

## GE\_GERICHTE A/3737/2017 vom 19. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3737\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3737_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/3737/2017 du 19 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE A/3737/2017 del 19 giugno 2018

### Erwägungen

#### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1981, ressortissant kosovar, est arrivé en Suisse le 3 février 2002, au bénéfice d'un visa de courte durée. Entré dans la clandestinité une fois ce visa périmé, il a travaillé pour diverses entreprises genevoises sans prélèvement de cotisations sociales sur son salaire – sauf en 2003. Engagé le 14 décembre 2009 par Monsieur B\_\_\_\_\_ en qualité d'aide-peintre en bâtiment, il a été victime d'un accident de chantier le 17 décembre 2009. Alors qu'il travaillait sur un échafaudage, il a chuté au sol et s'est réceptionné sur les deux mains. Aucune déclaration d'accident n'a été faite à la suite de cet événement. [endif]>![if> 2. Dans un rapport du 21 décembre 2009, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin interne à l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'assuré s'était présenté au service des urgences le 17 décembre 2009 avec des douleurs et une impotence fonctionnelle au niveau de ses deux poignets. Le bilan radiologique avait révélé une fracture de l'extrémité distale du radius (ci-après : EDR) et de l'extrémité distale du cubitus (ci-après : EDC) à droite de type C3 ainsi qu'une fracture de l'EDR et de l'EDC à gauche de type C1. Pratiquée le 19 décembre 2009, l'intervention avait consisté principalement en une réduction ouverte des fractures avec ostéosynthèse des EDR droite et gauche par la pose d'une plaque anatomique de chaque côté. [endif]>![if> 3. Par courrier du 11 février 2010, l'assuré a informé le syndicat SIT de l'existence de cet accident en précisant qu'il s'était fracturé les deux bras. [endif]>![if> 4. Après avoir été informée de l'accident à son tour, la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) a reçu l'assuré en vue de son audition le 31 août 2010. Celui-ci a alors déclaré que l'échafaudage sur lequel il se tenait était situé à une hauteur d'environ 2.80 m du sol. Pour une raison indéterminée, il avait perdu l'équilibre et chuté en avant sur une dalle en béton puis s'était réceptionné sur la paume des deux mains pour amortir le choc. Les lésions se situaient aux poignets gauche et droit mais il y avait également une blessure superficielle à la lèvre. Alors qu'il avait perdu connaissance, des témoins de la scène étaient venus lui porter secours. Face au refus du maître de l'ouvrage d'appeler une ambulance, un collègue de travail l'avait accompagné aux HUG en transports publics. Ce n'était qu'une fois arrivé dans cet établissement qu'il avait repris ses esprits. L'évolution des troubles était favorable pour le poignet gauche mais préoccupante pour le poignet droit. [endif]>![if> Il avait retrouvé une certaine mobilité au niveau du poignet gauche, bien que la flexion de celui-ci, son extension ainsi que sa rotation fussent encore limitées. Il ressentait en outre des tiraillements douloureux qui empêchaient toute manipulation de charges même légères. S'y ajoutaient des douleurs permanentes du poignet, plus

particulièrement la nuit, et un manque important de force de préhension. Il avait beaucoup de peine à effectuer les actes ordinaires de la vie (s'habiller, se laver, se doucher). Son amie l'aidait pour tous ces gestes. L'enroulement total de la main était possible. L'évolution du poignet droit était quant à elle caractérisée par une limitation quasi-totale du poignet (absence de toute sollicitation possible, notamment pour couper des aliments, absence complète de force de préhension, impossibilité d'enrouler la main) et de fortes douleurs permanentes qui, presque toutes les nuits, partaient du poignet droit et se prolongeaient sur tout le bras jusqu'à la nuque. En marge des consultations à l'unité de chirurgie de la main et d'un programme de physiothérapie, il était suivi par le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre, pour un état dépressif lié aux suites de l'accident et sous médication antidépressive. Une reprise de son activité d'aide-peintre en bâtiment n'était actuellement pas envisageable en raison de ses limitations fonctionnelles. Aussi était-il en arrêt de travail complet depuis le 17 décembre 2010 pour une durée indéterminée. Son dernier salaire s'élevait à CHF 26.- par heure pour 177.7 heures de travail par mois, conformément à une convention collective de travail. 5. Entendu par l'assureur le 14 octobre 2010, l'assuré a déclaré qu'en marge de ses troubles des poignets, ses problèmes étaient surtout d'ordre financier mais aussi psychiques, vu qu'il avait « trop réfléchi » à son accident et qu'il en voulait non seulement au maître de l'ouvrage d'avoir refusé d'appeler une ambulance, mais aussi à M. B\_\_\_\_\_ qui avait refusé de reconnaître l'existence de rapports de travail entre eux. 6. Le 15 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). 7. Par communication du 3 décembre 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de son état de santé. 8. Du 22 février au 15 mars 2011, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour une rééducation intensive et une évaluation multidisciplinaire. Dans leur rapport du 13 avril 2011, les médecins de la CRR ont estimé qu'à quatorze mois de l'intervention chirurgicale subie le 19 décembre 2009, l'évolution était défavorable au niveau des deux poignets, marquée par des douleurs persistantes et des limitations fonctionnelles plus importantes du côté droit. Les radiographies montraient une consolidation satisfaisante et une réduction tout à fait correcte, eu égard à la gravité des fractures initiales. Les médecins de la CRR ont également diagnostiqué un syndrome dépressif sévère et relevé la présence de ruminations anxieuses et d'idées noires mais sans idée suicidaire. L'assuré restait pessimiste quant aux chances de récupération « de ce poignet » et ses croyances catastrophistes l'inclinaient à penser qu'il n'était pas possible de se remettre de l'accident qu'il avait subi. 9. Par décision du 9 mai 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il ne remplissait pas les conditions du droit aux prestations d'assurance-invalidité faute d'avoir cotisé à l'AVS pendant au moins une année entière. 10. Entendu le 12 juillet 2011 par l'assureur, l'assuré a déclaré que ses douleurs aux poignets étaient inchangées par rapport à celles qu'il avait mentionnées précédemment. 11. Le 14 octobre 2011, l'assuré s'est rendu auprès du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur et l'a informé de la perte d'une dent dans les trois mois qui avaient suivi l'accident. L'assuré a également signalé la présence de troubles au genou droit, présents avant le sinistre de décembre 2011 (recte : 2009) et de douleurs gastriques qu'il mettait en rapport avec son traitement analgésique. Suite à ce premier examen, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé qu'il était utile de s'entourer de l'avis de spécialistes en chirurgie de la main. 12. Entendu une nouvelle fois le 10 novembre 2011, l'assuré a déclaré à l'assureur que

l'évolution médicale était sensiblement la même que celle qu'il avait évoquée à l'entretien du 12 juillet 2011. Les douleurs étaient toutefois devenues encore plus intenses au niveau du poignet droit. 13. Dans un rapport du 22 décembre 2011, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main à Lausanne, a expliqué que l'examen clinique, en particulier le test de mobilisation des poignets auquel elle avait procédé, n'était guère fiable en raison du comportement auto-limitatif de l'assuré. De ce fait, elle déconseillait tout geste chirurgical supplémentaire, que ce soit une ostéotomie ou une arthrodèse et proposait simplement l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Cette dernière solution méritait d'être retenue parce qu'il y avait beaucoup de matériel au poignet droit et qu'il n'était pas impossible que sa présence fût gênante, notamment en raison d'une vis effleurant la surface. 14. Reçu une nouvelle fois par l'assureur le 9 janvier 2012, l'assuré a indiqué que même si l'évolution médicale était sensiblement la même que celle dont il avait fait mention le 10 novembre 2011, ses douleurs étaient devenues encore plus intenses au niveau des deux poignets. En outre, des douleurs étaient apparues au niveau des épaules, notamment lors des changements de temps. Celles-ci irradiaient également au niveau des cervicales. 15. Dans un rapport du 10 février 2012 relatif à une consultation donnée la veille, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin responsable à l'unité de chirurgie de la main des HUG, a informé le Dr E\_\_\_\_\_ que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse constituait un premier geste opératoire en vue d'une résolution (ne serait-ce que partielle) des symptômes douloureux. L'assuré lui avait décrit des douleurs cervicales et une hypo-acousie droite qui, à sa connaissance, constituaient des éléments nouveaux. Aussi a-t-il invité le Dr E\_\_\_\_\_ à orienter l'assuré vers un médecin pour évaluer ces nouveaux symptômes physiques que l'assuré rattachait à l'accident. 16. Dans un rapport du 22 avril 2012 à l'assureur, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'à la suite de l'intervention du 19 décembre 2009, une évolution défavorable sur le plan algique et fonctionnel était manifeste. Sur le plan radiologique, la complexité de la fracture à droite avait certainement laissé une marche d'escalier significative au radius, dont l'appréciation n'était pas aisée du fait de la présence du matériel d'ostéosynthèse. Actuellement, l'assuré avait perdu une représentation adéquate de ses deux mains dans les aires cérébrales motrices et il y avait un état douloureux qui n'était compréhensible que dans un contexte de CRPS/SDRC (Complex Regional Pain Syndrome ; syndrome douloureux régional complexe ou algodystrophie). Le délai de gestion du cas n'avait pas aidé, la situation socio-professionnelle non plus. Il y avait un état dépressif marqué et, potentiellement, des carences biologiques qui devaient être gérées. 17. Dans un rapport du 27 avril 2012, l'unité de chirurgie de la main des HUG a informé l'assureur que l'assuré ne s'était pas présenté aux dernières consultations et qu'il refusait la programmation de l'ablation de son matériel d'ostéosynthèse. 18. Dans un rapport du 12 novembre 2012 produit en annexe, relatif à une consultation donnée le 26 octobre 2012, les docteurs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin interne, ont fait savoir au Dr H\_\_\_\_\_ qu'en tombant d'un échafaudage le 17 décembre 2009, l'assuré avait aussi été victime d'un impact sur l'hémiface gauche avec perte de connaissance à la clé. Une IRM effectuée le 27 septembre 2012, également motivée par la présence d'un nystagmus à l'œil gauche, avait révélé une hydrocéphalie. En l'absence de trouble de la marche, d'incontinence et de trouble cognitif évident, les caractéristiques d'une hydrocéphalie à pression normale n'étaient pas données. Par ailleurs, compte tenu d'un status neurologique dans les normes et de l'absence de plainte visuelle, de diplopie et de surpoids, il n'y avait pas d'argument pour une hypertension intracrânienne idiopathique.

Sur la base de ces éléments, les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont invité le Dr H\_\_\_\_\_ à pratiquer « un fond d'œil » pour s'assurer de l'absence d'hypertension intracrânienne. Comme il leur manquait également des images pour déterminer s'il y avait une sténose au niveau de l'aqueduc, ils ont également laissé le soin au Dr H\_\_\_\_\_ de mettre en œuvre une IRM complémentaire pour élucider ce deuxième point. Il convenait enfin d'organiser un examen neuropsychologique pour rechercher des troubles dysexécutifs ou intentionnels dans le contexte de l'hydrocéphalie. [endif]>[if> 19. Dans un rapport du 20 novembre 2012, le docteur K\_\_\_\_\_, radiologue, a indiqué avoir procédé, le jour même, à une IRM de la base du crâne. Celle-ci avait révélé une sténose de l'aqueduc du Sylvius avec dilatation du système ventriculaire à l'étage sus-tentorial. [endif]>[if> 20. Le 30 avril 2013, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin interne à la polyclinique de neurologie des HUG, a transmis au Dr E\_\_\_\_\_ un rapport consécutif à une consultation qu'il avait donnée à l'assuré le 11 mars 2013. Dans un rapport du 28 mars 2013 relatif à une consultation du 11 mars 2013, le Dr L\_\_\_\_\_ et le professeur M\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé, ont indiqué qu'ils avaient eu l'occasion de revoir les images en s'adjoignant le concours de la doctoresse E\_\_\_\_\_, neuroradiologue consultante. Celle-ci n'avait pas retenu de sténose de l'aqueduc du Sylvius mais confirmé une discrète dilatation du troisième ventricule, sans signe d'hypertension intracrânienne à l'imagerie. Des consultations ophtalmologiques données fin 2012 et début 2013 montraient également un fond d'œil sans signe en faveur d'une hypertension intracrânienne avec une pupille nette, sans œdème. Cliniquement, la symptomatologie ne parlait pas non plus en faveur d'une hypertension intracrânienne, l'assuré se plaignant essentiellement de cervicalgies irradiantes dans l'hémicrâne gauche, associées à des myoclonies de l'œil gauche et un tiraillement de la commissure labiale gauche. Il ne pouvait plus dormir du côté droit, se plaignait d'une phonophobie avec une symptomatologie très sensible aux changements de temps, d'une chute de l'épaule droite et d'une clavicule droite douloureuse, de douleurs au niveau des poignets et d'un handicap fonctionnel important, de l'inefficacité de la physiothérapie et des traitements médicamenteux (Dafalgan, Nexium et Tramal). Le traitement antidépresseur avait été arrêté récemment. [endif]>[if> Le status neurologique était inchangé par rapport à celui du 26 octobre 2012, marqué par une thymie triste, l'impossibilité d'examiner les poignets des deux côtés à cause d'une forte douleur, des ROT (réflexes ostéo-tendineux) symétriques et normovifs, des réflexes achilléens et rotuliens très vifs et symétriques mais un RCP (réflexe cutanéoplantaire) en extension à droite et indifférent à gauche justifiant un complément de bilan par une IRM médullaire. Dans la discussion consécutive du cas, les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont indiqué en résumé que l'hydrocéphalie du troisième ventricule, suspectée à l'IRM du 27 septembre 2012, avait pu raisonnablement être écartée après avoir revu l'ensemble du bilan effectué. En effet, les neuroradiologues de la polyclinique de neurologie n'avaient retenu ni sténose de l'aqueduc, ni signe d'hypertension intracrânienne à l'IRM. Le status neurologique n'évoquait pas non plus d'hydrocéphalie. Quant au fond de l'œil, il était également sans anomalie. En revanche, le status neurologique était compatible avec des cervicalgies irradiantes et les plaintes cognitives et thymiques compatibles avec un syndrome post-traumatique crânio-cérébral. Compte tenu d'une forte chronicisation des plaintes de l'assuré, d'une discrète anomalie du status neurologique (asymétrie du RCP en extension à droite et indifférent à gauche), d'un trouble psychiatrique sous-jacent et d'un traitement antalgique actuellement inefficace, il était nécessaire que l'assuré bénéficie d'une nouvelle hospitalisation dans un centre spécialisé (par exemple neuro-rééducation, centre spécialisé pour le traitement de douleurs chroniques) afin d'instaurer un traitement antalgique et

antidépresseur associé à un programme de rééducation et éventuellement un traitement comportemental. Une telle hospitalisation offrirait également l'opportunité de réévaluer les fonctions cognitives (bilan neuropsychologique), de faire une ponction soustractive, de pratiquer une IRM médullaire et d'administrer un traitement antalgique et antidépresseur. Cette prise en charge avait été discutée avec le Dr H\_\_\_\_\_, orthopédiste traitant. 21. Le 16 août 2013, l'assuré a été examiné par le Dr E\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 21 août 2013, ce dernier a noté que l'assuré avait été blessé dans la nuit du 5 au 6 juin 2013. Il ressortait plus précisément de diverses pièces qu'une intervention de contrôle brutale de la police – qui visait en réalité un autre occupant du logement inspecté – lui avait causé diverses lésions, constatées quelques heures plus tard par l'unité d'urgences ambulatoires des HUG (« voie verte ») :  
- dermatite avec contusion discrète de l'arcade sourcilière droite ;  
- contusion légère sans hématome de la jonction maxillo-zygomatique droite sans hématome et sans fausse mobilité ;  
- tuméfaction oléocranienne gauche avec limitation totale algique de la mobilité dans tous les axes, compatible avec une bursite traumatique ;  
- contusion du poignet gauche ;  
- douleurs à la palpation de l'articulation temporo-mandibulaire droite, sans fausse mobilité et sans défaut d'occlusion ou d'ouverture ;  
- perte d'une partie d'un plombage dentaire. À l'examen, le Dr E\_\_\_\_\_ a noté que la comparaison avec le précédent examen du 14 octobre 2011 mettait en évidence une nette amélioration de la mobilité des épaules, laquelle avait maintenant une antéflexion satisfaisante à plus de 160°. Il n'y avait plus de trouble dans les rotations ni dans les mouvements d'abduction et d'adduction. Il notait, en revanche, une hypotrophie globale de l'épaule droite, surtout au niveau de la fosse de la région de l'omoplate. La mobilité des coudes était tout à fait normale. S'agissant des poignets, les constatations étaient identiques à celles du 14 octobre 2011 ; le poignet droit semblait immobile et le gauche difficilement mobilisable, avec une probable autolimitation pour ce dernier. L'examen de la mobilité des mains était tout à fait similaire. Aussi pouvait-on se référer à l'examen du 14 octobre 2011 sur ce plan. Dans son appréciation du cas, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé en synthèse que l'accident du 17 décembre 2009 s'était soldé par une fracture bilatérale de l'extrémité distale des deux radius. La situation était difficile à appréhender, car l'assuré avait certes subi des lésions complexes des deux poignets, mais leur évolution était inhabituelle dans un contexte psychiatrique (actuellement suivi) qui avait probablement une influence sur l'évolution du cas. Sur le plan thérapeutique, la situation paraissait bloquée, car l'assuré ne semblait pas d'accord avec l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et son orthopédiste traitant, et le Dr H\_\_\_\_\_ ne paraissait pas non plus très favorable à cette intervention à l'heure actuelle. Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ a noté qu'il rendrait un complément d'appréciation une fois que le docteur N\_\_\_\_\_, psychiatre conseil, se serait prononcé sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 17 décembre 2009 et la situation psychiatrique actuelle. 22. Le 9 octobre 2013, l'assuré s'est rendu auprès du Dr N\_\_\_\_\_ pour y subir un examen psychiatrique. Dans un rapport du 14 octobre 2013, ce médecin a établi le status psychiatrique de l'assuré et posé le diagnostic de troubles de l'humeur, persistants, sans précision (F34.9). Il a noté que les suites de l'événement du 17 décembre 2009 avaient été marquées, sur le plan psychiatrique, par l'apparition d'une symptomatologie dépressive, qui avait été mentionnée une première fois dans le rapport de la CRR du 13 avril 2011. Il semblait que l'assuré avait également été suivi par le secteur ambulatoire des institutions universitaires de psychiatrie des HUG, soit le Dr D\_\_\_\_\_, qui lui aurait également prescrit un antidépresseur. La nature et la durée de ce suivi – qui se serait déroulé sur une période de

six mois – restaient incertaines, aucun document n'étant disponible à ce propos. Depuis environ deux ans, l'assuré était suivi par le docteur O\_\_\_\_\_, psychiatre. Le traitement consistait en entretiens mensuels, complétés par la prescription de Sertraline. Telle que décrite par l'assuré, l'évolution demeurait négative, celui-ci se considérant comme étant toujours totalement déprimé, avec la présence de ruminations anxieuses importantes et un pessimisme croissant par rapport à l'avenir. À l'en croire, il vivait de plus en plus sur un mode régressif, replié sur lui-même avec une diminution de ses activités quotidiennes, ne pratiquait quasiment aucun hobby, ne voyait que quelques proches et ne sortait quasiment plus. Pour le Dr N\_\_\_\_\_ en revanche, l'évolution mettait en évidence une atteinte de l'humeur qui restait difficile à caractériser et à quantifier. En effet, si l'assuré s'était montré abattu en début d'entretien, il avait démontré, au fil de la discussion, une importante réactivité, voire même une irritabilité lorsque certaines questions précises lui avaient été posées. L'assuré avait ainsi expliqué à ce psychiatre qu'il avait diminué très fortement sa tolérance vis-à-vis de certaines personnes, avec notamment un profond sentiment de ne pas être reconnu et d'avoir vécu une succession d'injustices. Selon le Dr N\_\_\_\_\_, on ne relevait donc pas une humeur dépressive installée de manière stable. De même, il existait certaines discordances entre les constats subjectifs et objectifs. L'évolution de l'humeur se révélait relativement atypique, cette évolution négative étant liée, selon l'assuré, à l'évolution négative sur le plan orthopédique. Par ailleurs, il convenait de préciser que le contexte existentiel de l'assuré était pour le moins particulier : il se trouvait en situation illégale en Suisse, dans l'attente de papiers, avec de nombreuses incertitudes concernant son avenir. À cette histoire relativement compliquée était venu s'ajouter, le 6 juin 2013, un « vécu d'agression » lors d'une descente de police qui visait apparemment un autre occupant de son logement. Cet événement avait accentué certaines de ses croyances et largement renforcé son comportement de victime. L'ensemble du tableau recueilli suggérait, comme cela avait déjà été évoqué par le psychiatre de la CRR, la présence d'un processus d'invalidation progressive. Compte tenu de cette évolution, se posait clairement la question des options à prendre, au vu notamment d'un arrêt de travail qui commençait à être contreproductif. Sur la base de ces éléments, le Dr N\_\_\_\_\_ a proposé que l'assuré fût réévalué sur le plan psychiatrique une fois que sa situation serait stabilisée sur le plan orthopédique et clarifiée « sur le plan officiel ». En l'état, son impression première était qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique actuellement. Sur le plan de la causalité naturelle, en l'absence d'antécédents psychiatriques, l'atteinte de l'humeur était apparemment secondaire à l'accident du 17 décembre 2009 ainsi qu'à l'évolution négative consécutive à cet événement. La causalité naturelle était donc probable.

23. Par complément d'appréciation du 14 janvier 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé que que l'assuré n'avait pas voulu donner suite aux propositions d'intervention chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse) faites par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, deux spécialistes reconnus de la chirurgie des membres supérieurs. Dans ce contexte, et face au refus d'une telle intervention, la médecine ne pouvait rien faire pour modifier la situation actuelle. Comme il n'était pas certain, selon l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_, que la situation puisse être améliorée durablement au moyen d'une nouvelle chirurgie (ostéotomie ou arthrolyse), la situation pouvait être considérée comme suffisamment stabilisée pour permettre de tirer le bilan du cas. Pour les séquelles des deux membres supérieurs, l'assuré ne pourrait pas reprendre une activité professionnelle nécessitant les travaux suivants :

- porter des charges pesant plus de 5 kg ;
- utiliser des outils lourds ou vibratoires ;
- effectuer des travaux nécessitant une

force de serrage avec les mains et/ou nécessitant une mobilité en flexion/extension ou pronosupination. Dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles évoquées, l'assuré pourrait avoir une pleine capacité de travail. Enfin, il convenait de souligner que selon l'évaluation faite par le Dr N\_\_\_\_\_ le 14 octobre 2013, il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. Tout en précisant que l'état actuel des deux poignets justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) qui ferait l'objet d'une appréciation séparée, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait une proposition de clôture du dossier à l'assureur, « avec droit à la rechute ». 24. Le 14 janvier 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé à 30 % l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré. En l'état actuel des deux poignets, il existait une arthrose moyenne à sévère de l'articulation radio-carpienne droite. Du côté gauche, il existait également une arthrose radio-carpienne, mais qui était modérée. L'estimation était basée sur la table 5 des barèmes d'indemnisation de la SUVA. Pour le poignet droit, il retenait 20 %, soit un taux intermédiaire entre la fourchette inférieure et supérieure. Pour le poignet gauche, il retenait le taux maximal pour une arthrose moyenne. Il n'y avait pas de pondération vu qu'il s'agissait de lésions bilatérales. Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que son appréciation pourrait être réévaluée en cas d'aggravation ou d'intervention prothétique. 25. Le 16 janvier 2014, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 17 décembre 2009, raison pour laquelle, il mettait fin à la prise en charge des soins médicaux. Ceci ne concernait cependant ni les consultations médicales occasionnelles chez le médecin traitant (deux à trois par année), ni d'éventuels médicaments antalgiques. Ces prestations continueraient à être prises en charge. L'indemnité journalière serait encore allouée jusqu'au 31 mars 2014 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %. 26. Le 15 avril 2014, l'assureur a alloué la somme de CHF 37'800.- à l'assuré à titre d'IPAI. 27. Le 27 juin 2014, l'assureur a versé au dossier des recherches de descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) et sélectionné cinq d'entre elles, soit :  
- agent réceptionnaire ;  
- collaborateur de production (adoucissage circulaire) ;  
- opérateur sur machines ;  
- vendeur de chaussures ;  
- aide de cafétéria. La moyenne des salaires moyens des cinq DPT sélectionnées s'élevait à CHF 48'695.40 en 2014. 28. Par décision du 20 août 2014, l'assureur a accordé une rente d'invalidité à l'assuré, basée sur un degré d'invalidité de 19 %, d'un montant de CHF 11.85 par mois, ainsi qu'une IPAI de 30 % s'élevant à CHF 37'800.-. Il ressortait des informations, notamment sur le plan médical, qu'en dépit des seules séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas trop mettre à contribution ses poignets. Une telle activité, à laquelle correspondaient les cinq DPT sélectionnées, était médicalement exigible la journée entière et pouvait lui rapporter un revenu d'invalidité de l'ordre de CHF 4'076.- (sic) par mois. Pour le revenu sans invalidité, il convenait de se fonder sur un salaire de CHF 26.- par heure, versé sur une base de 40 heures hebdomadaires et 52 semaines par an. S'y ajoutait un pourcentage de 8.33 % à titre de treizième salaire. Ces informations avaient été communiquées par le syndicat SIT, lors de l'entretien du 31 août 2010, et l'assureur avait également tenu compte d'une augmentation progressive de salaire de CHF 0.25 de l'heure pour parvenir à un salaire horaire de CHF 26.75, de sorte que le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 60'275.- (soit CHF 26.75 x 40 heures par semaine x 52 semaines + 8.33 % à titre de 13<sup>ème</sup> salaire) ou CHF 5'023.- par mois. En comparant ce revenu avec le revenu d'invalidité, il en résultait une perte de gain de 19 %, soit : CHF

5'023.- – CHF 4'076.- x 100 / CHF 5'023.- = 18.85, arrondi à 19 %. Dans la mesure où le gain annuel assuré se montait à CHF 936.- (CHF 26.- par heure x 9 heures par jour sur 4 jours, soit le temps de travail effectivement réalisé), la rente d'invalidité s'élevait à CHF 142.27 par an (CHF 936.- x 0.8 x 19 / 100), respectivement CHF 11.85 par mois. La capacité de gain pouvait être réduite non seulement en raison des séquelles organiques mais aussi des troubles psychogènes résultant d'un accident. En l'espèce, des troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. C'est pourquoi, un droit à des prestations n'existait pas à ce titre. 29. Le 19 septembre 2014, l'assuré, assisté d'une avocate, a formé opposition à cette décision, conclu à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire sur le plan médical (neurologique, psychiatrique et orthopédique) et à un nouveau calcul de son gain assuré. Il a également sollicité l'octroi d'un délai pour compléter son opposition, le temps de prendre connaissance de précisions médicales et de témoignages établissant que depuis son arrivée en Suisse en 2002, il avait exercé sans interruption notable une activité professionnelle auprès de divers employeurs. 30. Force était de constater, en l'état, que l'examen de la capacité de travail et de l'atteinte à l'intégrité ne tenait pas compte du traumatisme crânien mentionné par les médecins de la polyclinique de neurologie dans leur rapport du 28 mars 2013. Le dossier devait donc être complété sur ce point. Il convenait de rappeler d'autre part que dans son rapport du 14 octobre 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ proposait une réévaluation sur le plan psychiatrique dès que la situation serait stabilisée sur le plan orthopédique et clarifiée sur le plan officiel. Or, aucune réévaluation n'avait eu lieu de sorte que le dossier devait également être complété sur ce plan. En effet, dans la mesure où seules les séquelles purement orthopédiques avaient été prises en compte par l'assureur, on ne pouvait considérer l'appréciation finale du Dr E\_\_\_\_\_ comme étant complète. Dans son rapport final du 14 janvier 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ avait considéré que le cas était stabilisé et que l'assuré avait une pleine et entière capacité de travail dans une activité professionnelle n'impliquant pas de port de charges de plus de 5 kg, d'utilisation d'outils lourds ou vibratoires ou de travaux nécessitant une force de serrage avec les mains et/ou nécessitant une mobilisation en flexion/extension ou prono/supination. Ces limitations étaient moindres que celles qui résultaient d'un rapport du 23 septembre 2013 du Dr H\_\_\_\_\_. Il ressortait de ce certificat, joint à l'opposition, qu'il existait, en lien avec l'accident du 17 décembre 2009, une limitation majeure de l'emploi du membre supérieur gauche ainsi qu'une incapacité d'emploi du membre supérieur droit. Enfin, l'assuré a contesté le gain annuel retenu de CHF 936.-. Il avait travaillé en qualité de plongeur au P\_\_\_\_\_ de septembre 2002 à août 2003 environ, mais aussi pour diverses personnes exploitant une entreprise individuelle ; il avait ainsi été occupé en qualité de ferrailleur par Monsieur Q\_\_\_\_\_ de septembre 2003 à mai 2004 environ, de peintre en bâtiment par Monsieur R\_\_\_\_\_ de juin 2004 à décembre 2004, de ferrailleur par Monsieur S\_\_\_\_\_ de janvier 2005 à novembre 2009 et en qualité de peintre en bâtiment par M. B\_\_\_\_\_ en décembre 2009. Pour corroborer ces dires, l'assuré a produit des attestations d'anciens supérieurs ou collègues confirmant l'existence d'un rapport de travail avec M. S\_\_\_\_\_. L'assuré a précisé qu'il était encore dans l'attente d'autres attestations établissant qu'il avait toujours travaillé depuis son arrivée en Suisse en 2002. 30. En réponse à un courrier du 2 octobre 2014 de l'assureur l'invitant à donner des précisions sur l'état de santé de l'assuré lors de son admission le 17 décembre 2009 (éventuel GCS [Glasgow Coma Scale], plaintes, constatations physiques et autres), le service des urgences des HUG lui a adressé, outre le compte-rendu opératoire du 21 décembre 2009 déjà évoqué : un résumé de séjour du 17 décembre

2009 du service des urgences mentionnant une fracture du poignet des deux côtés ;

!endif]>![if> - un rapport d'hospitalisation du 21 décembre 2009 de l'unité de chirurgie de la main des HUG, mentionnant les mêmes fractures. Pour le surplus, ce document indiquait qu'il n'y avait rien à signaler à titre de complications médicales ou chirurgicales apparues pendant le séjour, et rien à signaler non plus s'agissant d'éventuelles comorbidités ou antécédents personnels. !endif]>![if> 31. Le 13 novembre 2014, l'assuré a complété son opposition en versant au dossier des attestations datées du 9 octobre 2014 de Mesdames T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, respectivement sœur et tante de l'assuré, qui confirmaient que l'assuré était arrivé en Suisse en 2002 et avait travaillé régulièrement pour le compte de différents employeurs, depuis ce moment jusqu'à son accident survenu fin 2009. L'assuré a en outre produit un rapport du 6 octobre 2014 dans lequel le Dr H\_\_\_\_\_ prenait position au sujet des limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr E\_\_\_\_\_ et les DPT sélectionnées par l'assureur. !endif]>![if> Selon le Dr H\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 14 janvier 2014 lui paraissaient « assez correcte[s] ». En revanche, les cinq DPT retenues dépassaient les compétences physiques que l'on pouvait raisonnablement attendre de l'assuré actuellement. 32. Par appréciation du 17 novembre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé que les rapports initiaux du service des urgences et de l'unité de chirurgie de la main des HUG (rapports des 17, respectivement 21 décembre 2009) n'évoquaient pas l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC). Interrogé par l'assureur sur le point de savoir s'il était nécessaire de s'entourer d'un avis neurologique ou provenant d'une autre discipline, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'entendait pas se prononcer sur les aspects non organiques qui pouvaient se greffer sur la situation complexe de cet assuré. Sur le plan purement orthopédique – qui le concernait –, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé que le Dr G\_\_\_\_\_ et la Dresse V\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes reconnus de la main, avaient déjà donné leur avis. Prenant position au sujet du rapport du 6 octobre 2014 du Dr H\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a souligné que son confrère ne formulait pas d'exigibilité précise, de sorte qu'il convenait de s'en tenir à sa propre appréciation à ce sujet. !endif]>![if> 33. Par courrier du 3 octobre 2016, l'assureur a informé l'assuré qu'« en dépit des rapports initiaux » de décembre 2009, il n'y avait toujours pas de notion de traumatisme crânien. Pour le reste, sans préjudice de la décision sur opposition à venir, il était possible de confirmer l'exigibilité retenue, le gain annuel aussi. Au plan économique, il y avait lieu d'observer à toutes fins utiles que si l'on déterminait le revenu d'invalidé au moyen de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) plutôt qu'à l'aide des DPT sélectionnées, ce revenu serait de toute manière plus élevé que dans la décision initiale, même après un abattement de 15 %. Enfin, l'assureur a imparti un délai à l'assuré pour faire part de ses observations éventuelles. !endif]>![if> 34. Par la suite, l'assuré n'a pas fait usage de trois prolongations de délai successives que l'assureur lui avait accordées pour faire part de ses observations éventuelles. !endif]>![if> 35. Par décision du 11 juillet 2017, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 20 août 2014. La preuve d'un TCC n'avait pas été apportée et, par voie de conséquence, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ce trouble et l'accident du 17 décembre 2009 non plus. Au plan psychiatrique, il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles diagnostiqués et l'accident assuré. S'agissant de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, il convenait de s'en tenir à l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ et d'écarter les observations faites par le Dr H\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 6 octobre 2014 en effet, ce dernier considérait que les limitations retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ étaient « assez correctes ». Pour le surplus, il n'y avait pas lieu de critiquer le choix et la représentativité des DPT, qui étaient parfaitement

adaptées à l'aune des seules séquelles de l'accident du 17 décembre 2009 aux deux poignets. Au demeurant, la détermination du revenu d'invalidé au moyen des DPT était plus favorable à l'assuré que l'alternative offerte par l'ESS ; compte tenu de l'activité légère de substitution que pouvait théoriquement exercer l'assuré, le salaire de référence était celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2014, tableau TA1, tirage skill\_level, ligne « total », niveau de compétence 1), soit CHF 5'312.- par mois ou CHF 63'452.12 par année en tenant compte de la durée de travail moyenne de 41.7 heures par semaine dans les entreprises suisses en 2014 (CHF 5'312.- x 12 x 41.7 / 40 = CHF 63'453.12). Même après abattement pour « circonstances personnelles » de 15 %, on se trouvait toujours en présence d'un revenu de CHF 56'485.- qui restait supérieur au revenu d'invalidé calculé au moyen des DPT. Étant donné que celui-ci s'élevait à CHF 48'950.- (sic), la comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 60'276.- (CHF 5'023.- x 12) laissait apparaître une perte de gain de 18.7 % et un degré d'invalidité de 19 % (18.7 % arrondi à 19 %).

!endif>![if> Pour le calcul des rentes, le salaire déterminant était celui que l'assuré avait gagné durant l'année qui avait précédé l'accident. Même si les affidavits produits les 19 septembre 2014 et 13 novembre 2014 par l'assuré ne manquaient pas de retenir l'attention, rien ne permettait d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un revenu autre que celui de CHF 936.-, réalisé au cours des quatre jours de travail effectués jusqu'à l'accident. S'agissant de l'IPAI, l'assuré tentait d'étendre le champ d'examen à des troubles étrangers à l'accident assuré. Partant, l'indemnité contestée avait été correctement fixée à 30 %, selon l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_. Enfin, le dossier était suffisamment instruit du point de vue médical pour que l'on puisse se prononcer en toute connaissance de cause sur les prestations litigieuses.

36. Le 12 septembre 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction médicale complémentaire sur le plan médical (neurologique et psychiatrique) et nouveau calcul du gain assuré.

!endif>![if> L'intimée avait uniquement tenu compte, dans le calcul de la rente d'invalidité et de l'atteinte à l'intégrité, des séquelles purement orthopédiques, motif pris qu'aucun TCC ne ressortait des rapports médicaux initiaux. Cela était inexact dans la mesure où le recourant, lors de son audition par la SUVA le 31 août 2010, avait également fait état d'une blessure superficielle à la lèvre, ce qui tendait à démontrer qu'il avait bien tapé le sol avec sa tête. Du reste, il avait également fait part de la perte de connaissance subie au Dr N\_\_\_\_\_ ainsi qu'au docteur O\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, qui le suivait depuis le 14 février 2012. Pour appuyer ses dires, le recourant a produit un rapport du 29 août 2012 de ce médecin. Il en ressort qu'en établissant le status mental du recourant le 14 février 2012, le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas dépisté de problème de concentration, mémoire ou orientation dans les quatre modes. La mimique et l'activité psychomotrice étaient normales, mais on notait toutefois une tendance à la déviation de la bouche voire de l'hémiface gauche vers la gauche, ce qui donnait un aspect de rictus « (séquelles du traumatisme crânien? À évaluer ultérieurement) », à de nombreux moments de la conversation, sans difficultés caractérisées de l'élocution toutefois. S'il n'y avait pas d'anxiété, il en allait différemment de l'humeur et de l'expression des affects. Le recourant était déprimé et au bord des larmes selon les sujets abordés. S'y ajoutait un sentiment d'injustice (envers des intervenants qui l'avaient maltraité verbalement) et d'impuissance pour affronter les suites de son accident, de son invalidité et des conséquences de sa situation administrative bancal. Le 29 août 2012, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que si l'assuré ne s'était pas rendu, comme prévu, à toutes les

consultations, il convenait de mettre cela au moins en partie en relation avec les troubles cognitifs qu'il suspectait, après réflexion, être liés au traumatisme crânien subi lors de l'accident, plutôt qu'aux épiphénomènes d'anxiété et de dépression qui avaient suivi. Sur la base de ces éléments, le Dr O\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de probables troubles cognitifs organiques d'origine traumatique (syndrome post-commotionnel ; F06-7) en ajoutant que pour préciser ce diagnostic et évaluer l'utilité d'éventuels traitements, il était absolument nécessaire d'organiser, au cours des prochains mois, un examen neurologique, neuropsychologique et éventuellement d'imagerie cérébrale, les mesures proposées s'inscrivant dans le cadre de problèmes médicaux (complexes à explorer et à pondérer) distincts des facteurs psychosociaux dont ce psychiatre avait connaissance. Dans le cadre des affections relevant de sa spécialité, le Dr O\_\_\_\_\_ a retenu un trouble dépressif modéré à sévère sans symptômes psychotiques (F32.1), ainsi que des séquelles d'état de stress post-traumatique après l'accident de 2009 avec réactivation en période de stress (F43.1). Le recourant a souligné en outre que selon le rapport du 28 mars 2013 du Dr L\_\_\_\_\_ et du Prof. M\_\_\_\_\_, le status neurologique était compatible avec des cervicalgies irradiantes et les plaintes cognitives et thymiques compatibles avec un syndrome post-traumatique crânio-cérébral. En résumé, ce n'était pas parce que ce traumatisme n'avait pas été investigué lors de son séjour aux HUG en décembre 2009 qu'il n'y avait pas eu de traumatisme crânien. Il n'était donc pas possible, à l'instar du Dr E\_\_\_\_\_, d'éliminer purement et simplement l'existence d'un traumatisme crânien. Une instruction complémentaire s'avérait donc nécessaire sur le plan neurologique. Sur le plan psychiatrique, l'intimée avait laissé de côté la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle dans la mesure où il n'y avait pas, selon elle, de causalité adéquate. Le Dr N\_\_\_\_\_, ne se prononçait pas non plus sur la question de la causalité naturelle puisqu'il proposait un réexamen sur le plan psychiatrique une fois la situation stabilisée sur le plan orthopédique et officiel. Ce réexamen n'avait cependant jamais eu lieu. Quant au Dr O\_\_\_\_\_, il n'avait pas non plus examiné la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques qu'il mentionnait dans son rapport du 29 août 2012. Le dossier devait ainsi également être complété par une instruction médicale sur le plan psychiatrique. En effet, la décision attaquée se bornait à indiquer que l'examen des critères jurisprudentiels ne permettait pas de considérer que l'accident avait eu une influence déterminante dans l'apparition ou le développement des troubles psychiques, de sorte que la causalité adéquate et, partant, la responsabilité de l'intimée sur ce point ne pouvaient être admises non plus. Or, l'intimée ne pouvait se prononcer valablement sur la question de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident assuré alors qu'elle n'avait même pas procédé à la classification de l'accident. Sur ce dernier point, le recourant a soutenu qu'il avait été victime d'un accident de gravité moyenne qui remplissait au moins trois critères objectifs pertinents au sens de la jurisprudence, à savoir des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, la gravité des lésions physiques (avec complications sous forme d'algodystrophie) et l'existence de douleurs physiques persistantes, de sorte qu'il fallait admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques qui étaient les siens, sous réserve bien évidemment de l'existence d'un lien de causalité naturelle que l'instruction complémentaire avait précisément pour mission de déterminer. Enfin, il était inexact de retenir un gain annuel de CHF 936.-. Il fallait au contraire considérer comme salaire déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité celui reçu au moment de l'accident, converti en un gain correspondant à la durée normale d'activité du recourant eu égard à la carrière professionnelle qu'il avait accomplie. Dans le

cas particulier, il ressortait des attestations produites qu'il avait toujours travaillé depuis son arrivée en Suisse en 2002 et qu'il avait été engagé par M. B\_\_\_\_\_ dans le cadre d'un contrat oral pour la durée du chantier ou pour une durée indéterminée. En conséquence, l'intimée ne pouvait déterminer le gain assuré au moyen du seul salaire versé par cet employeur du 14 au 17 décembre 2009. Aussi convenait-il de renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle effectue un nouveau calcul du gain assuré. 37. Par réponse du 16 novembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, avec suite de dépens, en soutenant qu'il n'y avait pas lieu d'examiner davantage les suites neurologiques et psychiques de l'accident que le recourant mettait en rapport avec un TCC qui serait survenu lors de cet événement. Lors de son audition par l'intimée le 31 août 2010, le recourant avait certes expliqué avoir perdu connaissance à la suite de l'accident du 17 décembre 2009, cette seule circonstance ne suffisait cependant pas à fonder un tel diagnostic qui avait pour la première fois été évoqué – comme simple éventualité – par le Dr O\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 août 2012. Étant donné que des douleurs cervicales n'avaient été rapportées qu'à partir du mois de janvier 2012 (cf. l'entretien du 9 janvier 2012 avec le recourant et le rapport du 10 février 2012 du Dr G\_\_\_\_\_) et que d'autres troubles compatibles avec un TCC n'avaient été évoqués pour la première fois qu'en 2012 également, il apparaissait manifeste que le recourant n'avait pas présenté le tableau typique des plaintes associées à ce type de traumatisme. Dans ces circonstances, on ne pouvait reprocher à l'intimée d'avoir exclu la survenance d'un TCC lors de l'accident du 17 décembre 2009. En conséquence, la seule question qui demeurait ouverte était celle de savoir si dans l'hypothèse où un lien de causalité naturelle entre les affections psychiques et l'accident du 17 décembre 2009 était donné, ces affections apparaissaient également comme une conséquence adéquate de cet événement. Dans le cas particulier, les circonstances à prendre en considération ne revêtaient pas une intensité suffisante pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis en présence d'un accident de gravité moyenne. Partant, on ne pouvait reprocher à l'intimée d'avoir renoncé à instruire davantage les aspects psychiques du cas. En conséquence, la décision attaquée méritait d'être confirmée en tant qu'elle évaluait à 30 % l'IPAI et fixait à 19 % le degré d'invalidité du recourant, d'autant que les termes de la comparaison des revenus effectuée dans ce contexte n'étaient pas contestés pour le surplus. Enfin, c'était en vain que le recourant contestait le gain assuré retenu par l'intimée à la base de la rente d'invalidité. En effet, aucune pièce ne permettait d'admettre que l'intéressé avait réalisé d'autres revenus durant la période déterminante. 38. Par courrier du 15 décembre 2017, le recourant n'a pas formulé d'observations complémentaires, si ce n'est qu'il maintenait intégralement les termes de son recours et persistait dans ses conclusions. 39. Le 18 décembre 2017, une copie de courrier a été transmise, pour information, à l'intimée. EN DROIT 1. a. 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles

précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou mois fixés par la loi ou par l'autorité compétente ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Suite à la notification de la décision querellée le 12 juillet 2017, le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), a commencé à courir le lendemain. Suspendu du 15 juillet au 15 août 2017, il a repris son cours le 16 août et est arrivé à échéance le 12 septembre 2017. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Cet acte satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

2. Le litige concerne d'une part le degré d'invalidité et le taux de l'IPAI découlant de l'accident du 17 décembre 2009, plus particulièrement les suites neurologiques et psychiques d'un éventuel TCC survenu à cette occasion, d'autre part le montant du gain assuré.

3. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

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).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

c. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de TCC sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles

de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules – respectivement de maux de tête en présence d'un TCC (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1021/2009 du 3 novembre 2010 consid. 5.2) – dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes – qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » – apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23, p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). d. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En d'autres termes, en cas d'atteinte objectivable d'un point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recourent en grande partie (ATF 134 V 109 consid. 2.1). 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). À noter qu'on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils de diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4). 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 d'un TCC (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). On soulignera toutefois qu'en cas de TCC, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C\_270/2011 du 26 juillet 2011 consid. 2.1 et les références citées). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de « coup du lapin » ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_310/2011 consid. 3). 4.

a. 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 LPGGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGGA). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_815/2012 consid. 3.2.1). 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. 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 p. 185 et les références).

b. 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 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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. 4 ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

5. a. Le recourant ne remet pas en cause les conséquences orthopédiques de l'accident telles qu'elles ont été évaluées par le Dr E\_\_\_\_\_ dans ses appréciations des 14 octobre 2011, 16 août 2013 et 14 janvier 2014. Il fait valoir, en revanche, que ce n'est pas parce qu'un TCC n'a pas été investigué lors de son admission aux HUG en décembre 2009 qu'un tel traumatisme n'aurait pas été causé par l'accident. Une telle déduction lui paraît d'autant moins appropriée qu'il ressort de rapports neurologiques et psychiatriques rendus entre 2012 et 2013 qu'il présentait, au cours de la même période, des plaintes cognitives et thymiques et d'autres symptômes compatibles avec un TCC, d'où la nécessité d'une instruction complémentaire d'un point de vue neurologique et psychiatrique.

La chambre de céans constate pour sa part que le recourant allègue certes avoir perdu connaissance à la suite de l'accident. Cela étant, les constatations médicales faites dans les 72 heures après l'accident concernent exclusivement les fractures subies aux deux bras (cf. le rapport du 21 décembre 2009 du Dr C\_\_\_\_\_). Quant à la perte de connaissance invoquée, il y a lieu de rappeler que même dans l'hypothèse où elle se serait produite, on ne saurait automatiquement en inférer l'existence d'un TCC, l'atteinte subie devant se situer, pour un tel traumatisme, à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (cf. ci-dessus : consid. 3d). Au demeurant, ni les neurologues ni les psychiatres consultés ne posent formellement le diagnostic de TCC. Dans leur rapport du 28 mars 2013, le Prof. M\_\_\_\_\_ et le Dr L\_\_\_\_\_ se bornent en effet à

mentionner des plaintes cognitives et thymiques « compatibles avec un syndrome post-traumatique cranio-cérébral ». Quant au rapport du 29 août 2012 du Dr O\_\_\_\_\_, il retient certes de probables troubles cognitifs organiques d'origine traumatique (syndrome post-commotionnel ; F06-7), mais fait dépendre la confirmation de ce diagnostic du résultat d'examens complémentaires qui, de son point de vue, s'imposent sur le plan neurologique, neuropsychologique et éventuellement d'imagerie cérébrale. Force est toutefois de constater que des investigations de cette nature ont bien été menées entre octobre 2012 et mars 2013, mais que celles-ci n'ont pas permis de révéler un déficit fonctionnel organique en lien avec un tel diagnostic (cf. le rapport du 28 mars 2013 du Prof. M\_\_\_\_\_ et du Dr L\_\_\_\_\_). b. Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indéfinie dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin consid. 4 ; 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5). Il en va de même de la causalité naturelle entre un traumatisme de type « coup du lapin » (ou traumatisme juridiquement assimilé) non objectivable d'un point de vue organique et un accident (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_318/2013 du 18 septembre 2013 consid. 5.1). Se pose toutefois la question de savoir si en l'absence d'instruction médicale du cas sous l'angle de la causalité naturelle, l'examen des critères de la causalité adéquate doit se faire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa) ou plutôt en renonçant à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques. On rappellera à cet égard que la première solution s'impose en présence de troubles psychiques apparus après un accident, alors que la seconde doit être choisie en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un TCC (cf. ci-dessus : consid. 3d). En l'espèce, les pièces versées au dossier montrent que l'état de santé de l'assuré a été affecté de manière précoce par des troubles psychiques (cf. le procès-verbal d'audition du recourant du 31 août 2010, le rapport du 13 avril 2011 de la CRR, le rapport du 29 août 2012 du Dr O\_\_\_\_\_ et celui du 14 octobre 2013 du Dr N\_\_\_\_\_). En revanche, ces documents n'indiquent pas si les troubles psychiques font partie du tableau clinique d'un éventuel TCC ou s'ils constituent une affection autonome, distincte de celui-ci (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5). Il est également possible, en présence d'une perte de connaissance apparaissant crédible in casu, que les documents versés au dossier et couvrant, en temps réel, la période de 72 heures après l'accident du 17 décembre 2009 ne tiennent pas compte de l'intégralité du tableau clinique ayant existé pendant cette brève période de latence (cf. par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1021/2009 du 3 novembre 2010 consid. 6.4). Ces questions peuvent rester ouvertes si l'examen du cas à l'aune des critères tirés de la jurisprudence applicable aux traumatismes cervicaux (ATF 134 V 109), plus favorables à l'assuré, conduit de toute façon à la négation du rapport de causalité adéquate (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 6.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_669/2008 du 25 février 2009). c. Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un TCC, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de

l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ; - la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé) ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ; - l'intensité des douleurs (formulation modifiée) ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). En cas d'accident de gravité moyenne, trois critères au moins parmi les sept consacrés dans l'ATF 134 V 109 doivent être réunis pour qu'on puisse admettre un lien de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme cervical ou cranio-cérébral lorsque par ailleurs aucun des critères admis ne revêt en soi une intensité particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5). d. En l'occurrence, il n'est pas contesté et n'apparaît pas contestable que l'événement du 17 décembre 2009 constitue un accident de gravité moyenne stricto sensu. D'après la casuistique en effet, les chutes dont la hauteur est comprise entre 2 et environ 4 mètres entrent en principe dans cette catégorie (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3 et les arrêts cités). Le recourant soutient en revanche que l'accident dont il a été victime aurait été accompagné de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, d'une gravité particulière des lésions subies et de douleurs physiques persistantes. d/aa. Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident s'apprécie de façon objective et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1). Au regard de la négation de ce critère dans des cas similaires, il n'existe pas de motif d'en admettre la réalisation dans le cas d'espèce (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 : chute d'un ouvrier d'une hauteur de 3 à 4 mètres dans une fosse, perte de connaissance après impact au sol et plaies superficielles au visage occasionnées par la chute simultanée de panneaux de décoffrage). d/bb. S'agissant du critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, il faut que ce traitement ait été nécessaire sans interruption importante durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (ATF 134 V 109 consid. 10.2.3). Un traitement médicamenteux consistant en des antalgiques et des anti-dépresseurs n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.4.1). Ces remarques valent aussi pour la physiothérapie (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 5.2 et 8C\_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 5.3). Au regard de ces principes, le fait que le recourant continue à prendre quotidiennement plusieurs médicaments pour soigner ses troubles, qu'il se soumette ponctuellement à des séances de physiothérapie et psychothérapie ainsi qu'à des bilans radiologiques ne permet pas de conclure que le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible serait réalisé. d/cc. D'éventuelles erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ne sont à juste titre pas invoquées par le recourant, de sorte que ce critère doit être également écarté.

d/dd. Le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes requiert l'existence de motifs particuliers ayant compromis la guérison (cf. Alexandra RUMO-JUNGO / André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4<sup>ème</sup> éd., 2011, p. 72 ad art. 6 LAA et les références). À cet égard, le simple motif que la situation d'un assuré ne connaît pas d'amélioration significative depuis la survenance d'un accident ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 5). Le seul fait qu'une thérapie régulièrement suivie ne débouche pas sur une absence de douleurs non plus (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_915/2009 du 10 février 2010 consid. 4.5). Il en va de même du suivi d'un traitement médical et de l'existence de troubles importants, voire même d'une dégradation de l'état de santé psychique et physique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_68/2009 du 7 mai 2009 consid. 5.4). Au vu de ces principes, il est exclu de considérer que la situation du recourant satisfasse au critère des difficultés et/ou des complications importantes apparues au cours de la guérison.

d/ee. En ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante, mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 p. 129 s.). En l'occurrence, de trop nombreux éléments parlent en défaveur d'un tel effort, notamment l'absence d'implication dans les thérapies mises en place par la CRR (non ponctualité, autolimitation, absences fréquentes ; pce 66 intimée, p. 2 et 3), la conviction de l'intéressé qu'il n'est pas possible de se remettre de l'accident subi (cf. rapport du 13 avril 2011 de la CRR), ainsi que le processus d'invalidation mentionné par le Dr N\_\_\_\_\_, celui-ci qualifiant même l'arrêt de travail de contreproductif. Dans ces circonstances, on ne saurait retenir que le critère de l'importance de l'incapacité de travail soit réalisé.

d/ff. En ce qui concerne l'intensité des douleurs, il faut que celles-ci soient importantes et aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). Bien qu'il existe, en l'espèce, non seulement une propension à l'autolimitation mais aussi certaines incohérences, relevées notamment par l'ergothérapeute et les médecins de la CRR (capacités fonctionnelles des membres supérieurs meilleures lorsque le recourant est observé à son insu ; pce 66 p. 1 et 67 p. 6 intimée), il n'en demeure pas moins que l'existence de difficultés dans la vie quotidienne, notamment pour l'habillage (pce 66 p. 1 intimée) apparaît plausible, compte tenu des limitations fonctionnelles existant objectivement au niveau des deux poignets et de douleurs allant croissant en cas de mobilisation et persistant au repos malgré la prise d'antalgiques (pce 67 p. 3 intimée). Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère que le critère de l'intensité des douleurs est réalisé. Cela étant, dans un contexte de « cotation extrêmement élevée des douleurs » (cf. l'appréciation des médecins de la CRR ; pce 67 p. 6) que le Dr H\_\_\_\_\_, dans son rapport du 22 avril 2012, qualifie d'incompréhensible sauf à admettre un CRPS (algodystrophie), ce critère n'atteint pas une intensité telle qu'il suffirait à lui seul sans la réalisation de deux autres critères. Quant à l'algodystrophie, on soulignera au passage que pour peu que cette affection existe réellement, l'on ne saurait en tenir compte (sous l'angle de la causalité naturelle) dès lors que le temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du trouble ne doit pas dépasser six à huit semaines (arrêt du Tribunal fédéral

8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 5.3 et les arrêts cités). Or, il n'existe aucun élément concret apte à établir qu'une algodystrophie est apparue dans un délai de huit semaines à compter de l'accident du 17 décembre 2009. d/gg. S'agissant du critère de la gravité particulière des lésions subies, il convient de souligner qu'un TCC, pour peu qu'il existe, ne suffit pas à lui seul pour admettre le critère de gravité de la lésion ; il est nécessaire que les troubles typiques du tableau clinique caractéristique soient particulièrement graves ou que d'autres circonstances influencent l'ensemble des troubles (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2). Parmi ces circonstances, il convient de tenir compte, dans le cas particulier, des fractures des extrémités distales du radius et du cubitus aux deux bras. Toutefois, il paraît malaisé de considérer que le critère de la gravité particulière des lésions soit réalisé pour autant. En effet, le traitement des fractures était déjà terminé deux jours après l'accident, sans autre intervention chirurgicale par la suite, et il n'est pas contesté, malgré le comportement auto-limitatif du recourant (cf. rapport du 22 décembre 2011 de la Dresse F\_\_\_\_\_ ) et son refus de subir une ablation du matériel d'ostéosynthèse, que les séquelles des deux membres supérieurs ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps respectant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ (cf. ci-dessous : consid. 8). La casuistique ne va pas non plus dans le sens de l'admission d'une réalisation du critère considéré dans le cas d'espèce (cf. par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 53/01 du 16 octobre 2001 : fracture du radius distal gauche, contusions, processus de guérison du poignet lésé retardé par l'apparition d'une arthrose post-traumatique ; cf. aussi la casuistique énumérée dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2.1 et 6.2.2, allant dans le sens d'une admission du critère en présence de lésions plus graves et/ou plus nombreuses). Quoiqu'il en soit, ce point peut rester indéterminé dès lors que, même si l'on admet que le critère de gravité particulière des lésions subies est réalisé, il manquerait de toute manière un troisième critère, en plus de l'intensité des douleurs, pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate dans le cas d'un accident de gravité moyenne stricto sensu . 6. Dans ces conditions, il n'existe pas de lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles neurologiques et psychiques que le recourant met en rapport avec un TCC qui serait survenu lors de cet événement. Aussi n'est-il pas nécessaire de compléter l'instruction médicale sur la survenance d'un tel traumatisme et ses répercussions sur la capacité de travail du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations (appréciation anticipée des preuves ; ci-dessus : consid. 4). Partant, il est possible d'examiner les conséquences de l'accident du 17 décembre 2009 à l'aune des appréciations du Dr E\_\_\_\_\_, dont il convient préalablement d'examiner la valeur probante. 7. a. 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). b. 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). c. 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). c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000). c/bb. 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c/cc. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3). 8. a. En l'espèce, la décision entreprise se fonde sur l'appréciation du 14 janvier 2014 du Dr E\_\_\_\_\_, relative à l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps par le recourant. Fondée sur une connaissance approfondie du dossier et deux examens du recourant, tenant également compte des déclarations de celui-ci, cette appréciation apparaît cohérente et bien motivée. Dans un rapport du 6 octobre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ s'en prend principalement à l'adéquation des cinq DPT retenues par l'intimée en indiquant dans le même temps que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ lui paraissent « assez correcte[s] ». Force est de constater que si tant est qu'une divergence d'appréciation ressort de ces propos, elle ne concerne ni l'exigibilité, ni le taux d'activité (100 %) ni le principe même de l'exercice d'une activité adaptée mais la transposition de l'évaluation du Dr E\_\_\_\_\_ par l'intimée au travers de la sélection des DPT, ce qui est (potentiellement) pertinent pour la détermination du revenu d'invalide (cf. ci-après : consid. 9), mais non pour l'exigibilité médicale en tant que telle. Quant au point de savoir en quoi les limitations retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ seraient seulement « assez correcte[s] », il n'est pas suffisamment développé ni motivé pour qu'il en soit tenu compte, d'autant que le Dr H\_\_\_\_\_ n'indique pas quels éléments auraient été ignorés par le Dr E\_\_\_\_\_. Par conséquent, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à

l'appréciation de ce médecin-conseil. Partant, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les suites de l'accident assuré étaient stabilisées au plus tard en janvier 2014 et que le recourant pouvait par conséquent reprendre une activité professionnelle à plein temps n'impliquant ni port de charges pesant plus de 5 kg, ni utilisation d'outils lourds ou vibratoires ni travaux nécessitant une force de serrage avec les mains. b. En l'absence de causalité adéquate entre l'accident assuré et d'autres troubles que le recourant impute au TCC qui serait survenu lors de cet événement (cf. ci-dessus : consid. 5 et 6), le Dr E\_\_\_\_\_ était fondé à évaluer l'IPAI à l'aune des seules fractures bilatérales de l'extrémité distale des deux radius. Fondée sur le barème d'indemnisation de la table 5 de la SUVA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses), l'estimation d'une IPAI de 30 % ne prête pas le flanc à la critique, son montant de CHF 37'800.- non plus puisque le montant maximal du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- à l'époque de l'accident assuré (art. 25 al. 1 LAA cum art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2015 ; aOLAA – RS 832.202 ; CHF 126'000.- x 30 / 100 = CHF 37'800.-). Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité. Dans la mesure où le recourant ne conteste pas, au stade du recours, le revenu d'invalidité déterminé sur la base de la moyenne des salaires moyens des cinq DPT sélectionnées par l'intimée en 2014 (CHF 48'695.40), soit CHF 4'057.95 (et non CHF 4'076.- comme indiqué dans la décision du 20 août 2014), il n'y a pas lieu d'y revenir. Il en va de même du revenu sans invalidité réalisé en 2009 pour son dernier employeur (CHF 26.- par heure), qui se serait élevé à CHF 26.75 par heure, respectivement CHF 60'275.- par an en 2014 (soit CHF 26.75 x 40 heures par semaine x 52 semaines + 8.33 % à titre de 13<sup>ème</sup> salaire) ou CHF 5'023.- par mois. En comparant ce revenu avec le revenu d'invalidité, la perte de gain s'élève en définitive à 19.21 % du revenu sans invalidité (CHF 5'023.- – CHF 4'058.- x 100 / CHF 5'023.- = 19.21 %) et le degré d'invalidité à 19 % (19.21 % arrondi à 19 % ; ATF 130 V 121 ), comme retenu dans la décision entreprise. 9. a. Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1) ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2, deuxième phrase). Sous réserve de diverses dérogations qui ne concernent pas le présent cas, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA – RS 832.202]). La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA).>[endif]>[if> Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 let. d LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 22 al. 4 OLAA que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1<sup>ère</sup> phrase) ; si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (2<sup>ème</sup> phrase) ; en cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (3<sup>ème</sup> phrase). À noter que l'art. 22 al. 4 OLAA a connu deux modifications entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. La première concerne la 3<sup>ème</sup> phrase, qui est désormais libellée comme suit : « en cas d'activité prévue initialement pour une durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue, pour autant que le plan de carrière actuel ou prévu de l'assuré n'envisage pas pour la suite une autre durée normale de l'activité ». La seconde consiste dans le rajout

d'une 4<sup>ème</sup> phrase ayant la teneur suivante : « La conversion est limitée à la durée autorisée selon le droit applicable aux étrangers ». Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'occurrence, les faits déterminants se sont produits avant l'entrée en vigueur des modifications évoquées. C'est donc au regard de la loi et de la jurisprudence applicables jusqu'au 31 décembre 2016 que le litige doit être tranché en tant qu'il porte sur la détermination du gain assuré. b. Dans un ATF 138 V 106 du 15 décembre 2011, le Tribunal fédéral s'est penché sur les principes régissant la fixation du salaire déterminant pour le calcul de la rente des travailleurs occupés de manière irrégulière. Appelé à trancher le cas d'un assuré victime d'un accident alors qu'il était partie à un rapport de travail limité à trois semaines, la I<sup>ère</sup> Cour de droit social s'est posée la question de savoir si la durée déterminée du contrat de travail entraînait forcément l'application de l'art. 22 al. 4, 3<sup>ème</sup> phrase aOLAA. Elle y a répondu par la négative. D'une part, la jurisprudence avait déjà à maintes reprises interprété le texte de la disposition réglementaire en se fondant sur le critère de la durée normale de l'activité (cf. ATF 118 V 298 consid. 2b ; 114 V 113 consid. 3d ; RAMA 1992 no U 148 p. 117, consid. 4c/aa [arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 19/90 du 10 mars 1992] ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 421/05 du 10 février 2006). D'autre part, il apparaissait difficilement conciliable avec le but de la réglementation spéciale – celui de faire bénéficier les travailleurs occupés de manière irrégulière d'une protection d'assurance appropriée – que le montant de la rente d'invalidité d'un assuré qui, par exemple, avait été placé auprès d'une entreprise par une agence de travail temporaire pour une mission limitée dans le temps se détermine uniquement en fonction du salaire reçu au cours de cette période. Il subsistait en effet un risque que ces assurés soient exclus d'une protection appropriée de l'assurance. Le Tribunal fédéral a dès lors retenu qu'il fallait en toute hypothèse considérer comme salaire déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité celui reçu au moment de l'accident converti en un gain correspondant à la durée normale d'activité de l'assuré eu égard à la carrière professionnelle accomplie jusque-là, y compris les périodes effectuées à l'étranger. Si l'on pouvait déduire de la biographie professionnelle que le contrat de durée limitée auprès d'un employeur correspondait à la durée normale d'activité, la conversion se limitait à la durée prévue selon l'art. 22 al. 4, 3<sup>ème</sup> phrase aOLAA. S'il en résultait que l'intéressé aurait exercé une activité au-delà de la durée de la mission prévue, il fallait se baser sur cette plus longue période d'activité. Enfin, s'il s'avérait que celui-ci aurait travaillé toute l'année, alors la règle de l'art. 22 al. 4, 3<sup>ème</sup> phrase aOLAA ne trouvait pas application (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_705/2010 du 15 février 2012 consid. 5.2). En tant que l'art. 22 al. 4, 4<sup>ème</sup> phrase OLAA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, prévoit que la conversion du salaire reçu est limitée à la durée autorisée selon le droit applicable aux étrangers, cette disposition n'introduit pas de régime plus défavorable aux assurés que par le passé. Dans un arrêt du 17 janvier 2012 en effet, le Tribunal fédéral a rappelé que lors de la fixation du gain assuré, il y a lieu de prendre en considération le droit des étrangers ; celui qui exerce en Suisse une activité lucrative sans être au bénéfice d'une autorisation de travail et dont les chances d'en obtenir une ne sont pas données, ne peut opposer à l'assureur-accidents le fait d'avoir conclu un contrat de durée indéterminée au sens du droit civil. Partant, le gain assuré doit être déterminé uniquement en fonction de la durée effective de l'activité

professionnelle. Dans le cas contraire, on consacrerait une inégalité de traitement par rapport aux autres travailleurs étrangers employés de manière régulière dans le cadre fixé par une autorisation de travail de durée limitée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_807/2011 du 17 janvier 2012 consid. 3.2 et 3.3 et les arrêts cités). Pour les personnes au bénéfice d'une autorisation de travail en Suisse, un assuré ayant travaillé en moyenne quatre mois par an avant son accident et qui, au moment de celui-ci, est engagé pour une durée déterminée, verra son salaire converti sur une période de quatre mois. Toutes choses égales par ailleurs, l'assuré ayant travaillé plus ou moins sans interruption au cours des années précédant l'accident, y compris à l'étranger, sera considéré comme étant partie à un contrat de durée indéterminée. En revanche, pour un assuré étranger, la période de conversion doit toujours être limitée à la durée pendant laquelle le droit des étrangers lui permet d'exercer une activité lucrative en Suisse (ATF 138 V 106 consid. 7.3). c. Il est constant qu'à l'époque de l'accident assuré, le recourant n'était au bénéfice d'aucune autorisation de travail. Il ne ressort par ailleurs pas de ses déclarations ni des pièces versées au dossier que son employeur, M. B\_\_\_\_\_, ait entrepris ou été sur le point d'entreprendre des démarches visant à obtenir une autorisation de travail en sa faveur à cette époque. Au demeurant, même si tel avait été le cas, une telle demande n'aurait selon toute vraisemblance pas abouti dès lors que le recourant n'est pas ressortissant d'un État partie à l'accord sur la libre circulation des personnes (Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 ; RS 0.142.112.681 – ALCP). En effet, compte tenu de l'ordre de priorité fixé à l'art. 21 de la loi fédérale sur les étrangers du 16 décembre 2005 (RS 142.2 – LEtr), un employeur doit notamment démontrer n'avoir trouvé aucune personne correspondant au profil requis, que ce soit parmi les citoyens suisses, les titulaires d'une autorisation d'établissement ou de séjour ayant le droit d'exercer une activité lucrative ou les ressortissants d'un État avec lequel la Suisse a conclu un accord sur la libre circulation des personnes. Ainsi, même s'il s'avérait que le recourant était partie à un contrat de durée indéterminée ou qu'il avait travaillé plus ou moins sans interruption depuis 2002 avant d'entrer au service de M. B\_\_\_\_\_ pour une durée déterminée, il ne saurait s'en prévaloir vis-à-vis de l'intimée, en l'absence de permis de travail ou de chance réaliste de se voir délivrer une telle autorisation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_67/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.2 et 4.3 pour un cas et une appréciation similaire). En conséquence, une conversion du salaire réalisé auprès de M. B\_\_\_\_\_ sur une période plus longue que la durée de travail effective n'entre pas en considération. Partant, l'intimée était fondée à déterminer le gain annuel assuré sur la base des quatre jours de travail accomplis du 14 au 17 décembre 2009. Comme il n'est pas contesté pour le surplus que ce gain se monte à CHF 936.- (soit CHF 26.- par heure x 9 heures par jour sur 4 jours de travail effectivement réalisés jusqu'à l'accident), la décision entreprise ne peut qu'être confirmée en tant qu'elle fixe le montant de la rente d'invalidité à CHF 142.27 par an (936 x 0.8 x 19 / 100), respectivement CHF 11.85 par mois. 10. Au regard de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. 11. a. Vu l'issue donnée au recours, aucune indemnité de procédure ne sera allouée au recourant (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 LPA a contrario). b. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse

qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). \*\*\*\*\* 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.