et a dû être hospitalisé en urgence le jour-même. Le diagnostic d'écrasement de l'avant-bras droit a été posé, avec une section traumatique subtotale de l'extenseur commun des doigts et de l'extenseur court radial du carpe, compliqué d'un syndrome des loges. Son hospitalisation a duré du 29 avril 2016 au 6 juin 2016, lors de laquelle il a bénéficié des principaux examens et traitements suivants. Le 30 avril 2016, il a subi une fasciotomie (retrait d'un fascia) de l'avant-bras droit et une neurolyse du nerf interosseux postérieur. Le 5 mai 2016, la plaie dorsale et médiale au niveau de l'avant-bras droit a été refermée. L'hospitalisation du recourant s'est ensuite compliquée par une HIT de type II (thrombopénie induite par l'Héparine), une thrombose veineuse profonde distale au niveau des péronières du membre inférieur gauche, et des embolies

Tribunal cantonal TC Page 10 de 24 pulmonaires diffuses qui ont nécessité un séjour aux soins intensifs du 14 au 15 mai 2016. Le 31 mai 2016, il a bénéficié d'une greffe de Thiersch de l'avant-bras droit. Les radiographies et le CT- Scan du coude effectués lors de l'hospitalisation ont permis d'exclure une fracture.

E. 7.2

Suivi médical postérieur à l'hospitalisation et jusqu'en avril 2017 (1 an après l'accident) Dès la fin de son hospitalisation, le recourant a fait l'objet d'un suivi pluridisciplinaire. Sous l'angle orthopédique, le recourant a bénéficié d'un suivi ambulatoire en ergothérapie et physiothérapie. Selon un rapport de consultation du Dr E. _____, chirurgien orthopédiste, du 21 septembre 2016, la greffe avait bien pris mais le recourant présentait des douleurs à la palpation, un Tinel (sensation de fourmillement) sur le nerf ulnaire et une hypoesthésie (perte de sensibilité). Dans un rapport médical du 9 janvier 2017, ce médecin a indiqué que l'évolution de l'état de santé du recourant était très favorable, ce dernier arrivant

actuellement à bien mobiliser le coude et le poignet et, selon ses propres dires, l'hypoesthésie était en nette amélioration depuis la dernière consultation. Dans un rapport médical du 2 février 2017, le Dr E. _____ a indiqué que l'évolution se poursuivait favorablement "petit à petit" et a noté des "progrès à chaque consultation". Comme l'intéressé se plaignait toujours de douleurs diffuses au niveau du coude et dans l'avant-bras, ce praticien l'a adressé au centre de traitement de la douleur à D. _____ pour proposition d'une éventuelle prise en charge. Le Dr F. _____, dudit centre de traitement, a examiné le recourant à plusieurs reprises entre mars 2017 et mai 2017. Dans son rapport du 23 juin 2017, ce médecin a mentionné qu'il avait effectué, à deux reprises, un bloc ulnaire (une infiltration) du membre supérieur droit avec un soulagement des douleurs pendant 7 jours, puis un bloc du ganglion stellaire à droite le 31 mai 2017, dont le résultat ne lui était pas connu. Selon ce praticien, le pronostic était mauvais avec probablement des douleurs chroniques du membre supérieur droit. Sous l'angle neurologique, le recourant a effectué un électromyogramme le 4 août 2016 auprès du Dr G. _____, neurologue, qui a révélé une lésion du nerf cubital dans la partie proximale du bras droit. Ce médecin estimant que les douleurs ressenties par le recourant étaient inhabituelles, il a proposé une IRM qui a été réalisée le 12 septembre 2016. Celle-ci a mis en évidence l'absence de lésion ou de compression du nerf cubital. Le recourant se plaignant toujours de douleurs et sensations anormales, le Dr H. _____, neurologue, l'a examiné le 21 novembre 2016 et a posé le diagnostic de syndrome irritatif intermittent sur compression du nerf ulnaire droit au coude lors d'appui et de mouvements d'extension du bras droit. Selon ce médecin, les résultats du nouvel électromyogramme effectué étaient dans les limites de la norme, sans argument pour une neuropathie des nerfs radial, médian ou ulnaire. Sous l'angle psychiatrique, la SUVA a proposé, le 7 septembre 2016, que le recourant soit examiné par un psychiatre qui poserait un diagnostic et procéderait à une indication thérapeutique. Depuis le 2 février 2017, l'intéressé est ainsi suivi par la Dre I. _____, psychiatre. Dans son rapport du

E. 7.3

et 7.5). Quant aux douleurs ressenties par le recourant, selon ses propres dires, la situation est désormais supportable, bien que des infiltrations devront régulièrement être effectuées (cf. consid.

E. 7.4

Suivi médical de mai 2018 à mai 2019 (3 ans après l'accident) Des points de vue orthopédique et neurologique, respectivement sous l'angle des douleurs, le Dr F. _____ a indiqué, dans son rapport du 14 août 2018, que cela faisait plus d'un an et demi qu'il effectuait diverses infiltrations au-dessus du coude du recourant mais que les douleurs neuropathiques persistaient. Il estimait que l'intéressé pourrait être un candidat pour une transposition du nerf ulnaire à droite. Le 8 octobre 2018, le Dr E. _____ a pratiqué une intervention chirurgicale portant sur la neurolyse et la transposition antérieure du nerf cubital du coude droit. Dans son rapport du 11 décembre 2018, ce médecin a mentionné une évolution favorable depuis l'intervention, avec une nette diminution de la symptomatologie douloureuse; il a proposé de poursuivre l'ergothérapie et la physiothérapie. Dans ses rapports ultérieurs des 14 février 2019 et 8 mai 2019, le Dr E. _____ a indiqué une évolution favorable du point de vue orthopédique, le recourant pouvant utiliser son avant-bras, mais a relevé la présence de douleurs neuropathiques pour lesquelles les infiltrations effectuées postérieurement à l'intervention n'amélioraient que temporairement la situation. Au vu de l'embolie pulmonaire du recourant lors de son hospitalisation, une

consultation de suivi ambulatoire en pneumologie a eu lieu le 12 mai 2018. Dans leur rapport du 28 mai 2018, les médecins du Service de pneumologie de D. _____ ont indiqué que le diagnostic de dyspnée de

Tribunal cantonal TC Page 12 de 24 stade III était en cours d'investigation (post-embolie pulmonaire) avec une recherche de HTAP (hypertension artérielle pulmonaire) en cours et un déconditionnement physique. Dans le cadre de leurs investigations, un CT-thoracique du 23 mai 2018 a permis d'exclure de nouvelles embolies pulmonaires et une scintigraphie pulmonaire ventilée et perfusée, réalisée le 5 juin 2018, a mis en évidence l'absence d'une maladie thrombo-embolique chronique ou d'embolie pulmonaire récente, de même que l'absence de signe indirect d'hypertension pulmonaire. Dans son rapport du 18 juillet 2018 faisant suite à une échocardiographie, le Dr K. _____, cardiologue, a relevé que le recourant se plaignait toujours d'une dyspnée de stade II, qu'il décrivait comme nettement améliorée par rapport aux années précédentes, et que les examens effectués permettaient d'exclure une hypertension pulmonaire. Sous l'angle psychiatrique, la Dre I. _____ a retenu, dans son rapport du 17 juillet 2018, les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et séquelle d'un état post-traumatique (F 62.0), troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen (F 33.1), et difficultés dans les rapports avec le conjoint.

E. 7.5

Suivi médical de juin 2019 à juin 2020 (4 ans après l'accident) Du point de vue orthopédique, le Dr E. _____ a indiqué, dans son rapport médical du 19 septembre 2019, que l'évolution de l'état du recourant était fluctuante et il a proposé de poursuivre la physiothérapie et l'ergothérapie, puisque l'assuré progressait toujours. Il a également demandé un examen angiologique en raison de douleurs aux membres inférieurs dont le recourant se plaignait et, concernant l'avenir professionnel de l'intéressé, il a indiqué que la situation évoluait assez favorablement pour que l'on puisse envisager, à moyen terme, un retour progressif vers une activité professionnelle. Le 8 novembre 2019, le recourant a été examiné par le Dr L. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport d'examen du 15 novembre 2019, ce médecin a proposé un séjour à M. _____ afin d'intensifier la réhabilitation du membre supérieur droit et de faire la part des choses entre les symptômes au membre supérieur droit, ceux au membre inférieur droit, une dyspnée, un éventuel lien avec l'événement initial et certaines incohérences. Le recourant a été hospitalisé à M. _____ du 11 février 2020 au 11 mars 2020. Il ressort des différents examens et rapports médicaux des médecins de M. _____ que, sous l'angle orthopédique, l'ultrason effectué pour rechercher des arguments en faveur d'une tendinopathie achilléenne ou d'une ténosynovite en raison d'une douleur de la loge tricipitale du membre inférieur droit, était dans les limites de la norme. Du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic psychopathologique n'a été retenu, mais la poursuite d'une prise en charge psychothérapeutique a néanmoins semblé indispensable chez un patient qui restait très fragile sur le plan thymique, afin de l'aider à gérer les facteurs contextuels et l'accompagner dans la suite de son parcours et dans le retour au monde du travail. Sur le plan neurologique, l'électromyogramme réalisé était normal quant à l'analyse du nerf cubital, du radial et du médian droits; aucun argument en faveur d'une neuropathie tronculaire au niveau du membre supérieur droit n'a été relevé. Toutefois, les médecins de M. _____ ont relevé des incohérences entre ce que le recourant arrivait à faire en termes d'amplitude et de force pendant certains tests et en dehors. De plus, ces médecins ont

indiqué que l'intéressé persistait à sous-utiliser son membre et restait extrêmement fixé sur les douleurs, et cela bien au-delà de ce à quoi l'on pourrait objectivement s'attendre. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes: port de charges supérieures à 10 kg, port répété de charges supérieures à 5 kg, mouvements nécessitant de la force et des amplitudes importantes du coude,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 24 du poignet et de la main droite. Enfin, ces médecins ont estimé que la situation était stabilisée du point de vue médical et que la poursuite d'un traitement ergothérapeutique et physiothérapeutique en ambulatoire permettrait de poursuivre l'amélioration des fonctions articulaire et musculaire et de préserver les acquis. Selon eux, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, l'activité de manutentionnaire n'étant plus adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Dans son appréciation médicale du 16 avril 2020, le Dr L._____ a fait sienne l'exigibilité établie par les médecins de M._____. Il a également indiqué que les critères pour l'octroi d'une IPAI, conformément à la table n°1 des atteintes à l'intégrité selon la LAA, n'étaient pas remplis, car les mobilités de la main, du poignet et du coude à droite étaient presque physiologiques et quasiment symétriques au côté gauche. Dans son rapport médical du 6 mai 2020, le Dr E._____ a indiqué que le recourant souhaitait une réinsertion dans une activité adaptée et il a précisé que les douleurs étaient bien contrôlées avec les médicaments prescrits et le repos.

E. 7.6

Suivi médical de juin 2020 à juillet 2021 (5 ans après l'accident) Sous l'angle orthopédique, le Dr E._____ a indiqué, dans un rapport du 12 février 2021, que le recourant décrivait une persistance des douleurs principalement situées au niveau du coude. Selon ce médecin, les douleurs pouvaient être liées à une compression du nerf ulnaire dans l'arcade de Sthuthers. Une intervention de libération du nerf ulnaire au niveau de l'arcade de Sthuthers a été pratiquée le 8 mars 2021 par le praticien. Dans un rapport médical du 21 avril 2021, le Dr E._____ a mentionné que le patient décrivait une amélioration des douleurs irradiant l'épaule depuis le coude et une amélioration du trouble neurologique dans le territoire du nerf ulnaire. Par contre, il décrivait une nouvelle douleur au niveau de l'épicondyle interne avec une irritation du nerf ulnaire lorsqu'il s'appuyait sur son coude. Dans un rapport médical du 2 juillet 2021, ce médecin a indiqué que l'évolution était favorable mais que l'assuré présentait encore beaucoup de douleurs au niveau du territoire du nerf ulnaire, ce qui laissait penser que le nerf était en train de récupérer sa fonctionnalité. Il a proposé à l'assuré de continuer le suivi chez le Dr F._____ pour des infiltrations et gestion de la douleur. Sous l'angle du suivi pulmonaire, il ressort d'un rapport médical du 15 décembre 2020 du Dr N._____, cardiologue, que l'échocardiographie du jour indiquait une fonction ventriculaire normale, une absence de valvulopathie, pas de signe pour une hypertension artérielle pulmonaire mais sans mesure directe possible. L'évolution symptomatique était toujours rythmée par une asthénie, une dyspnée et des vertiges d'effort. Au vu de l'impossibilité de mesure directe de la pression artérielle et des douleurs thoraciques, il a proposé au recourant d'effectuer un cathétérisme cardiaque droit-gauche pour exclure une hypertension artérielle pulmonaire importante de repos et une maladie coronarienne, étant relevé que l'intéressé avait des douleurs thoraciques, une obésité, un diabète et une augmentation de la pression. Le 4 février 2021, un CT thoracique du recourant a été effectué, dont il ressort une absence de nouvelle embolie pulmonaire et une absence de signe indirect d'hypertension pulmonaire. Sous l'angle psychiatrique, le médecin

d'arrondissement de la SUVA a fait état, le

E. 7.7

et 7.9). Son médecin traitant, le Dr F. _____, a également attesté, le 28 novembre 2022, de la stabilisation de la situation, rappelant que les douleurs étaient des complications bien connues suite à un syndrome des loges et qu'un traitement infiltratif et par perfusions d'anesthésiques locaux chaque 4 à 6 semaines serait nécessaire (cf. consid. 7.9). Or, sur ce dernier point, la Cour rappelle qu'il est de jurisprudence constante que la prescription d'antalgique, telle que des infiltrations, est compatible avec un état stabilisé (cf. arrêt TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.3). Au vu de ces rapports – concordants, motivés et convaincants – la requête d'expertise médicale du recourant, en ce qu'elle concerne les volets de chirurgie orthopédique et de médecine de la douleur, doit être rejetée. Par ailleurs, aucun traitement médical n'étant susceptible d'améliorer sensiblement l'état de l'intéressé, la Cour estime que la SUVA était légitimée à examiner la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident (cf. consid. 3.4; cf. arrêt TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

Tribunal cantonal TC Page 20 de 24 9.2. Discussion sur la relation de causalité entre l'accident et les troubles psychiques Il convient à présent d'examiner si les troubles psychiques du recourant se trouvent ou non en relation de causalité adéquate avec l'accident, compte tenu des critères définis par la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 3). 9.2.1. En ce qui concerne la qualification de la gravité de l'accident du 29 avril 2016 (avant-bras happé dans une machine à vis en rotation), la Cour de céans estime, à l'instar de la SUVA, que ce dernier entre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. En effet, cette classification se recoupe avec des exemples tirés de la jurisprudence du Tribunal fédéral s'agissant d'accidents dans le cadre desquels la main a été entraînée dans des machines. A titre illustratif, ont ainsi été classés parmi les accidents de gravité moyenne (à la limite supérieure) les accidents ayant occasionné des amputations totales de plusieurs doigts chez un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie ou chez un aide-scieur dont la main gauche a été blessée par une fraiseuse (arrêt TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.1.4 et références). 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, 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 TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.1.4 et références). Au vu des jurisprudences précitées, il convient de qualifier l'accident d'accident moyen à la limite supérieure et d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate dans le cadre d'un accident de gravité moyenne. 9.2.2. Eu égard au critère des circonstances de l'accident, la Cour estime, contrairement à la SUVA, qu'elles sont objectivement impressionnantes et particulièrement dramatiques, la jurisprudence ayant du reste admis le caractère impressionnant d'un accident dans des cas de blessures à la main par des machines ayant occasionné des mutilations (cf. arrêt TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.3). En effet, le recourant s'est vu peu à peu happer l'avant-bras par une machine en rotation, qui ne s'est pas arrêtée lorsqu'il a appuyé sur la ligne de survie de la machine. Il a dû appeler au secours pour que des collègues interviennent et que l'un d'eux se précipite sur le tableau de commande de l'ensemble des machines, qui se trouvait à

l'extrémité de la pièce. Durant ce temps, l'avant-bras du recourant continuait à se coincer entre le carter et la vis sans fin. Des renforts ont dû être appelés pour essayer de modifier le sens de rotation de la vis et alléger la souffrance du recourant, mais la vis a refusé de bouger. C'est le technicien de service qui a alors entrepris de démonter les vis du moteur d'entraînement pour désaxer la vis et désencastrer le bras de l'intéressé. Le recourant est ainsi resté coincé 36 minutes dans la machine, durant lesquelles il a dû endurer d'importantes souffrances et une émotion violente en voyant son bras entraîné dans la machine. 9.2.3. Quant au critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, la Cour estime qu'il est également rempli. En effet, le recourant a été victime d'un écrasement de son avant-bras droit avec une section traumatique subtotale de l'extenseur commun des doigts et de l'extenseur court radial du carpe, compliqué d'un syndrome des loges subi. Il a subi une fasciotomie de l'avant-bras droit avec neurolyse du nerf interosseux postérieur le 30 avril 2016, une fermeture

Tribunal cantonal TC Page 21 de 24 de la plaie dorsale et médiale de l'avant-bras droit le 5 mai 2016, une greffe du Tiersch de l'avant-bras proximal face palmaire le 31 mai 2016, une neurolyse et transposition antérieure du nerf cubital à droite le 8 octobre 2018, et une libération du nerf ulnaire au niveau de l'arcade de Sthuthers le 8 mars 2021. De l'avis de la Cour, de telles lésions physiques sont indéniablement propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Du reste, le psychiatre d'arrondissement de la SUVA avait lui-même proposé, le 6 septembre 2016 déjà, qu'un suivi psychiatrique soit instauré. 9.2.4. S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, la Cour de céans considère qu'il est rempli. En effet, deux ans après l'accident, le recourant a été opéré d'une neurolyse et d'une transposition antérieure du nerf cubital et, plus de trois ans après, il a séjourné à M. _____. Cinq ans après l'accident, une nouvelle intervention chirurgicale a dû être pratiquée et des investigations pour une dyspnée de stade III étaient toujours en cours. Près de 7 ans après l'accident, des infiltrations pour la gestion de la douleur continuent d'être nécessaires toutes les 4 à 6 semaines, l'intéressé poursuit l'ergothérapie et la physiothérapie et la nécessité qu'il continue le traitement psychiatrique n'est pas contestée. 9.2.5. En ce qui concerne les douleurs physiques persistantes, aucun des médecins ayant produit des rapports à ce propos ne conteste que le recourant présente des douleurs neuropathiques, lesquelles sont des complications bien connues, notamment suite à un syndrome des loges. Partant, ce critère est également rempli. 9.2.6. S'agissant des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il ressort du volumineux dossier médical du recourant que celui-ci a connu des difficultés lors de sa guérison et des complications importantes. Ainsi, lors de son hospitalisation, il a été victime d'une thrombopénie induite par l'Héparine, d'une thrombose veineuse profonde distale au niveau des péronières du membre inférieur gauche et d'embolies pulmonaires diffuses, pour lesquelles il a dû être admis aux soins intensifs. 9.2.7. Eu égard au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, la Cour relève que l'ensemble des volumineux rapports médicaux figurant au dossier convergent sur le fait qu'au 30 novembre 2022, soit près de sept ans après l'accident, les différents troubles du recourant (orthopédique, pneumologique, cardiologique, neurologique et sous l'angle des douleurs) étaient stabilisés. Il était ainsi en mesure de reprendre une activité adaptée à ses limitations six ans et demi après l'accident du 29 avril 2016, ce qui constitue une durée particulièrement longue vu les blessures subies, et étant rappelé que ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (cf. arrêt TF 8C_547/2020 du 1er mars 2021 consid. 5.1 et les références). 9.2.8. Enfin, s'agissant du

dernier critère, il ne ressort pas du dossier que le recourant ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; il a été traité dans les règles de l'art. 9.2.9. Au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, la Cour conclut que le recourant remplit six des sept critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate dans le cadre d'un accident de gravité moyenne. Dès lors, il est vraisemblable, de manière prépondérante, que l'accident du 29 avril 2016 a causé les atteintes psychiques du recourant. Partant, le grief du recourant est bien fondé sur ce point, de sorte qu'il convient d'examiner si les troubles psychiques dont il souffre justifient l'octroi d'une rente.

Tribunal cantonal TC Page 22 de 24 9.3. Discussion sur la rente d'invalidité Eu égard aux troubles psychiques du recourant, la Cour de céans relève que des diagnostics différents ont été posés par les psychiatres ayant examiné le recourant. Ainsi, la Dre I. _____ pose les diagnostics de stress-post traumatique (F43.1), d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, tandis que le Dr J. _____ pose les diagnostics de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et trouble de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes dont ceux de type post-traumatique (F43.28). A cet égard, la Cour estime que le Dr J. _____ a expliqué de manière convaincante et détaillée pourquoi les diagnostics de la Dre I. _____ ne pouvaient pas être suivis (cf. consid. 7.6), contrairement à cette dernière qui a persisté dans ses avis médicaux sans toutefois chercher à se positionner sur les contradictions relevées par le Dr J. _____. Partant, la Cour estime que les diagnostics retenus par ce dernier sont probants, étant du reste relevé que le deuxième psychiatre d'arrondissement à s'être exprimé, le Dr P. _____, a posé les mêmes diagnostics que le Dr J. _____. Cela étant, la Cour relève que le Dr P. _____ a considéré, en juillet 2022, que le cas du recourant n'était toujours pas stabilisé du point de vue psychiatrique (cf. consid. 7.8). Ce médecin a en effet expliqué avec conviction qu'une amélioration notable de l'état de santé psychique du recourant était encore possible, pour autant qu'un traitement psychothérapeutique et pharmacologique adéquat soit mis en place. A l'instar du Dr J. _____, ces deux médecins ont ainsi retenu une incapacité de travail de 50% au minimum du point de vue psychiatrique, en soulignant expressément que l'exigibilité ne pouvait pas encore être établie. Au demeurant, les pièces médicales produites au cours de la présente procédure, notamment celle de l'infirmière spécialisée en psychiatrie du recourant, conforte la Cour de céans dans le fait que, sous l'angle psychique, l'état de ce dernier ne semble pas être stabilisé. Partant, il convient d'admettre le recours sur ce point et de renvoyer la cause à la SUVA, à qui il appartiendra de continuer à servir les indemnités journalières au recourant et à mettre en place une véritable prise en charge, telle que préconisée par le Dr P. _____, puis de lui demander de se reprononcer sur la capacité de travail du recourant du point de vue psychique. Ce n'est que lorsque cela sera fait que l'exigibilité générale du recourant, tant sous l'angle physique – qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément – que psychique, pourra être établie et le droit à une éventuelle rente d'invalidité examiné.

9.4. Discussion sur l'IPAI 9.4.1. En l'espèce, dans ses appréciations médicales des 15 avril 2020 et 26 octobre 2021, le Dr L. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que les critères pour l'octroi d'une IPAI conformément à la table n°1 des atteintes à l'intégrité selon la LAA [résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs] n'étaient aujourd'hui pas remplis. En effet, selon ce médecin, les mobilités de la main, du poignet et du coude à droite étaient presque physiologiques et quasiment symétriques au côté gauche; cette appréciation est du reste

confirmée dans le dernier rapport médical du médecin traitant du recourant (cf. consid. 7.9). Dans son appréciation médicale du 26 octobre 2021, le Dr L._____ a également précisé que, dans la mesure où il n'y avait pas de signes d'arthrose, une IPAI basée sur la table n°5 [atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose] ne se justifiait pas non plus. Par ailleurs, il a indiqué que l'atteinte cutanée de l'avant-bras droit se situait sur une partie du corps qui pouvait aisément être cachée et que les cicatrices n'entraînaient pas de handicap fonctionnel, de sorte qu'une indemnité selon la table n°18 [atteinte à l'intégrité en cas de

Tribunal cantonal TC Page 23 de 24 lésions de la peau] n'était pas non plus donnée. Enfin, eu égard à une IPAI fondée sur la table n°10 [atteinte à l'intégrité en cas de séquelles pulmonaires d'accidents ou de maladies professionnelles], ce médecin a relevé, dans son appréciation médicale du 18 février 2022, qu'il n'y avait pas d'hypertension artérielle pulmonaire ni d'atteinte pulmonaire grave qui pourraient expliquer la dyspnée rapportée par le recourant, de sorte que les critères pour l'octroi d'une IPAI n'étaient pas remplis sous cet angle. Au vu de ces appréciations médicales, qui reposent toutes sur des résultats d'exams médicaux objectifs, respectivement sur des constatations médicales motivées et convaincantes qui n'ont pas été contestées par le recourant, la Cour de céans estime qu'il n'existe aucune raison de s'en écarter. Partant, aucune IPAI ne saurait être allouée au recourant pour ces atteintes. 9.4.2. En ce qui concerne l'octroi d'une IPAI selon la table n°19 [atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accidents], la Cour de céans relève que, dans son appréciation médicale du

E. 7.8

Suivi médical de juillet 2022 à juin 2023 (7 ans après l'accident) Le 7 juillet 2022, la SUVA a soumis le cas au Dr O._____, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement, pour une appréciation sous l'angle orthopédique. Dans son avis du même jour, ce dernier a estimé que les derniers rapports médicaux ne modifiaient pas la prise de position du

Tribunal cantonal TC Page 16 de 24 Dr L._____ du 18 février 2022. Dans une nouvelle appréciation médicale du 20 juillet 2022, le Dr O._____ a précisé que la situation du recourant était considérée comme stabilisée pour ce qui était de l'atteinte de l'avant-bras droit et que les critères pour l'octroi d'une IPAI, conformément à la table n°1 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs), n'étaient pas remplis. En effet, les mobilités de la main, du poignet et du coude à droite étaient presque physiologiques et quasiment symétriques au côté gauche; l'IPAI était ainsi de 0%. Le 29 août 2022, le Dr O._____ a encore précisé que, en l'état du dossier, les critères pour l'octroi d'une IPAI pour une atteinte pulmonaire en lien avec l'accident n'étaient pas remplis, dès lors que le recourant ne souffrait d'aucune hypertension artérielle pulmonaire ni atteinte qui pourrait découler des embolies pulmonaires, tandis que plusieurs facteurs sans lien avec l'accident pouvaient expliquer une dyspnée. Le 7 juillet 2022 également, la SUVA a transmis le cas au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, pour une appréciation sous l'angle psychiatrique. Dans son rapport du 15 juillet 2022, ce médecin a répondu, à la question de savoir quelle atteinte à la santé avait, au degré de la vraisemblance prépondérante, été causée par l'accident, que le dernier rapport de la psychiatre traitante du recourant montrait une absence totale d'évolution depuis le rapport du Dr J._____ du 9 février 2021. Dans ce contexte et au vu des explications détaillées du Dr J._____, il a retenu les mêmes diagnostics que ce dernier, à savoir un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et un trouble

d'adaptation avec prédominance d'autres symptômes, dont ceux de type post-traumatique (F43.28). A la question de savoir si l'on pouvait, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé en rapport avec l'accident, le Dr P. _____ a répondu qu'une évolution était encore possible, pour le peu qu'un traitement psychothérapeutique et pharmacologique adéquat soit mis en place. Cela passerait par exemple par la mise en place d'une psychothérapie par EMDR (pour les symptômes traumatiques) associée à une psychothérapie TCC classique (ou de l'hypnose) pour travailler sur la gestion de la douleur. A côté de cela, un aménagement pharmacologique se discutait et pourrait favoriser la mise en place des psychothérapies adéquates. Le Dr P. _____ a également relevé que, le recourant ne voyant sa psychiatre qu'une fois par mois et aucune approche spécifique psychothérapeutique ni pharmacologique n'ayant été mise en place, une amélioration significative pouvait être attendue si les bonnes approches thérapeutiques étaient mises en place. S'agissant de la capacité de travail du recourant, le Dr P. _____ a retenu qu'au vu de l'absence de traitement thérapeutique adéquat et compte tenu de la non-stabilisation du recourant du point de vue psychiatrique, les conclusions du Dr J. _____ du 9 février 2021 restaient valables, à savoir une incapacité de travail de 50% au minimum sur le plan psychiatrique, d'une part, et une exigibilité et une IPAI ne pouvant pas encore être déterminées, d'autre part.

E. 7.9

Rapports médicaux produits dans la précédente procédure Suite à l'annonce par la SUVA de la fin du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2022, le mandataire du recourant a transmis à la SUVA trois nouveaux rapports médicaux émanant de ses médecins traitants, à savoir les Dr E. _____, Dr F. _____ et Dre I. _____. Dans son rapport du 1er décembre 2022 relatif aux aspects orthopédiques, le Dr E. _____ a expliqué que la fonction du nerf radial était bonne, que la fonction sensitivomotrice du nerf ulnaire

Tribunal cantonal TC Page 17 de 24 était récupérée, que les greffes de peau étaient bien intégrées et que la mobilité du coude était presque complète avec un flexum résiduel et une diminution modérée en pro supination. La force de préhension était diminuée à droite par rapport au côté gauche adominant. S'agissant des limitations fonctionnelles, les douleurs du recourant étaient au premier plan et il montrait une diminution de la force et un manque d'endurance, que ce soit pour des mouvements avec ou sans force. D'un point de vue purement théorique, il pourrait travailler à 100% avec un rendement de 50% dans une activité n'utilisant pas le membre supérieur droit. Cela étant, d'un point de vue simplement logique, ce médecin a précisé qu'en perdant l'utilisation de son bras dominant, il lui semblait déraisonnable d'estimer qu'un patient puisse travailler en pleine capacité avec un plein rendement dans une activité manuelle. Le recourant était toujours en traitement en consultation d'antalgie avec des mesures objectives ayant amené à deux interventions pour des symptômes liés au nerf cubital. Enfin, ce médecin a indiqué que des douleurs neuropathiques étaient fréquentes dans ce genre de traumatisme et qu'elles ne devraient pas être reléguées à l'arrière-plan de la symptomatologie. Dans son rapport du 28 novembre 2022 relatif au traitement de la douleur, le Dr F. _____ a indiqué que l'évolution de la santé du recourant s'était stabilisée mais que le port de charges supérieures à 3 kg par le membre supérieur droit était impossible et que les charges répétées de ce même membre étaient exclues. Ce médecin s'est dit étonné et choqué par le rapport de la SUVA car le

recourant présentait une impotence du membre supérieur droit qui ne faisait pas de doute et que les douleurs neuropathiques étaient des complications bien connues suite à un syndrome des loges, notamment. Cliniquement, il souffrait d'une algo parésie franche et malgré une situation qui semblait stabilisée, il présentait toujours la nécessité d'un traitement infiltratif et par perfusions d'anesthésiques locaux chaque 4 à 6 semaines. Dans son rapport médical du 19 décembre 2022 portant sur les aspects psychiatriques, la Dre I. _____ a mentionné que le recourant présentait une amélioration mais que les difficultés à gérer les douleurs persistaient. Elle a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et dysthymie. En outre, elle a précisé que le recourant était assez démuni, raison pour laquelle elle avait suggéré que s'il devait travailler, il serait judicieux de l'évaluer d'abord dans un atelier protégé.

E. 7.10

Rapports médicaux produits dans la procédure de recours Dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a encore produit trois courriers provenant, respectivement, des Dr E. _____ et Dr F. _____, ainsi que de Q. _____, infirmière spécialisée en psychiatrie. Dans son courrier du 5 juin 2023, le Dr F. _____ a expliqué être perplexe face à la décision sur opposition rendue par la SUVA, dans la mesure où la causalité est reconnue mais les séquelles physiques du membre supérieur et les séquelles psychiatriques sont niées. Dans son courrier électronique du 12 juin 2023, le Dr E. _____ a indiqué "voir une piste non sur le terrain orthopédique, mais sur le terrain psychiatrique". Selon lui, la gravité de l'accident et ses complications graves et rares ouvriraient la voie à une invalidité de 50% pour troubles psychiatriques. Enfin, dans son courrier électronique du 14 juin 2023, Q. _____ a expliqué suivre le recourant à domicile depuis le 1er février 2023, sur demande de son ancienne psychiatre, la Dre I. _____. Elle a indiqué que le recourant était très fortement impacté par l'accident, tant physiquement que

Tribunal cantonal TC Page 18 de 24 psychiquement. Sous l'angle physique, il était très limité dans ses activités quotidiennes (marche, soins de base, tenue du ménage, etc.) et souffrait de douleurs omniprésentes. Sous l'angle psychique, il souffrait de troubles post-traumatiques toujours extrêmement présents et importants, avec des angoisses, un sentiment d'insécurité et une grande fatigue; des troubles mnésiques étaient également à déplorer. Ainsi, selon elle, si une reprise du travail améliorerait, dans l'idéal, la dépression du recourant, elle ne l'imaginerait absolument pas "reprendre un travail quel qu'il soit". 8.

Résumé de la décision attaquée Dans la décision attaquée, la SUVA s'est fondée sur les appréciations médicales de ses médecins d'arrondissement pour retenir que les troubles physiques du recourant étaient désormais stabilisés et elle n'a pas remis en cause le lien de causalité naturelle et adéquate de ces derniers avec l'accident du 29 avril 2016. En se basant sur l'exigibilité retenue par ses médecins, l'autorité intimée a estimé que le recourant était en mesure d'exercer une activité professionnelle en pleine capacité et avec un plein rendement, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de port répété de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements nécessitant de la force et des amplitudes importantes du coude droit, du poignet droit ou de la main droite. La SUVA a ensuite retenu, en se fondant sur l'ESS (niveau de compétence 1) et après avoir procédé à un abattement de 5% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, que l'exercice d'une activité adaptée serait susceptible de procurer au recourant un revenu de CHF 62'770.-. Le gain de valide du recourant s'élevant par ailleurs, selon les indications de l'ancien employeur de l'intéressé, à CHF 72'109.-, une rente d'invalidité de

13% a été octroyée. Quant aux troubles psychiques du recourant, la SUVA a estimé qu'ils ne se trouvaient pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 29 avril 2016, car 5 des 7 sept critères développés par la jurisprudence n'étaient pas remplis. En particulier, l'accident n'avait pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant et n'était pas entouré de circonstances particulièrement dramatiques; les lésions physiques subies n'étaient pas propres à causer des troubles psychiques; aucune erreur médicale n'était intervenue; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'étaient pas remplis; et la durée du traitement ne pouvait être qualifiée d'anormalement longue. Enfin, se référant aux avis médicaux de ses médecins d'assurance, la SUVA a estimé que les critères pour l'octroi d'une IPAI n'étaient pas remplis. 9. Discussion Dans un premier grief, le recourant soutient que tant ses problèmes physiques que psychiques sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, de sorte que ces derniers auraient également dû être pris en compte par la SUVA pour apprécier son exigibilité médico-théorique dans l'examen de l'octroi d'une rente d'invalidité. 9.1. Discussion relative aux troubles physiques La Cour relève que la SUVA a clos le cas du recourant en se fondant sur une documentation médicale complète et convergente des différents médecins consultés, qui atteste de la stabilisation

Tribunal cantonal TC Page 19 de 24 des troubles physiques (orthopédique, pneumologique, cardiologique, neurologique, douleurs) de l'intéressé. Ainsi, sous l'angle orthopédique, il ressort du rapport du Dr E._____ du 1er décembre 2022 que le recourant a récupéré la fonction sensitivomotrice du nerf ulnaire, que la fonction du nerf radial est bonne et que la mobilité du coude est presque complète (cf. consid. 7.8). Cette appréciation est notamment confirmée par le rapport du Dr L._____, duquel il ressort que les mobilités de la main, du poignet et du coude droits du recourant sont presque physiologiques et quasiment symétriques au côté gauche (cf. consid. 7.8). Du point de vue pneumologique et cardiologique, les examens médicaux réalisés par les Dr N._____ et Dr K._____ ont objectivé l'absence d'une maladie thrombo-embolique chronique, d'embolie pulmonaire récente et de signe indirect d'hypertension pulmonaire (cf. consid. 7.4, 7.6. et 7.7). Sur le plan neurologique, les résultats des électromyogrammes du recourant effectués par le Dr H._____ et ceux effectués lors du séjour du recourant à M._____ sont tous normaux quant à l'analyse du nerf cubital, du radial et du médian droits, sans argument pour une neuropathie des nerfs radial, médian ou ulnaire (cf. consid.

E. 10

avril 2018, il a à nouveau constaté que l'évolution était plutôt stable. Sous l'angle neurologique, respectivement des douleurs, le Dr E._____ a indiqué, dans son rapport du 14 juin 2017, une amélioration au niveau des douleurs et des ressentis et a proposé un bilan complet du membre supérieur avec un électromyogramme. Le 16 octobre 2017, le Dr H._____ a procédé audit bilan, dont il ressort que le recourant souffre d'un syndrome irritatif du nerf cubital droit à son passage au coude; la neurographie du nerf cubital droit et l'examen neurosonographique de repérage de ce nerf effectués s'avérant sans particularité. Dans son rapport du 9 novembre 2017, le Dr E._____ a noté la persistance de douleurs surtout au niveau radial et cubital. Le 10 avril 2018, eu égard aux douleurs du recourant, il lui a conseillé de continuer la thérapie avec le Dr F._____. Dans son rapport du 19 avril 2018, le Dr F._____ a indiqué que le pronostic était bon quant à la mobilité du bras mais moyen quant aux douleurs. Sous l'angle psychiatrique, le recourant a poursuivi son suivi auprès de la Dre I._____. Dans un rapport du 5 septembre 2017, cette médecin a posé

les diagnostics de stress-post-traumatique (F43.1) et d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.2), pour lesquels l'intéressé suivait une thérapie psychiatrique à raison de deux fois par mois et était compliant au traitement par antidépresseurs (Duloxétine 30mg). Le 8 septembre 2017, le médecin-psychiatre de la SUVA a estimé que la poursuite du suivi psychiatrique permettait d'attendre une amélioration notable de l'état de santé mentale du recourant et il a proposé de redemander un rapport à la Dre I. _____ en juin 2018.

E. 10.1

Amenée à statuer sur les questions litigieuses de la rente d'invalidité et de l'IPAI, la Cour de céans constate que la cause n'est pas suffisamment instruite, sous l'angle des troubles psychiques dont souffrent encore le recourant, pour lui permettre de trancher. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants sur le plan psychique uniquement – la sphère physique ayant été investiguée à satisfaction de droit – et nouvelle décision. D'ici-là, il appartiendra à la SUVA de continuer à servir les indemnités journalières au recourant et de prendre en charge le suivi psychothérapeutique et pharmacologique du recourant, tel que préconisé par le Dr P. _____.

E. 10.2

Il n'est pas perçu de frais de justice en application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. fbis LPGA).

E. 10.3

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, conformément aux art. 137 ss et 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) ainsi que 8 ss du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12).

Tribunal cantonal TC Page 24 de 24 La liste de frais de son mandataire du 11 septembre 2023 fait état d'honoraires à hauteur de CHF 2'675.-, soit 10 heures et 42 minutes à CHF 250.- de l'heure, plus CHF 49.20 au titre de débours, plus CHF 209.80 au titre de la TVA à 7,7%, soit à un montant total de CHF 2'934.-. La Cour peut se baser sur cette liste de frais, raisonnable, et faire droit au montant réclamé par le mandataire du recourant, qui sera intégralement à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au plan psychique dans le sens des considérants et nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 2'675.-, plus CHF 49,20 de débours, plus CHF 209,80 au titre de la TVA à 7,7%, soit à un total de CHF 2'934.-, mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. IV. 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 17 juillet 2024/mfa Le Président La Greffière-rapporteure

E. 12

novembre 2020, de la nécessité que le recourant soit examiné par le psychiatre d'arrondissement de la SUVA, ce qui été réalisé le 20 janvier 2021. Dans son rapport du 9 février 2021, le Dr J._____, psychiatre et médecin d'arrondissement de la SUVA, a posé les diagnostics de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F 45.41) et trouble de

Tribunal cantonal TC Page 14 de 24 l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes, dont ceux de type post-traumatique (F 43.28). Ce médecin a indiqué ne pas pouvoir confirmer l'absence de diagnostic psychiatrique, telle qu'elle avait été retenue lors du séjour à M._____, car il n'y avait pas de rapport psychiatrique explicite émanant des médecins de M._____. Il ne pouvait pas non plus reprendre les diagnostics de la Dre I._____, car le diagnostic de "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe" était réservé à des situations de catastrophe extrême (telle que génocide, etc.), d'une part, et qu'il avait l'impression que les symptômes de type post-traumatique n'étaient pas fixés et pouvaient encore évoluer et s'améliorer, d'autre part. Ainsi, le terme "trouble de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes dont ceux de type post-traumatique" apparaissait être un dénominateur adéquat pour résumer le trouble psychique actuellement retrouvé, toujours en évolution et non stabilisé, avec une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique en cours. Ce psychiatre a également indiqué que l'intensité actuellement réduite des symptômes de type post- traumatique ne justifiait plus le diagnostic d'état de stress post-traumatique posé par la Dre I._____. Il a également précisé que le diagnostic de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques permettait d'éviter la notion de "trouble somatoforme", qui pointerait pour une étiologie exclusivement psychique de douleurs, alors qu'il s'agissait chez le recourant de facteurs psychiques qui maintiennent et exacerbent des douleurs d'origine et d'actualité somatiques identifiées. A cela, ce médecin a indiqué que se rajoutait l'effet anxiogène des dyspnées, qui existaient certes en relation avec le syndrome respiratoire restrictif modéré à sévère sur zone de fibrose pleuropulmonaire des deux bases, mais qui pouvait avoir une composante psychogène. En outre, ce praticien a indiqué que la psychiatre traitante du recourant semblait emportée dans une vision de chronicité et d'immuableté de la pathologie psychique – pour laquelle elle ne proposait rien qui dépasse le seul soutien – et que le recourant dramatisait activement l'expression du vécu douloureux de son bras, affirmant l'immobilisation quasi permanente dudit bras alors qu'il n'y avait aucun signe d'atrophie musculaire. Dans ce même rapport, le Dr J._____ a également confirmé son avis du 23 mars 2017 selon lequel un lien de causalité naturelle pour le moins probable devait être retenu entre l'accident du 29 avril 2016 et les troubles psychiques actuellement constatés. La prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée chez la Dre I._____ était toujours indiquée, et une amélioration du tableau clinique pouvait encore être attendue. Ce médecin a estimé l'incapacité de travail du recourant à 50% au minimum du point de vue psychiatrique, si l'on admettait que les douleurs, partant d'une base et d'une origine somatique, étaient dans leur ampleur et intensité déterminées en grande partie par les facteurs psychiques déjà mentionnés. Vu la non-stabilisation psychiatrique, l'exigibilité ne pouvait pas encore être définie. S'agissant de l'IPAI, vu ladite non-stabilisation et les séquelles psychiques d'accident, ce médecin a préconisé d'attendre au plus tôt 6 ans après

l'accident, soit en mai 2022, avant de pouvoir se prononcer; la question d'un préjudice esthétique au membre inférieur droit et celle de la dyspnée chronique due aux séquelles indirectes d'accident devant alors être examinées. S'agissant du pronostic, le Dr J. _____ a estimé difficile de se prononcer sur l'évolution clinique possible et a suggéré de demander un nouveau rapport à la psychiatre traitante d'ici 6 mois. Le 26 février 2021, la SUVA a à nouveau soumis le dossier du recourant au Dr L. _____, qui s'est déterminé le même jour. A la question de savoir si l'on pouvait, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé en rapport avec l'accident, le Dr L. _____ a répondu que, sous l'angle somatique, on pourrait envoyer l'assuré au centre de traitement de la douleur, mais qu'il pensait que ce Tribunal cantonal TC Page 15 de 24 traitement n'influencerait probablement pas ou très peu l'exigibilité. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, des activités encore exigibles et de l'IPAI, il s'est référé à son appréciation du

E. 16

avril 2020 et, pour les problèmes psychiatriques, il a renvoyé à l'appréciation du psychiatre d'arrondissement.

E. 18

février 2022, dans laquelle il renvoie à ses précédents avis du 16 avril 2020 et du 26 octobre 2021. Concernant les problèmes pulmonaires du recourant en lien avec l'accident (embolies pulmonaires), ce médecin a relevé que les derniers examens réalisés ne mettaient en exergue aucune hypertension artérielle pulmonaire ou atteinte pulmonaire grave, mais que d'autres facteurs sans lien avec l'embolie pulmonaire pouvaient expliquer la dyspnée, tels que l'obésité et un déconditionnement. Enfin, concernant les problèmes psychiatriques, il s'est déclaré incompetent. Sous l'angle des douleurs neuropathiques, le recourant a subi une radiofréquence pulsée du nerf cutané postérieur du bras droit le 15 novembre 2021 effectuée par le Dr F. _____. Selon le rapport médical du 21 mars 2022 de ce médecin, cela avait fonctionné pendant 3 mois, avant un rebond douloureux en février 2022. Une perfusion de lidocaïne avait alors stabilisé la situation et, selon les dires du recourant, celle-ci était désormais supportable et une nouvelle infiltration était prévue deux mois plus tard. Sous l'angle psychiatrique, la Dre I. _____ a retenu, dans son rapport médical du 11 mai 2022, les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Elle a indiqué que le recourant était sous Duloxetine (60mg) et qu'elle le voyait une fois par mois dans le cadre d'un suivi psychiatrique d'appui. S'agissant de l'évolution, elle a évoqué une thymie triste, une vive préoccupation de la chronicité de son état, et des angoisses importantes de perte, de ruine, de mort. Elle a précisé que les cauchemars concernant l'accident étaient toujours récurrents, que le recourant verbalisait de fortes douleurs, des difficultés à respirer et un manque d'énergie. Il se sentait dévalorisé, souffrait de blessures narcissiques et était toujours limité dans ses mouvements. Elle a conclu que le recourant souffrait d'une séquelle chronique et probablement irréversible d'un état de stress post-traumatique et que sa maladie semblait se chronifier de plus en plus.

E. 20

janvier 2021, le Dr J. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'il était "trop tôt pour pouvoir se prononcer" et qu'il faudrait attendre la stabilisation de la situation clinique psychiatrique et des séquelles psychiques d'accident. Dans son appréciation

médicale du 15 juillet 2022, le Dr P. _____ a également indiqué que, vu la non-stabilisation du point de vue psychiatrique, une telle IPAI ne pouvait pas encore être déterminée. De l'avis de la Cour, ces différentes appréciations médicales – concordantes, dûment motivées et qui reposent sur des examens objectifs après consultation du recourant – peuvent être suivies. Partant, il est, à ce stade, impossible de se prononcer sur l'octroi éventuelle d'une IPAI pour des troubles psychiques, la situation du recourant n'étant pas encore stabilisée. 10. Synthèse et frais

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.