

GE_GERICHTE ATAS/173/2024 vom 18. März 2024

GE Cour de justice, 2024-03-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_173_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/173/2024 du 18 mars 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/173/2024 del 18 marzo 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 1.3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée, suite à l'arrêt du 17 février 2020 (ATAS/103/2020) et à l'instruction médicale complémentaire effectuée par l'intimée, de reconnaître une aggravation de l'état de santé du recourant, par l'apparition d'une séquelle tardive à son membre supérieur droit depuis la décision du 1er mai 2017, entrée en force, et, en conséquence, au refus de l'intimée d'augmenter le taux de la rente d'invalidité, de prendre en charge les frais médicaux et d'allouer une IPAI en lien avec cette séquelle tardive. Il porte aussi sur le bien-fondé du refus de l'intimée d'admettre un lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques et l'accident du 12 mars 2012, singulièrement sur son refus de prendre en charge les frais médicaux et de déplacement du recourant ainsi qu'une IPAI en lien avec les atteintes psychiques.

A/624/2022 - 16/39 -

E. 3

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

E. 3.1.1

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont 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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 3.1.2

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait

A/624/2022 - 17/39 - immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 3.1.3

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui,

en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138, SVR 2017 n° UV 19 p. 63 consid. 3.2 ; 2016 n° UV 15 p. 46 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.1). En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV 18 p. 55 consid. 2.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2 ; 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

E. 3.1.4

En ce qui concerne le rapport de causalité entre un SDRC allégué et un accident, il y a lieu d'ajouter que l'étiologie et la pathogenèse de cette atteinte n'est pas claire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5, in : SVR 2021 UV n° 9 p. 48 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1, in SVR 2019 UV n° 18 p. 69). En tant que maladie de nature neurologique- orthopédique-traumatologique, elle est toutefois qualifiée d'atteinte organique, soit une atteinte de la santé corporelle. En ce qui concerne plus précisément ce diagnostic, il n'est pas nécessaire qu'un SDRC ait été diagnostiqué dans les six à huit mois après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel ; il est en revanche déterminant que sur la base des constats médicaux effectués en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de

A/624/2022 - 18/39 - latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_473/2022 du 20 janvier 2023 consid. 5.5.1, in SVR 2021 UV n° 9 p. 48 ; 8C_1/2023 du 6 juillet 2023 consid. 7.2). Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest », qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/œdème, moteurs/trophiques (arrêts du Tribunal fédéral 8C_416/2019 précité consid. 5.1 ; 8C_234/2023 du 12 décembre 2023).

E. 3.1.5

Selon l'art. 21 al. 1 let. b et al. 3 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (al. 1 let. b) ; en cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3).

E. 3.2

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.2.1

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou

A/624/2022 - 19/39 - d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références). Il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

E. 3.2.2

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents

en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR

A/624/2022 - 20/39 - 2013 UV n° 3 p. 8 ; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

E. 3.2.2.1

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes: l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 233/95 du 13 juin 1996 consid. 3), ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de

A/624/2022 - 21/39 - l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 280/97 du 23 mars 1999 consid. 2b). En revanche, n'ont pas été jugés comme étant de gravité moyenne à la limite supérieure l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/94 du 14 novembre 1996 consid. 2b), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une machine à scier entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 25/99 du 22 novembre 2001 consid. 4c). Il en est allé de même de l'accident subi par un assuré dont la main droite avait été entraînée dans une ébavureuse avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.4), de celui dont a été victime un menuisier en se coupant avec une fraiseuse avec pour conséquence des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1), de celui ayant occasionné des sections des tendons fléchisseurs et des nerfs collatéraux de l'index et du majeur gauches à un travailleur blessé par une perceuse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7), ainsi que de celui subi par une employée de nettoyage qui avait reçu sur le poignet droit une meuleuse à disque qu'un ouvrier avait laissé échapper du deuxième étage, avec pour résultat un œdème face dorsale et une dermabrasion de la main droite (arrêts du Tribunal fédéral 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 7 ; 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.1.4).

E. 3.2.2.2

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur sept ou au moins que l'un des critères se soit manifesté d'une manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2016 du 9 février 2017), dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) : ■ les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; ■ la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; ■ la durée anormalement longue du traitement médical ; ■ les douleurs physiques persistantes ;

A/624/2022 - 22/39 - ■ les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; ■ les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; ■ le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions

physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

E. 4.1

Lorsque le cas d'un assuré a été liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, celui-ci peut toujours invoquer la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (RAMA 1994 n° U 189 p. 138). Alors que dans le domaine de l'assurance-invalidité, cette situation est réglée par le biais de la nouvelle demande de prestations, l'assurance-accidents prévoit la possibilité pour l'assuré d'annoncer en tout temps une rechute ou des suites tardives d'un accident assuré (voir arrêts du Tribunal fédéral 8C_501/2014 du 5 août 2015 consid. 4.3 et 8C_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.1). Dans cette hypothèse, un nouvel examen illimité ne peut pas être effectué. Il faut bien plutôt partir de la décision entrée en force et l'admission d'une rechute ou de séquelles tardives suppose une modification de l'état de fait déterminant sous l'angle du droit à la prestation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_148/2018 du 6 juillet 2018 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 4.2

En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prester de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références). Le simple fait que l'assuré ait exercé une activité inadaptée aux atteintes à la santé d'origine accidentelle n'est pas suffisant pour nier le lien de causalité avec les troubles qui en résultent. Autre est la question de savoir si l'on peut exiger de lui qu'il y mette fin et dans quelle mesure cela peut entraîner une amélioration de son

A/624/2022 - 23/39 - état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et les références).

E. 4.5

; 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2 ; 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 ; 8C_670/2015 du 12 février 2016). Certes, le recourant subit également des

A/624/2022 - 32/39 - limitations au membre supérieur droit, lesquelles n'empêchent cependant pas toute activité.

E. 5

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122

V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

E. 5.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 5.2

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale

A/624/2022 - 24/39 - (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 5.2.3

; 8C_236/ 2023 précité consid. 3.4.3). En l'occurrence, la durée du traitement médical n'a pas été anormalement longue. Le recourant a subi une opération de la main gauche le jour de son accident, puis l'ablation des broches le 11 mai 2012, ainsi qu'un traitement de l'épicondylalgie au coude droit en 2018. Le développement progressif d'un SDRC après l'accident au membre supérieur gauche, en phase active puis froide ainsi que son extension au membre supérieur gauche, puis au membre supérieur droit n'a pas donné lieu à de longs traitements (expertise du Prof. P_____ p. 45).

E. 6

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 7

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

E. 8

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance

A/624/2022 - 25/39 - prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid.

1d).

E. 9.1

Selon l'art. 24 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 (al. 1) ; l'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

E. 9.2

Selon l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (al. 1 let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (al. 1 let b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (al. 1 let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (al. 1 let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (al. 1 let. e) ; l'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie et l'hôpital ou l'établissement de cure dans lequel il veut se faire soigner (al. 2) ; le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile (al. 3).

E. 9.3

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

E. 10.1

En l'occurrence, la chambre de céans a estimé que les expertises des Drs L_____ et M_____ des 20 et 26 novembre 2020, ordonnées par l'intimée, n'étaient pas probantes, en considérant ce qui suit : L'arrêt de la chambre de céans du 17 février 2020 a constaté qu'il était établi que l'état de la main gauche du recourant était comparable à celle d'un manchot du

A/624/2022 - 26/39 - point de vue fonctionnel. Plus précisément, le Dr F_____ avait indiqué, dans son appréciation du 18 janvier 2017, que le recourant ne disposait que de sa main droite non dominante et que le diagnostic était celui de privation fonctionnelle de la main gauche (dominante) sur SDRC, les troubles du membre supérieur gauche (retenus aux HUG) reposant sur des séquelles physiques objectivables. Or, le Dr L_____, sans motivation convaincante, s'écarte de cette évaluation, en évoquant des incohérences, de nombreuses autolimitations, en niant la présence d'un SDRC (autre qu'en lien avec deux doigts de la main gauche), en écartant un substrat anatomique objectivable aux éventuels troubles du membre supérieur gauche et en décrivant des troubles subjectifs grotesques de

ce membre et une extension théâtrale de la symptomatologie. En particulier, le Dr L_____ n'explique pas pour quelles raisons il s'écarte de façon radicale de l'évaluation du Dr F_____, que l'intimée avait suivie. Au surplus, comme relevé par le recourant, ce rapport contient une erreur qui n'est pas sans conséquence sur l'évaluation de l'état de santé du recourant, puisque le Dr L_____ estime que le bras gauche du recourant est non dominant, alors qu'il s'agit du bras droit. Dans ces conditions, l'évaluation du Dr L_____ des atteintes au membre supérieur droit du recourant ne saurait être considérée comme sérieuse et probante. S'agissant du rapport du Dr M_____, il ne peut non plus se voir reconnaître une pleine valeur probante. Celui-ci remet également en cause le diagnostic de SDRC sans motivation convaincante. Il écarte même la possibilité de séquelles d'un SDRC. En particulier, il relève que le Dr F_____ a nié ce diagnostic, ce qui n'apparaît pas dans l'appréciation de celui-ci du 18 janvier 2017. Il insiste sur des incohérences, telles que le port par le recourant de souliers à lacets, sans avoir pris la peine d'aborder cette question avec le recourant, lequel a précisé ensuite qu'il était aidé par son épouse pour se chausser. Le Dr M_____ évoque par ailleurs une majoration pour raisons psychiques ou socio-économiques, sans motivation convaincante. À cet égard, il tire des conclusions qui paraissent hâtives sur l'intention du recourant d'obtenir une augmentation de sa rente pour des raisons uniquement économiques, en se basant sur le fait que la compagne de celui-ci est au chômage et que le couple fait face à d'importantes difficultés financières (expertise du Dr M_____ p. 45). Or, l'environnement social, s'il peut être un élément pertinent à prendre en compte dans le cadre de l'appréciation globale d'une atteinte à la santé d'un assuré, ne saurait, comme en l'espèce, en constituer l'argument central. Les explications précitées du Dr M_____ manquent de sérieux, de sorte que son appréciation des atteintes au membre supérieur droit du recourant ne peut pas non plus être considérée comme probante. La question de savoir si l'absence de lecture du dossier du recourant avant l'examen de celui-ci, telle qu'alléguée par le recourant, constitue, de la part des experts L_____ et M_____, une circonstance permettant d'écarter d'emblée leurs rapports, peut rester ouverte.

A/624/2022 - 27/39 - En conséquence, les rapports d'expertise des Drs L_____ et M_____ doivent être écartés et il sera ordonné une expertise judiciaire orthopédique confiée au Prof. P_____.

E. 10.2

En outre, du point de vue psychiatrique, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique, en relevant que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident n'était pas d'emblée exclu. En effet, l'intimée avait évalué certains des critères pertinents en se basant sur les considérations du Dr M_____, lesquelles ne pouvaient se voir reconnaître une valeur probante.

E. 11

Le rapport d'expertise du Prof. P_____, complété par l'audition de celui-ci en audience du 25 septembre 2023, reposant sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse complète, la description des plaintes du recourant, un examen clinique détaillé, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles claires, avec une description par la littérature médicale du SDRC, répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

E. 11.1

Le Prof. P_____ conclut à l'apparition progressive, d'une part, de troubles liés à une surutilisation du membre supérieur droit (épicondylalgie et inflammation de la main droite), d'autre part, à l'extension au membre supérieur droit du SDRC déjà présent au membre supérieur gauche (expertise du Prof. P_____ pp. 42 et 43). Les affections dans leur ensemble entraînaient une limitation de rendement de 20%, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. S'agissant des accidents des 5 décembre 2019 et 16 janvier 2021, il estime qu'ils se sont limités à entraîner une décompensation douloureuse pendant une durée de trois mois (expertise du Prof. P_____ p. 43).

E. 11.2

S'agissant de la date à laquelle l'aggravation s'est produite, le Prof. P_____ n'est pas précis, estimant que la péjoration a été progressive. Il relève que l'épicondylalgie est due à une surutilisation du bras droit et que l'extension du SDRC au membre supérieur droit a débuté depuis le début de la phase froide, petit à petit (expertise pp. 42 et 44 et procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). Les éléments médicaux au dossier permettent cependant de dater la survenance déterminante des troubles au membre supérieur droit, étant à cet égard relevé que la détermination de la date à laquelle l'aggravation de l'état de santé s'est produite peut être précisée sans que l'expertise judiciaire n'en perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2017 du 5 octobre 2017). Il ressort du dossier que le recourant s'est plaint auprès de l'intimée de troubles au membre supérieur droit d'abord par téléphone le 18 juin 2018 (pièce 68 recourant). Il a indiqué qu'une consultation était prévue le 3 juillet 2018 avec une échographie et infiltration de la main droite ; il a réitéré ses plaintes par courrier du 21 septembre 2018 à l'intimée et communiqué un rapport du 22 août 2018 du Dr H_____, lequel a fait état d'une consultation le 20 août 2018 et d'un

A/624/2022 - 28/39 - diagnostic d'épicondylalgie du coude droit avec douleurs inflammatoires au niveau de la main droite, ayant nécessité une infiltration (pièce 11 recourant). Antérieurement à 2018, le recourant avait déjà présenté une symptomatologie évocatrice de l'apparition progressive d'une extension controlatérale du SDRC (cf. consid. 12.3.1 infra). Cependant, l'aggravation de l'état de santé du recourant, par la survenance d'inflammations, de raideurs et de douleurs au membre supérieur droit, doit être considérée comme établie au 20 août 2018, date à laquelle le Dr H_____ a attesté d'affections à ce membre, lesquelles étaient d'une ampleur suffisamment déterminante pour justifier un traitement par infiltration et un suivi à sa consultation. Même si l'épicondylalgie a ensuite disparu (cf. procès-verbal de l'audience du Prof. P_____ du 25 septembre 2023), les raideurs et douleurs au membre supérieur droit ont persisté (épaule, coude et doigts), dues à la progression de l'extension du SDRC.

E. 12

L'intimée conteste l'appréciation du Prof. P_____. Les griefs qu'elle émet à l'encontre de l'expertise judiciaire orthopédique de celui-ci ne sont cependant pas à même de mettre en doute sa valeur probante.

E. 12.1

L'intimée conteste la présence d'un SDRC lors de l'examen par la Dre C_____ en mars 2014, laquelle n'avait pas retenu un tel diagnostic, ce qui permettait d'exclure l'extension d'un tel syndrome par la suite. Elle conteste également la présence d'une épicondylalgie au

coude droit et estime qu'une extension du SDRC au membre supérieur droit est tout au plus possible.

E. 12.1.1

À cet égard, la Dre K_____ a reconnu la présence d'un SDRC au membre supérieur gauche du recourant (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). Par ailleurs, ce diagnostic a été admis par les médecins de la CRR lors du séjour du recourant du 13 février au 20 mars 2013, puis par le Dr E_____ (rapport du 24 mai 2016) et, en particulier, par les médecins de l'intimée, les Drs F_____ et G_____ (rapport du 3 mars 2017). La survenance d'un SDRC au membre supérieur gauche n'est ainsi pas contestable. La Dre K_____ a ensuite rejoint l'avis du Prof. P_____, en admettant que le SDRC avait évolué vers une phase froide (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). Ces deux médecins ont conjointement retenu que les critères de Budapest, utilisés pour poser le diagnostic de SDRC, n'étaient plus pertinents au moment où le SDRC évoluait en phase froide, ce qui avait été le cas du recourant au cours de l'année 2014 (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). En conséquence, le fait qu'en mars 2014, la Dre C_____ aurait exclu la présence d'un SDRC selon les critères de Budapest n'est pas pertinent.

E. 12.1.2

Cela dit, l'analyse de la Dre C_____ n'apparaît de toute manière pas probante. En effet, selon le rapport du Dr F_____ du 9 décembre 2015, la Dre C_____ avait exclu un SDRC au motif que, dans l'anamnèse, seules deux catégories présentaient un symptôme alors que trois étaient nécessaires. Or, les plaintes du recourant, relatées par la Dre C_____ elle-même, font état de

A/624/2022 - 29/39 - gonflement de la main en fin de journée (rapport de la Dre C_____ du 11 mars 2014 p. 4), ce qui correspond à la définition de l'œdème, lequel est une catégorie des critères de Budapest (avis de la Dre C_____ du 9 décembre 2015 p. 8). La Dre K_____ a d'ailleurs reconnu que la Dre C_____ avait retenu des plaintes de gonflement de la main du recourant et a indiqué ne pas savoir pourquoi le Dr F_____ ne l'avait pas retenu dans son schéma (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). Or, si l'œdème avait été correctement noté dans ledit schéma, la présence d'un SDRC aurait dû être constatée, selon les critères de Budapest. Au demeurant, l'appréciation de la Dre C_____ de mars 2014 et celle qui a suivi du Dr F_____ du 9 décembre 2015 ne sont pas probantes.

E. 12.1.3

Quant à l'avis de la Dre K_____ du 12 juin 2023, il est contredit par les déclarations de celle-ci en audience du 25 septembre 2023. En effet, la Dre K_____ a finalement admis une évolution du SDRC vers une phase froide courant 2014, de sorte que la question d'une recrudescence d'un SDRC en 2015, soit trois ans après l'accident, telle qu'évoquée dans l'avis du 12 juin 2013 n'est pas pertinente.

E. 12.2

S'agissant de l'éventualité d'une surutilisation du membre supérieur droit du recourant, l'avis de la Dre K_____ selon lequel les activités de la vie quotidienne du recourant ne peuvent entraîner une surutilisation du bras valide, au motif que sinon « nous aurions donc tous une épicondylalgie » n'est pas convaincant. Tout d'abord, le Prof. P_____ a clairement affirmé que le fait que le membre supérieur droit du recourant se trouvait en

situation de surutilisation ne pouvait être contesté et qu'il était légitime de conclure que la surutilisation était la cause probable de l'apparition de l'épicondylalgie du bras droit (expertise p. 43), ce que le Dr H_____ avait également attesté (avis du 22 août 2018, pièce 325 intimée). Ensuite, le recourant ne s'est pas cantonné aux activités de la vie quotidienne puisqu'il a exercé plusieurs activités professionnelles après son accident, déjà depuis 2014 (notamment manœuvre, cantonnier, paysagiste). Enfin, il est admis par la jurisprudence qu'un assuré dont le membre supérieur droit est paralysé pourrait avoir développé des cervicalgies, omalgies et épicondylite gauches, en raison d'une sursollicitation du membre supérieur gauche, question nécessitant dès lors une instruction médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023). Il existe par ailleurs plusieurs jurisprudences traitant du lien de causalité naturelle indirecte et de la surutilisation d'un membre non directement accidenté (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 210/04 du 23 décembre 2004, U 315/04 du 29 mars 2005, U 306/05 du 16 mars 2006 et 8C_684/2008 du 5 janvier 2009, ainsi que l'ATAS/103/2020 du 17 février 2020 et l'ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013), étant rappelé qu'en matière d'assurance-accidents même les suites indirectes d'un accident doivent être couvertes, si elles se trouvent dans un rapport de cause à effet avec celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral précité 8C_302/2023). Au demeurant, la Dre K_____ exclut d'une façon non cohérente toute atteinte due à une surutilisation du bras valide et son avis du 12

A/624/2022 - 30/39 - novembre 2019, qui estime que l'épicondylalgie du coude droit du recourant ne peut être mise en relation avec l'état séquellaire de l'accident, n'est pas probant. Cela dit, l'épicondylalgie est une séquelle tardive passagère, dès lors que le Prof. P_____ a rappelé qu'elle n'était plus présente au moment de son examen et qu'elle n'était pas à l'origine de la raideur du coude droit, les symptômes persistants étant attribués à l'extension du SDRC au membre supérieur droit.

E. 12.3

L'intimée nie la présence d'une extension du SDRC au membre supérieur droit en se ralliant à l'avis de la Dre K_____ du 20 novembre 2023. Celle-ci réfute une telle extension, en considérant qu'elle est tout au plus possible, vu, d'une part, la littérature médicale citée qui ne répondrait pas aux critères de la pratique fondée sur des preuves, d'autre part, la survenance des troubles du membre supérieur droit plus de 19 mois après le diagnostic initial de 2013. Ces critiques ne sont pas pertinentes.

E. 12.3.1

On relève tout d'abord que la Dre K_____ refuse de se fonder sur la littérature médicale qu'elle cite, en considérant qu'elle n'a pas de valeur scientifique, tout en prenant en compte un délai de 19 mois (dans lequel apparaîtrait une extension controlatérale d'un SDRC), cité par cette même littérature médicale, ce qui paraît contradictoire. S'agissant du délai dans lequel l'extension du SDRC doit survenir pour être considérée comme telle, tant le Prof. P_____ que la Dre K_____ ont admis, lors de leur audition, qu'il était de deux ans après l'apparition de la phase froide du SDRC. Or, selon ces deux médecins, la phase froide est survenue en l'espèce aux environs de 2014 (et même au-delà de mars 2014 selon la Dre K_____), de sorte que des symptômes de l'extension du SDRC au membre supérieur droit devraient pouvoir être constatés courant 2016, soit deux ans plus tard. Or, tel est bien le cas, puisqu'en 2015 déjà, le recourant signalait au case manager de la SUVA que des douleurs étaient apparues au bras droit (procès-verbal d'entretien du 5 mai 2015, pièce 225 intimée)

et qu'en mai 2016, le Dr E_____ relevait une tendance à développer des tendinopathies du membre supérieur droit et des douleurs articulaires (avis du Dr E_____ du 24 mai 2016, pièce 7 recourant), que le recourant a signalé par téléphone le 25 août 2016 à la SUVA des douleurs également à la main droite (pièce 66 recourant), que le 7 septembre 2016, le Dr E_____ a mentionné que le recourant présentait en plus d'une symptomatologie d'épicondylalgies et d'épitrôchléalgies au niveau du coude droit une de ténosynovite sténosante au niveau du majeur droit (pièce 8 recourant), que le 23 septembre 2016, l'intimée elle-même a estimé que le trouble au membre supérieur droit nécessitait une investigation médicale (pièce 67 recourant) et que le Dr F_____ a mentionné le 3 mars 2017 une tendovaginite sténosante avec doigt à ressort (médius droit) (pièce 9 recourant).

A/624/2022 - 31/39 - Au demeurant, il est établi que le recourant a présenté courant 2016 au plus tard, une symptomatologie au membre supérieur droit, soit des douleurs et raideurs, manifestations qui correspondent à l'extension progressive d'un SDRC, ce que tant le Prof. P_____ que la Dre K_____ ont admis (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023).

E. 12.3.2

La Dre K_____ admet qu'une extension en controlatéral, soit au membre non directement lésé par l'accident, est connue en clinique médicale mais elle la réfute en l'espèce, au motif qu'il s'agit d'une pathologie rare. Or, le Prof. P_____ admet également qu'il s'agit d'une maladie rare et qu'il n'a pas vu souvent des cas comme celui du recourant, avec une telle extension. Il est ainsi admis tant par la Dre K_____ que par le Prof. P_____ que l'extension du SDRC au membre supérieur controlatéral est un phénomène rare, mais connu. Selon les constatations du Prof. P_____, ce phénomène rare s'est clairement produit chez le recourant, lequel présente une extension du SDRC au membre supérieur droit qui est une conséquence du SDRC au membre supérieur gauche, lequel est reconnu en lien avec l'accident. Cet avis n'est pas valablement remis en cause par la Dre K_____, laquelle admet ne pas avoir examiné le recourant et s'est ralliée à la présence d'un SDRC au membre supérieur gauche, passé en phase froide, et à la présence de raideurs et limitations du membre supérieur droit du recourant. La Dre K_____ reconnaît ainsi que la symptomatologie du recourant correspond à celle de l'extension controlatérale d'un SDRC, par la présence de douleurs et de raideurs à la suite d'un SDRC avéré à l'autre membre et exclut, de surcroît, toute autre explication médicale de cette symptomatologie (« je ne peux vous dire qu'elle est l'origine des douleurs du recourant au membre supérieur droit » - procès-verbal d'audience du 25 septembre 2023). Au demeurant, il y a lieu de constater que l'extension du SDRC au membre supérieur droit est, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec l'accident.

E. 13

Compte tenu des limitations aux deux membres, le Prof. P_____ a considéré qu'une diminution de rendement de 20% devait être retenue, taux que la Dre K_____ a confirmé (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). Le Prof. P_____ a précisé que l'activité devait respecter les limitations fonctionnelles du recourant et qu'il doutait qu'une telle activité existe, le recourant n'ayant pas de formation pour faire des travaux administratifs.

E. 13.1

À cet égard, la jurisprudence reconnaît cependant que pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C 134/2020 du 29 avril 2020 consid.

E. 13.2

Au demeurant, une capacité de travail du recourant, limitée à un taux de 80%, doit être reconnue depuis le 20 août 2018.

E. 13.3

L'intimée estime qu'une instruction complémentaire se justifie pour connaître les détails de l'activité exercée par le recourant comme aide de maintenance, depuis septembre 2022. Par appréciation anticipée des preuves, il sera renoncé à une telle instruction. En effet, le Prof. P_____ a estimé que seule une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, exercée à un taux de 80%, était exigible du recourant. Le fait que celui-ci exerce une activité qui pourrait être au-dessus de ses forces, selon la description donnée (expertise du Prof. P_____ p. 4 ; expertise de la Dre Q_____ pp. 7-8 et procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023) ou qui ne le serait pas en raison uniquement du contexte particulier dans lequel elle est exercée (prise en charge de toutes les tâches lourdes par le collègue avec lequel travaille le recourant), n'est pas déterminant. En effet, seule l'activité exigible doit être prise en compte dans l'appréciation de la capacité de travail et c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (ATF 140 V 193 ; ATF 125 V 256). À cet égard et contrairement à l'avis de l'intimée, la Dre K_____ est revenue, lors de l'audience du 25 septembre 2023, sur l'estimation d'une capacité de travail de 100% pour se rallier à l'appréciation du Prof. P_____, d'une capacité de travail d'un taux de 80% (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). C'est cette dernière, issue d'un consensus médical, qui doit être retenue comme exigibilité, même si la Dre K_____ réfute tout lien de causalité entre les troubles au membre supérieur droit et l'accident.

E. 14

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître la survenance d'une séquelle tardive depuis le 20 août 2018, soit l'apparition d'une épicondylalgie temporaire et d'une extension du SDRC au membre supérieur droit, permanente, laquelle entraîne, conjointement aux autres atteintes, une diminution de la capacité de travail du recourant à un taux de 80%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En conséquence, le recourant a droit au remboursement de ses frais médicaux et de transport (aux conditions des art. 10, 13 et 21 LAA) liés au traitement de l'épicondylalgie du coude droit et de l'extension du SDRC au membre supérieur droit, étant relevé qu'au jour de son expertise, le Prof. P_____ estime qu'il n'y a plus de traitement orthopédique recommandé (expertise judiciaire p. 46). La séquelle tardive a également un impact sur le droit à la rente d'invalidité (cf. infra consid. 16).

E. 15

Du point de vue psychiatrique, l'experte Q_____ a considéré que le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes

A/624/2022 - 33/39 - psychotiques depuis le 18 janvier 2017, aggravé par une anxiété généralisée et en lien avec l'accident du 12 mars 2012. Ce trouble entraînait des limitations

fonctionnelles de troubles de l'attention, de la concentration, mnésiques, de la fatigabilité, une baisse de l'estime de soi, du pessimisme et des idées de suicide. La capacité de travail était de 40% depuis le 18 janvier 2017. Il convient préalablement d'examiner si un lien de causalité adéquate peut être reconnu entre le trouble psychique du recourant et l'accident du 12 mars 2012.

E. 15.1

L'accident est qualifié de moyen, stricto sensu, par l'intimée. Le recourant considère que l'accident est moyennement grave, voire grave, sans toutefois motiver cette dernière qualification. Au vu de la jurisprudence précitée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021), il se justifie de retenir la qualification de gravité moyenne stricto sensu, de sorte que trois critères jurisprudentiels doivent être donnés pour que le lien de causalité adéquate soit admis.

E. 15.1.1

S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce critère repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 6.4.1 et les références). Le caractère impressionnant de l'accident a été admis dans des cas de blessures à la main par des machines ayant occasionné des amputations ou des mutilations. Il en fut ainsi dans le cas d'un travailleur dont la main avait été entraînée dans une ébavureuse avec pour résultat une mutilation de la face dorsale des doigts longs de la main droite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 précité consid. 5.2), ainsi que dans celui d'un aide-scieur dont la main gauche avait été blessée par une fraiseuse avec comme conséquence l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 280/97 du 23 mars 1999 consid. 2b/bb). Tel a aussi été le cas s'agissant d'un menuisier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une toupie et qui avait subi une amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 233/95 du 17 mars 1995 consid. 3c), ou encore d'un menuisier s'étant coupé avec une fraiseuse avec pour résultat des blessures à certains doigts, en particulier une amputation partielle de l'un d'eux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.2.1). Le critère des circonstances concomitantes

A/624/2022 - 34/39 - particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'a en revanche pas été retenu dans d'autres cas de blessures à la main par des machines ayant pour certaines entraîné des amputations. Il s'agissait notamment d'un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne d'une machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/94 précité consid. 2b/aa et bb), ainsi que d'un aide-serrurier dont la blessure avec une machine à scier avait entraîné

l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 185/96 du 17 décembre 1996 consid. 2b). Il en est allé de même dans le cas d'un travailleur victime de multiples lésions à une main après un accident avec une fraiseuse à bois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 19/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.1), dans celui d'un machiniste dont la main gauche avait été sérieusement blessée après avoir été entraînée dans un appareil de laminage, l'intéressé ayant évité une atteinte à l'entier de son bras après avoir pu éteindre l'appareil de sa main droite et dans celui d'un aide-monteur qui s'était blessé à une main avec une meuleuse (plaie délabrante au poignet avec section du long extenseur du pouce, radial du carpe et de la branche sensitive du nerf radial ainsi qu'une arthotonie radio-carpienne) car bien que l'on puisse reconnaître que l'accident avait eu un caractère impressionnant, voire angoissant pour l'assuré, il ne ressortait pas du dossier que sa vie avait été en danger (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 82/00 du 22 avril 2002 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid 4.2.3). En l'espèce, les blessures subies par le recourant n'ont entraîné aucune amputation, même si les limitations fonctionnelles de sa main gauche sont importantes. En outre, de la même manière que dans le cas précité, bien que l'on puisse reconnaître que l'accident ait eu un caractère impressionnant voire angoissant pour le recourant, il ne ressort pas du dossier que sa vie aurait été en danger, de sorte que ce critère n'est pas réalisé.

E. 15.1.2

Pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière, par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références ; 8C_612/2019 du 30 juin 2020 ; 8C_236_2023 du 22 février 2024 consid. 3.4.2). Ce critère n'a pas été admis dans le cas d'une assurée atteinte au poignet droit, membre supérieur dominant, avec des séquelles de main bote radiale qui peut se servir de son membre supérieure droit comme main d'appoint (arrêt du Tribunal fédéral 8C_236/2023 précité).

A/624/2022 - 35/39 - Dans le cas d'espèce, il n'y a pas lieu non plus d'admettre ce critère, le recourant pouvant se servir de son bras dominant comme bras d'appoint.

E. 15.1.3

S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; il faut également prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales sur cinq ans, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et que mises à part lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêts du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid.

E. 15.1.4

Le recourant ne prétend pas avoir été victime d'une erreur médicale, ce qui ne ressort pas non plus du dossier.

E. 15.1.5

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques, il n'est pas non plus rempli. Ce critère doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré.

Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021 consid. 5.1 ; 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 et les références ; 8C_803/2017 du 14 juin 2018 consid. 3.7 ; 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). Ce critère n'est en revanche pas rempli dans le cas d'un assuré qui s'est trouvé en incapacité de travail totale pendant un peu plus d'une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 précité), pendant un an et demi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4.5), pendant vingt mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3) pendant vingt-et-un mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4) ou encore pendant deux ans et quatre mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021). Par ailleurs, une baisse de rendement durable de 20% seulement n'est pas suffisante pour remplir

A/624/2022 - 36/39 - le critère relatif à l'incapacité de travail due aux lésions somatiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016). En l'occurrence, on constate tout d'abord que la capacité de travail réduite à un taux de 80% dès le 20 août 2018 n'est ainsi pas déterminante. Le recourant considère cependant que ce critère est rempli, d'une part, car il ne pouvait reprendre une activité professionnelle, ce qui n'est toutefois pas le cas, étant reconnu apte à exercer une activité dans la durée à un taux de 80%, d'autre part, en raison des incapacités de travail attestées médicalement. Or, à cet égard, le recourant a été considéré comme apte à retravailler dès septembre 2013 (stage ORIF) puis a tenté une reprise de travail en septembre 2014 chez son ancien employeur qu'il a dû cesser. Il a ensuite effectué plusieurs missions intérimaires et a été engagé en septembre 2022 au CERN (activité de maintenance). Le recourant ne présente ainsi pas une incapacité de travail suffisante, au regard des exigences jurisprudentielles précitées, pour que ce critère soit admis.

E. 15.1.6

En revanche, la présence d'un SDRC devenue chronique (phase froide) étant établie, il y a lieu d'admettre que le recourant présente des douleurs physiques persistantes, lesquelles sont reconnues comme symptômes du SDRC (expertise du Prof. P_____ pp. 40 et 43-44). Celles-ci ne peuvent cependant être reconnues comme étant particulièrement intenses dès lors que le recourant exerce une activité professionnelle à un taux de 90% (même si celle-ci a été reconnue comme inadaptée et exercée au-dessus de ses forces) et qu'il a cessé toute prise d'antalgiques (expertise du Prof. P_____ p. 3).

E. 15.1.7

Il y a également lieu d'admettre que le recourant a présenté, par l'apparition d'un SDRC au membre supérieur gauche, étendu ensuite à l'autre membre, des complications médicales (expertise du Prof. P_____ p. 34 et procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023)

sans qu'elles le soient de manière particulièrement marquante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_236/2023 du 22 février 2024 consid. 3.4.5 et 8C_566/2019 du 27 novembre 2020), pour les mêmes motifs que ceux précités (consid. 15.1.6).

E. 15.2

Au demeurant, seuls deux critères peuvent être considérés comme réalisés - sans l'intensité exigée par la jurisprudence pour qu'un seul critère soit pertinent -, de sorte que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident doit être nié, étant relevé que la jurisprudence évalue sévèrement les cas dans lesquels ces critères sont admis. En conséquence, la question de la valeur probante du rapport d'expertise de la Dre Q_____ peut rester ouverte et la capacité de travail limitée à un taux de 40% ne peut être retenue. Le recourant n'a ainsi pas droit à une IPAI fondée sur ses atteintes psychiques, ni à la prise en charge des frais médicaux et de déplacement en lien avec son traitement psychiatrique, ou encore à une indemnité journalière depuis le 1er mai 2017.

A/624/2022 - 37/39 -

E. 16

Il convient encore de calculer le degré d'invalidité du recourant depuis l'aggravation de son état de santé le 20 août 2018. Le recourant peut être considéré comme capable de travailler à un taux de 80% à cette date, le traitement ayant uniquement consisté en une infiltration, suivie de séances de physiothérapie (prescription du Dr H_____ du 21 septembre 2018, pièce 328 intimée). Les bases de calcul du degré d'invalidité prises en compte par l'intimée ne sont pas contestées. En 2016, le revenu sans invalidité était de CHF 62'882.- et le revenu d'invalidité de CHF 50'339.- (selon l'ESS 2014, tableau TA1, homme, total, niveau 1, pour 41,7 heures par semaine, indexé à l'année 2016 et tenant compte d'un abattement de 25%). Compte tenu de l'année de référence 2018, le revenu sans invalidité doit être indexé et est de CHF 63'448.- (0,4% en 2017 et 0,5% en 2018). Le revenu selon l'ESS 2018, total, homme, niveau 1, est de CHF 5'417.-. Ramené à une moyenne d'heures hebdomadaires de travail de 41,7, il est de CHF 5'647.22, soit CHF 67'767.- par année. Pour un taux d'activité de 80%, il est de CHF 54'214.-. Réduit d'un abattement de 25% - lequel peut être confirmé, ce d'autant que les limitations fonctionnelles impactent dorénavant les deux membres supérieurs -, il est de CHF 40'661.-. Le degré d'invalidité est en conséquence de 35,9%, arrondi à 36% [(63'448 - 40'661) : 63'448].

E. 17

Le Prof. P_____ a estimé qu'une IPAI de 10% était justifiée pour l'affection au membre supérieur droit, taux que la Dre K_____ a confirmé dans le cas où une causalité entre l'affection au membre supérieur droit et l'accident devait être retenue (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023). Il convient de suivre cette évaluation consensuelle et d'allouer au recourant une IPAI complémentaire d'un taux de 10%, étant rappelé que l'intimée a admis que la question de l'IPAI fait partie de l'objet du litige (procès-verbal de l'audience du 25 septembre 2023).

E. 18

Enfin, le recourant a conclu, en cours de procédure, à l'octroi d'indemnités journalières du 31 août au 21 septembre 2021. Cette question, qui n'a pas été préalablement soumise à l'intimée, semble outrepasser l'objet du présent litige. En toute hypothèse, il n'y a pas lieu de condamner l'intimée au versement d'indemnités journalières du 31 août au 21 septembre

2021, le recourant n'alléguant pas une incapacité de travail au-delà du 31 août 2021 - due aux accidents des 5 décembre 2019 et 16 janvier 2021 - mais uniquement une absence de décision formelle de l'intimée. Or, l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes concernant, d'une part, le droit à l'indemnité journalière, d'autre part, le droit à la rente (ATF 144 V 354).

A/624/2022 - 38/39 -

E. 19

Au vu de ce qui précède, le recours du 18 février 2022 sera partiellement admis. La décision du 18 janvier 2022 sera annulée et il sera dit que le recourant a droit, depuis le 1er août 2018, à une rente d'invalidité d'un taux de 36% et à une IPAI complémentaire d'un taux de 10%. Les recours des 21 février 2022 et 13 octobre 2023 seront rejetés et les décisions des 20 janvier 2022 et 5 octobre 2023 seront confirmées. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/624/2022 - 39/39 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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