

GE_GERICHTE ATAS/931/2017 vom 20. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_931_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/931/2017 du 20 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/931/2017 del 20 ottobre 2017

Erwägungen

E. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune

A/4199/2016 - 16/28 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée, et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 5

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). 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).

E. 6

a. 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, 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 et 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

A/4199/2016 - 17/28 - d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. b. 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 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 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 7

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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006

consid. 3.2).

E. 8

a. Aux termes de l'art. 24 al.1 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 atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement. Cette indemnité se

A/4199/2016 - 18/28 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, elle se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico- théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

E. 9

a. Depuis le 1er janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). À teneur de l'art. 36 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). b. Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Ce dernier doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc).

E. 10

a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch.1 al. 2 1ère phrase). Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux

A/4199/2016 - 19/28 - inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3). Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). b. La division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). 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 (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3). La table 5.2 prévoit un taux d'atteinte à l'intégrité compris entre 5 et 10% pour une arthrose moyenne radiocarpienne ou intracarpienne. Lorsque l'arthrose est grave, le taux est compris en 10 et 25%. Si l'articulation présente en outre une instabilité, le taux le plus élevé doit être retenu.

E. 11

a. 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'était pas prévisible. b. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 et la référence). L'importance prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base de constatations médicales (ATF 132 V 393 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 97 et les références). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînât « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). Concernant un assuré dont les médecins avaient considéré que « vu les différentes lésions subies un diagnostic est difficile à prévoir et dépendra beaucoup de l'évolution arthrosique des différentes articulations et de leur sollicitation » et que la gonarthrose était « lentement évolutive » si bien qu'il n'était pas possible de dire dans quel délai une intervention chirurgicale pourrait s'avérer nécessaire, le Tribunal fédéral a jugé que, « à supposer que le survenance d'une future

A/4199/2016 - 20/28 - aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2). À l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98). De même, dans le cas où un médecin avait considéré que l'implantation ultérieure d'une prothèse nécessiterait la réévaluation du taux de l'indemnité, le Tribunal fédéral a admis que, même si l'opération n'était pas réalisée dans un avenir immédiat, sa prévisibilité n'en demeurait pas moins acquise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_563/2014 du

E. 12

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). 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 LPGA), 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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).

A/4199/2016 - 21/28 - 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 fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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). Une

appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 13

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. 14

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents

A/4199/2016 - 22/28 - invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 15

En l'espèce, le recourant conteste les conclusions de l'intimée relative à sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et, partant, le calcul de son degré d'invalidité.

E. 16

Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports du Dr G _____, notamment ceux des 19 mars et 3 septembre 2014, 8 janvier et 13 octobre 2015, ainsi que celle du rapport de la CRR du 8 décembre 2015, documents sur lesquels l'intimée a fondé la décision litigieuse.

E. 17

En ce qui concerne l'appréciation du Dr G_____, elle est manifestement entachée d'erreur dès lors que ce médecin a considéré à tort que le poignet gauche du recourant n'était pas atteint d'arthrose (cf. avis du 3 septembre 2014). En outre, le médecin d'arrondissement a retenu, sans justification aucune, que certaines lésions de ce membre étaient d'origine malade et ne devaient pas être prises en considération par l'intimée (cf. avis des 19 mars et 24 septembre et 8 janvier 2015), ce qui a par la suite été expressément contredit par un autre médecin de l'intimée. À l'inverse, il a évoqué le diagnostic de maladie de Dupuytren, mais ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité entre cette affection et l'accident du 14 juin 2012, ni n'a précisé si cette atteinte était susceptible d'entraîner des limitations fonctionnelles. De surcroît, le Dr G_____ n'a aucunement motivé ses conclusions relatives à la capacité de travail dans une activité adaptée. Il est particulièrement surprenant qu'il ait considéré que la mobilité au niveau des poignets n'était que légèrement limitée, alors qu'il a relevé une mobilité en extension de 45° des deux côtés (cf. avis du 19 mars 2014) et que l'amplitude normale avoisine les 60°. À cet égard, il est regrettable que le médecin-conseil n'ait pas indiqué les valeurs normales et qu'il ne se soit pas prononcé sur les raisons pouvant justifier des résultats sensiblement différents entre ses deux examens et ceux réalisés par le Dr H_____ (cf. rapport du 28 mai 2015), le Dr I_____ (cf. rapport du 2 juillet 2015) et lors du séjour à la CRR (cf. rapport du 8 décembre 2015). On relèvera encore, s'agissant des limitations fonctionnelles, que l'appréciation du Dr G_____ n'a pas été suivie par le second médecin-conseil de l'intimée invité à se prononcer. Compte tenu de ces considérations, les conclusions du Dr G_____ sont dénuées de toute valeur probante.

E. 18

S'agissant du rapport de la CRR, si les médecins ont relaté les doléances du recourant et semblent les avoir prises en considération, ils n'ont en revanche pas établi d'anamnèse ni n'ont résumé les rapports rendus avant eux par les autres spécialistes, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer s'ils ont eu accès à

A/4199/2016 - 23/28 - l'intégralité du dossier médical du recourant. De plus, les médecins de la CRR ont posé des diagnostics qui n'avaient jusque-là pas été évoqués, en particulier une neuropathie du nerf médian au canal carpien, compatible avec un syndrome du tunnel carpien des deux côtés. Toutefois, il n'est fait aucune mention du lien de causalité entre ce trouble et le sinistre assuré et on ignore si des facteurs étrangers à l'accident ont contribué à cette atteinte, cas échéant dans quelle mesure. De plus, les médecins de la CRR ont indiqué que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées, tout en remettant en cause la bonne volonté du recourant et en jugeant moyenne sa participation aux différentes thérapies, limitée par les douleurs et les autolimitations. À cet égard, il sied de relever que les médecins de la CRR ont consigné les résultats de leurs examens articulaires, sans préciser si les limitations de mobilité observées résultaient des douleurs subjectives, des séquelles de l'accident ou d'une éventuelle atteinte d'origine malade. En outre, ils ont considéré que la situation n'était pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une éventuelle intervention chirurgicale étant envisagée. Ils ont estimé que le recourant resterait « à terme » limité pour les activités nécessitant des mouvements répétitifs des poignets en flexion et extension, et en inclinaison radio-ulnaire et pour le port de charges de plus de 5 kg. On ignore cependant si les restrictions précitées tiennent réellement compte de l'état de santé actuel du recourant, étant rappelé que l'intervention envisagée n'a finalement pas été réalisée. Enfin, le rapport précise que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée

respectant les restrictions retenues est défavorable en lien avec les facteurs contextuels, mais ne se prononce pas expressément sur le taux de la capacité de travail exigible et sur une éventuelle diminution de rendement. Dans ces conditions, le rapport de la CRR du 8 décembre 2015 ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimée ne pouvait donc pas se fonder sur ce document pour retenir une capacité de travail entière dans une activité conforme aux limitations fonctionnelles y énoncées.

E. 19

Enfin, la chambre de céans constate que le rapport du 7 février 2017 de la Dresse Q_____ ne permet pas de pallier aux insuffisances des appréciations du Dr G_____, dès lors que celle-ci se limite pour l'essentiel à résumer les pièces du dossier et à confirmer que le recourant a présenté une fracture complexe nécessitant un traitement chirurgical, ce qui n'a jamais été contesté. Les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse Q_____ correspondent à celles de la CRR (pas de ports de charges répétés de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs des deux poignets en extension et flexion, ainsi qu'en pronation et supination) et à celles du Dr G_____ (pas d'utilisation d'outils vibratoires ou de perçage). La seule explication livrée à ce sujet concerne la diminution à 5 kg de la limite du port de charge arrêtée par le Dr G_____ à 10 kg, au motif qu'un tel poids représenterait une surcharge de l'articulation déjà lésée et serait contre-productif pour l'évolution de l'arthrose.

A/4199/2016 - 24/28 - Les restrictions précitées, toute générales, ne permettent pas de déterminer quelle activité le recourant pourrait encore exercer, faute d'indiquer avec précision quels mouvements sont désormais impossibles à réaliser compte tenu du manque de mobilité et de force, et quels gestes doivent être évités, et dans quelle mesure, en raison des douleurs ou du risque d'aggravation des lésions. La lecture des rapports produits ne permet notamment pas de déterminer si les limitations fonctionnelles résultent de mesures d'épargne ou d'une perte de mobilité et de force. Pour le surplus, les conclusions de la Dresse Q_____ quant à une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, ne reposent sur aucune motivation. Partant, son appréciation ne répond pas non plus aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

E. 20

Enfin, les autres rapports produits dans le cadre de la présente procédure ne contiennent aucune appréciation de la capacité de travail résiduelle ni description des contre-indications présentées par le recourant.

E. 21

Le recourant conteste également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 22

L'intimée a modifié son appréciation et estime désormais ladite indemnité à 32%, sur la base du rapport de la Dresse Q_____ du 7 février 2017. Cependant, la Dresse Q_____ n'a livré aucune information détaillée sur l'état de l'arthrose présentée par le recourant, qu'elle qualifie de « moyenne à grave » pour le poignet gauche et de « grave » pour le poignet droit. Son estimation est basée sur les éléments d'imagerie datant du mois de mai 2015, lorsque l'arthrose était décrite comme « franche » et « large ». Toutefois, on ignore si d'autres examens radiologiques ont été effectués, en particulier si l'arthrose a évolué depuis lors. En outre, la Dresse Q_____ n'a pas non plus indiqué si les troubles présentés par le

recourant à ses deux poignets constituait une « instabilité » devant également être indemnisée. C'est encore le lieu de constater que la Dresse Q_____ n'a pas pris position sur l'existence d'une aggravation prévisible, alors que le Dr G_____ avait évoqué une éventuelle détérioration, sans autre précision. Par conséquent, les conclusions de la Dresse Q_____ quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sauraient à ce stade être confirmées.

E. 23

Au vu de ce qui précède, il apparaît que la décision attaquée repose sur une instruction manifestement insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de trancher le litige. Partant, une expertise orthopédique sera confiée au docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

E. 24

S'agissant des questions complémentaires à la mission d'expertise requises par la SUVA, elles sont admises et seront intégrées à la mission d'expertise.

A/4199/2016 - 25/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Préparatoirement : 2. Ordonne une expertise orthopédique du recourant et la confie au docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, à Fribourg. 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant, notamment les Drs H_____ et P_____. c. Examiner personnellement le recourant, avec l'assistance d'un interprète en langue portugaise, inscrit au Registre des interprètes et traducteurs du Pouvoir judiciaire du canton de Fribourg. d. Si nécessaire ordonner d'autres examens. e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas (anamnèse professionnelle et sociale - évolution et résultat des thérapies) ? 2. Quelles sont les plaintes du recourant ? 3. Quel est le status clinique ? 4. Quels sont les diagnostics ? Depuis quand sont-ils présents et comment ont-ils évolué ? Lesquels de ces diagnostics ont-ils une répercussion sur la capacité de travail ? 5. Les atteintes à la santé sont-elles objectivables ? 6. Existe-t-il une discordance entre les plaintes du recourant et les constatations objectives ? Si oui, veuillez l'expliquer. 7. L'accident du 14 juin 2012 est-il la cause unique ou une cause partielle (« condition sine qua non ») des atteintes à la santé du recourant ?

A/4199/2016 - 26/28 - Plus précisément, quel est le degré de probabilité du lien de causalité : est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ? Plus précisément, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident-ils pour l'existence d'une telle relation de causalité ? Le cas échéant, d'autres possibilités revêtent-elles une importance significative ou entrent-elles raisonnablement en considération ? Veuillez motiver le lien de causalité naturelle pour chaque diagnostic posé. 8. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 14 juin 2012 (maladifs, dégénérateurs, accidentels, autres) qui ont contribué, avec ledit accident en question, à la survenance de l'atteinte, respectivement des atteintes à la santé du recourant ? Pour chaque atteinte, quel rôle ont joué les causes étrangères à l'accident ? Ce rôle s'est-il modifié au cours de l'évolution de l'état de santé de l'assuré ? 9. L'accident du 14 juin 2012 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ? Veuillez motiver. 10. Quels ont été les traitements prodigués ? Sont-ils

terminés ? Si non, quels traitements sont encore nécessaires ? 11. Peut-on attendre de la poursuite d'un traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant ? Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant (état final atteint) ? Quelles atteintes restent imputables à l'accident depuis la stabilisation de l'état de santé de l'assuré ? 12. Quelles sont les limitations fonctionnelles (mouvements, activités ou astreintes qui ne peuvent plus être exécutés par le recourant) liées à chaque diagnostic retenu, puis globalement, puis au regard des seuls diagnostics en relation de causalité avec l'accident ? 13. Les diagnostics retenus entraînent-ils une incapacité de travail durable? 14. Quelle est la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et son évolution dans le temps depuis le 14 juin 2012, en pourcent, en distinguant les diagnostics retenus (en lien de causalité ou non avec l'accident) ? Y-a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure et en raison de quelles atteintes ?

A/4199/2016 - 27/28 - 15. Une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles occasionnées par l'accident du 14 juin 2012 est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant? Si oui, à quel taux et depuis quand? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand? Veuillez donner une description précise des activités adaptées. 16. Quel est le pronostic? 17. Quel est le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due en raison des atteintes provoquées par l'accident ? 18. Une aggravation de l'atteinte à l'intégrité est-elle prévisible ? Si oui, veuillez la quantifier. 19. Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dresse Q_____ du 7 février 2017 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles retenues, l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces restrictions et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ? Si non, pourquoi ? 20. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du rapport de la CRR du 8 décembre 2015? En particulier avec les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus ? Si non, pourquoi ? 21. Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr G_____, en particulier celui du 19 mars 2014 en lien avec les diagnostics et l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ? 22. Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Atteignent-elles une intensité particulière ? Ces douleurs doivent-elles être rattachées à un substrat organique permettant d'expliquer objectivement l'importance des plaintes ? 23. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles actuellement envisageables ? 4. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

A/4199/2016 - 28/28 - 5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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