

GE_GERICHTE A/4199/2016 vom 20. Oktober 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4199_2016

FR: GE_GERICHTE A/4199/2016 du 20 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/4199/2016 del 20 ottobre 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, PERLY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, de nationalité portugaise, s'est installé seul à Genève en 2011, son épouse et leurs deux enfants étant restés au Portugal. Il a travaillé dès le 12 avril 2011 pour l'entreprise C_____ SA (ci-après : l'employeur) en qualité de maçon. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).! [endif]> [if> 2. Le 14 juin 2012, l'assuré a été victime d'un accident. Alors qu'il travaillait sur un chantier, il a chuté et s'est réceptionné sur les deux poignets en extension. Il a été conduit aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) où ont été posés les diagnostics de fracture de l'extrémité distale du radius gauche associée à une fracture de la styloïde ulnaire gauche, de fracture de l'extrémité distale du radius droit associée à une fracture de la styloïde ulnaire et de fracture du versant dorsal de l'os pyramidal à gauche. L'assuré est rentré à domicile le 15 juin 2012 et a été convoqué pour une intervention. Il a ainsi séjourné au département de chirurgie des HUG du 18 au 21 juin 2012 et l'ostéosynthèse bilatérale des poignets a été réalisée le 19 juin 2012. L'incapacité de travail était totale dès le jour du sinistre (cf. compte-rendu opératoire du 20 juin 2012 et lettres de sortie des HUG des 26 et 28 juin 2012). ! [endif]> [if> 3. En date du 17 janvier 2013, l'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de la SUVA, en présence de son beau-frère qui a servi d'interprète. À cette occasion, il a notamment indiqué avoir été licencié au 1 er août 2012 et présenter des douleurs, un manque de force et de mobilité, ainsi qu'une perte de sensibilité au niveau des doigts. Droitier, il n'arrivait ni à fléchir ni à relever la main droite. Le traitement consistait en deux séances de physiothérapie par semaine pour les deux poignets et la prise d'antidouleurs. ! [endif]> [if> 4. Le 25 février 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), lequel a pris en charge un cours de français intensif pour débutant. ! [endif]> [if> 5. Le 28 mai 2013, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux poignets a été réalisée aux HUG. Les suites opératoires ont été simples et l'assuré a pu quitter les HUG avec des attelles ergo amovibles. L'incapacité de travail était totale et à réévaluer dans les deux semaines (cf. rapport opératoire du 28 mai 2013 et lettre de sortie des HUG du 30 mai 2013).! [endif]> [if> 6. Par rapport du 29 juillet 2013, le docteur D_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a relevé que l'évolution était lentement favorable, que le traitement consistait en de la physiothérapie et que l'assuré manquait de force et d'amplitudes. L'incapacité de travail demeurait entière. ! [endif]> [if> 7. Dans un rapport du 25 octobre 2013, le docteur E_____, médecin interne aux HUG, a confirmé

que l'évolution était lentement favorable et signalé une algodystrophie des deux poignets. Une reprise du travail n'était en l'état pas possible et devrait être évaluée neuf à douze mois après l'opération, selon l'évolution.![endif]>![if> 8. Le 29 janvier 2014, une arthro-CT du poignet droit a été réalisée en raison de la persistance des douleurs. Selon le rapport y relatif établi le jour même, avaient été constatés une ulcération cartilagineuse mettant à nu l'os sous chondral sur 4 mm par 4 mm au moins aux dépens de la fossette scaphoïdienne du radius distal, un défaut ostéochondral relativement volumineux mesurant dans le plan coronal 6 mm de la tête du cubitus et une perforation de la portion centrale du ligament triangulaire du carpe. ![endif]>![if> 9. Le 20 février 2014, une arthro-CT du poignet gauche a notamment mis en exergue une perforation de la portion centrale du ligament triangulaire du carpe, une proéminence de la styloïde cubitale pouvant prédisposer un conflit stylo-triquétral, une rupture de la portion moyenne du ligament scapho-lunaire et un important amincissement du cartilage du pisiforme mettant quasiment à nu l'os sous chondral à ce niveau. ![endif]>![if> 10. Selon les indications communiquées par l'employeur, l'assuré travaillait 45 heures par semaine et avait droit à un salaire horaire de CHF 28.80 en 2012, ainsi qu'à 8.3% à titre de 13^{ème} salaire et 10.60% à titre de vacances. Pour 2013, le salaire horaire était augmenté à CHF 28.95 et le droit aux vacances à 13%. Pour 2014, le salaire était porté à CHF 29.05 (cf. questionnaires des 12 décembre 2013 et 29 janvier 2014).![endif]>![if> 11. Par rapport du 11 mars 2014, le docteur F_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs mécaniques inflammatoires des deux poignets évaluées à 9/10, avec des douleurs plus importantes à droite. Il présentait une arthrose radiocarpienne post-traumatique bilatérale pour laquelle un traitement chirurgical était proposé. Dans un premier temps, une dénervation au poignet droit était suggérée puis, dans un deuxième temps, une ostéotomie de raccourcissement de l'ulna au poignet gauche. ![endif]>![if> 12. En date du 19 mars 2014, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a rendu un rapport suite à son examen médical réalisé la veille. L'assuré, accompagné par un membre de son entourage qui effectuait la traduction, avait expliqué qu'il n'arrivait pas à porter des charges de plus de 5 kg et ressentait des douleurs insupportables au niveau des poignets dès qu'il augmentait une activité physique. La douleur était permanente du côté droit, remontait en direction de l'avant-bras, et l'assuré présentait également une diminution de la force de serrage. À gauche, la douleur était moins importante, mais la force était également diminuée. Lors des activités quotidiennes, l'assuré était obligé de changer de main pour porter des charges. Dans ses constatations objectives, le médecin-conseil a indiqué que la mobilité des coudes était normale et qu'il était difficile d'obtenir des mesures fiables concernant la coiffe des rotateurs en raison des douleurs alléguées. Au niveau des poignets, le médecin d'arrondissement a relevé des mobilités en flexion et extension de 55°/0/45° des deux côtés, la présence de nodules et de rétraction tendineuse au niveau des mains, une mobilité limitée du 4^{ème} doigt et des adhérences de l'aponévrose palmaire superficielle. Il s'agissait probablement d'une maladie de Dupuytren bilatérale en voie évolutive. La circumduction du pouce était limitée avec une distance pulpe-pouce doigts à environ de 1 cm à droite et 0 cm à gauche sauf entre le pouce et le 5^{ème} doigt gauche limité à 1 cm. Objectivement, sur le plan clinique, la mobilité des articulations des poignets demeurait légèrement limitée. Les efforts physiques ne représentaient que ce que l'assuré affirmait avoir comme handicap, en particulier la douleur qui était de toute façon subjective. Eu égard au dernier rapport produit, la situation ne pouvait pas être considérée comme stabilisée et la chirurgie envisagée devait être prise en

charge par la SUVA s'agissant de la dénervation. En revanche, la proposition d'ostéotomie de raccourcissement du côté gauche relevait d'une anomalie constitutionnelle, déjà présente au moment du sinistre. Une reprise de l'activité de maçon semblait peu probable vu les lésions au niveau articulaire des poignets. Il était souhaitable que l'assuré évite le port de charges supérieures à 10 kg et l'utilisation d'outils vibratoires ou de perçage. Les mouvements répétitifs des poignets et ceux nécessitant une force de serrage étaient également à éviter. Dans un travail adapté tenant compte de ces restrictions, l'assuré pourrait travailler à temps complet dès la stabilisation de son cas. Une réévaluation devrait être réalisée trois mois après l'intervention.!

13. En date des 19 mars et 10 juin 2014, l'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de la SUVA. Il a notamment déclaré avoir effectué une formation professionnelle dans le bâtiment, laquelle n'était toutefois pas reconnue en Suisse. Les séances de physiothérapie avaient été interrompues, faute de résultats satisfaisants, mais il continuait à prendre des antidouleurs. Compte tenu de la barrière de la langue, de l'âge, du peu de cotisations, du manque de projets et de l'incapacité de l'assuré à se projeter dans l'avenir, toute mesure d'ordre professionnel serait vouée à l'échec.!

14. Le 6 mai 2014, une dénervation du poignet droit a été réalisée suite à une arthrose radio-carpienne post-traumatique. Les suites opératoires étaient simples et l'assuré a quitté les HUG avec un plâtre le lendemain. L'incapacité de travail était totale et à réévaluer après un mois (cf. compte-rendu opératoire du 6 mai 2014 et lettre de sortie des HUG du 16 mai 2014).!

15. Par rapport du 1^{er} juillet 2014, le docteur H_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a considéré que l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 3 août 2014 et qu'une diminution de la mobilité du poignet était à craindre. !

16. Dans un certificat médical du 14 juillet 2014, ce médecin a prolongé l'incapacité totale de travail de l'assuré jusqu'au 15 septembre 2014.!

17. En date du 3 septembre 2014, le Dr G_____ a estimé à 12% l'atteinte à l'intégrité. Il a expliqué que cette appréciation était basée sur la table 5 des barèmes d'indemnisation établis et publiés par les médecins de la SUVA. Il retenait le taux supérieur proposé pour une arthrose radio-carpienne moyenne compte tenu du dernier bilan radiologique disponible qui confirmait une arthrose radio-carpienne à droite. En outre, il a ajouté 2% pour prendre en considération la fracture du poignet gauche, lequel ne présentait pas d'arthrose. En cas d'aggravation ultérieure, ceci pourrait être modifié. !

18. Dans une appréciation du 4 septembre 2014, le Dr G_____ a considéré que le cas était suffisamment stabilisé et que la reprise du travail prononcée par le médecin traitant témoignait de la bonne évolution de la chirurgie pratiquée au mois de mai 2014. !

19. En date du 17 septembre 2014, le Dr H_____ a exposé au médecin-conseil de la SUVA qu'aucune reprise du travail n'avait été prévue, que l'assuré présentait une arthrose post-traumatique de ses deux poignets, que les résultats de l'opération du poignet droit étaient moyens et que l'assuré était toujours dans l'attente d'une chirurgie du poignet gauche. Aucune reprise d'activité professionnelle n'était en l'état possible. Il pria le médecin-conseil de convoquer l'assuré pour une évaluation de ses deux poignets, de faire un bilan complet et d'évaluer si une intervention au niveau du poignet gauche était justifiée.!

20. Par courrier du 19 septembre 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 octobre 2014 et lui a confirmé qu'elle ne prendrait pas en charge les troubles du poignet gauche, de nature malade.!

21. Selon une appréciation du 24 septembre 2014 du Dr G_____, il convenait de modifier le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en ne prenant en compte que le poignet droit. Le taux était ainsi fixé à

10%.!]> 22. En date du 15 octobre 2014, la SUVA a versé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à un taux de 10%.!]> 23. Le 5 novembre 2014, l'assuré a contesté l'origine malade de ses lésions au niveau du poignet gauche et toute stabilisation de son état de santé. Il a prié la SUVA d'instruire complètement son dossier en sollicitant notamment l'avis du Dr G_____ et, si nécessaire, celui des HUG.!]> 24. Par courrier du 8 janvier 2015, le Dr G_____ a indiqué au Dr H_____ que la dénervation du poignet gauche lui paraissait tout à fait cohérente compte tenu de la complexité des fractures présentées au moment de l'accident. Concernant la proposition d'une ostéotomie de raccourcissement, elle ne pouvait être considérée comme la conséquence du sinistre car il s'agissait d'une anomalie constitutionnelle.!]> 25. Le 5 février 2015, la SUVA a ré-adressé au Dr H_____ le courrier précité, précisant être dans l'attente de sa réponse pour pouvoir statuer sur le dossier de l'assuré.!]> 26. Par décision du 16 avril 2015, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 21% dès le 1^{er} novembre 2014, sur la base d'un gain annuel assuré de CHF 60'568.- et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12%, soit CHF 15'120.-. La SUVA a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées par son médecin d'arrondissement et qu'une telle activité permettrait à l'intéressé de réaliser un revenu de CHF 4'530.- par mois. Comparé au gain de CHF 5'726.- par mois, qu'il percevrait sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 20.88%.!]> 27. Le 15 mai 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, qu'il estimait basée sur un dossier succinct et lacunaire. Il a notamment reproché à la SUVA de ne pas avoir suffisamment instruit son dossier et a contesté que les lésions du poignet gauche ne soient pas dues à l'accident assuré.!]> 28. En date du 26 mai 2015, le Dr H_____ a attesté d'une totale incapacité de travail du 1^{er} janvier au 30 juin 2015.!]> 29. Par rapport du 28 mai 2015, le Dr H_____ a rappelé que la dénervation du poignet droit n'avait engendré que des résultats moyens. L'évaluation demandée en septembre 2014 au médecin de la SUVA quant à une dénervation du poignet gauche n'avait toujours pas eu lieu. Depuis septembre 2014, les douleurs étaient stables au niveau des deux poignets. Elles empêchaient l'assuré de reprendre une activité professionnelle et le gênaient dans la vie quotidienne. Radiologiquement, il n'y avait pas eu de changement ni de progression de l'arthrose entre septembre 2014 et la consultation du 26 mai 2015. À l'examen clinique du poignet droit, la flexion/extension était de 40°/0/40°, l'inclinaison ulnaire à 15°, l'inclinaison radiale à 0°, l'évaluation de la douleur à 9/10 EVA (pour échelle visuelle analogique) à l'effort et à 0/10 au repos, la pronation était complète mais il y avait un déficit de supination d'environ 20° et la force au Jamar était environ de 10 kg. Concernant le poignet gauche, la flexion/extension était de 50°/0/45°, l'inclinaison ulnaire à 15°, l'inclinaison radiale à 0°, l'évaluation de la douleur à 7/10 EVA à l'effort et à 0/10 au repos, la pronation était complète mais il y avait un déficit de supination d'environ 15° et la force au Jamar était environ de 10 kg. Il y avait une douleur diffuse au niveau des deux poignets et de la partie proximale de la main avec un début de raideur de l'articulation métacarpo-phalangienne 4 et 5 en extension à droite.!]> 30. Le 9 juin 2015, l'assuré a subi une nouvelle arthro-CT du poignet droit qui a permis de conclure à une large arthrose radio-scaphoïdienne au moins débutante, à une rupture de la portion moyenne et une perforation de la portion dorsale du ligament scapho-lunaire, à un défaut ostéochondral de la tête du cubitus au niveau de l'interligne radio-cubital distal.!]> 31. Le 30 juin 2015, le Dr H_____ a écrit au médecin-conseil de la SUVA que les douleurs étaient prédominantes à droite, raison pour

laquelle il avait été décidé de se focaliser pour le moment sur ce poignet. Compte tenu de la franche arthrose radio-carpienne, une intervention de type arthrodèse radio-scapho-lunaire et une résection de la tête de l'ulna pour supprimer un conflit ulnocarpien avaient été proposées à l'assuré. La reprise de l'activité antérieure après l'opération suggérée ne pouvait absolument pas être garantie et il avait été expliqué à l'assuré qu'une telle intervention avait pour but de diminuer les douleurs, mais qu'il perdrait en mobilité.

32. Dans un rapport du 2 juillet 2015, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et spécialiste de la main, a relevé avoir examiné l'assuré qui souhaitait un deuxième avis. Lors de son examen, la mobilité en flexion était de 45° à droite et de 50° à gauche, de 30° en extension à droite et de 40° à gauche, la supination était à 90° à droite et 80° à gauche, la pronation à 30° à droite et 70° à gauche. La prise de force était à 10 kg des deux côtés, étant précisé que compte tenu du gabarit de l'assuré et de son métier, elle devrait être de 50 à 60 kg. L'arthroscanner du poignet droit montrait des lésions d'arthrose post-traumatique radio-carpienne et radio-ulnaire inférieure. Le spécialiste était pessimiste quant à l'évolution dans le cadre de l'emploi de maçon et il n'existait pas d'intervention permettant d'obtenir mobilité, force et indolence. Il craignait que les opérations, quelles qu'elles soient, ne conduisent à des résultats décevants et il préconisait une réorientation professionnelle dans un métier n'utilisant pas la force, selon les compétences de l'assuré.

33. Par courrier du 28 juillet 2015, le Dr G_____ a répondu au Dr H_____ que l'intervention chirurgicale relative au poignet droit serait prise en charge par la SUVA, dès lors qu'elle était la conséquence directe d'un traumatisme.

34. Le 13 octobre 2015, le Dr G_____ a rendu un rapport suite à nouvel examen de l'assuré. Ce dernier, toujours incapable de communiquer en français malgré les cours suivis, n'avait aucun projet professionnel. Il relatait des douleurs persistantes et ne souhaitait pour l'instant pas la chirurgie d'arthrodèse proposée. Lors de son examen, le médecin-conseil a constaté une incohérence à l'examen des épaules et une éventuelle autolimitation concernant les épaules et les coudes. La mobilité des poignets demeurait limitée à 55°/0/45° en flexion/extension et il y avait une discrète différence avec plus d'inclinaison cubitale à gauche, ce qui était douloureux. La mobilisation passive semblait déclencher la douleur. Au niveau des mains, l'examen était similaire à celui de 2014, mais la distance pulpe/paume était de 0 des deux côtés. Afin de pouvoir évaluer les capacités fonctionnelles de l'assuré, un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) semblait nécessaire.

35. Du 27 octobre au 17 novembre 2015, l'assuré à séjourné à la CRR. Dans leur rapport du 8 décembre 2015, les docteurs J_____, chef de clinique, et K_____, médecin-assistant, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour des limitations fonctionnelles et des douleurs chroniques des poignets. Ils ont également mentionné, à titre de diagnostics supplémentaires, une arthrose radio-carpienne post-traumatique des deux côtés, une maladie de Dupuytren bilatérale, une neuropathie du nerf médian au canal carpien sensitivomotrice axonomyélinique bilatérale, une chute le 14 juin 2012 de sa hauteur et réception sur les deux poignets, avec une fracture de l'extrémité distale du radius gauche associée à une fracture de la styloïde ulnaire gauche, une fracture du versant dorsal de l'os pyramidal à gauche et une fracture de l'extrémité distale du radius droit associée à une fracture de la styloïde ulnaire. Une haute tension artérielle, une hypercholestérolémie, un diabète non insulino-dépendant et une obésité ont été signalés à titre de comorbidités. À l'entrée, un examen complet du status ostéoarticulaire, des épaules, des coudes, des poignets et des mains avait été réalisé, mais cet examen avait été limité par des autolimitations et un

comportement douloureux. Concernant les poignets, les amplitudes en flexion-extension étaient de 40°/0/40° à droite et 55°/0/40° à gauche, l'inclinaison radio-ulnaire de 20°/0/10° à droite et 15°/0/20° à gauche, la prono-supination de 80°/0/70° à droite et 70°/0/70° à gauche. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels, soit l'absence de qualification, la mauvaise compréhension du français, la durée de l'incapacité de travail et l'âge, influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. La participation de l'assuré aux différentes thérapies avait été considérée comme moyenne, limitée par les douleurs et les autolimitations. Une évaluation des capacités fonctionnelles avait été réalisée le 16 novembre 2015 et toutes les épreuves avaient été limitées par les douleurs et la volonté de donner le maximum était jugée incertaine, le niveau de cohérence faible. Aux ateliers professionnels, une évaluation de deux heures dans des activités très légères de tri de pièces avait été interrompue en raison des douleurs. La situation n'était pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. L'assuré devait revoir son chirurgien afin de discuter l'indication chirurgicale à une neurolyse du nerf médian au canal carpien des deux côtés. Il n'y avait pas à attendre de gain fonctionnel marqué au vu des attentes du patient, mais ces interventions pourraient amener une amélioration de sa qualité de vie. À terme, l'assuré demeurerait limité pour les activités nécessitant des mouvements répétitifs des poignets en flexion-extension ou en inclinaison radio-ulnaire et pour le port répété de charges de plus de 5 kg. Le pronostic de réinsertion dans l'activité de maçon était défavorable pour des facteurs médicaux et les facteurs non-médicaux énoncés, étant ajouté que l'assuré ne se voyait pas reprendre une quelconque activité et restait dans l'attente d'une solution asséculo-logique. Ainsi, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable compte tenu des facteurs contextuels. ![/endif]>![if> Étaient annexés au rapport les pièces suivantes : - un rapport du docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, suite à un examen électroneuromyographique réalisé le 9 novembre 2015 ; l'assuré se plaignait d'une diminution de la mobilité des poignets, de la persistance de fourmillements pratiquement en continu au niveau de tous les doigts, à nette prédominance à droite ; l'examen électro-physiologique était compatible avec un syndrome du tunnel carpien des deux côtés au vu de la présence d'une neuropathie médiane sensitivomotrice axonodémyélinisante focale au carpe des deux côtés ; compte tenu de l'importante symptomatologie et de la durée des symptômes cliniques, une approche chirurgicale par neurolyse des nerfs médians semblait justifiée ;![/endif]>![if> - un rapport du docteur M_____, chef de service et médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, relatif à la période passée aux ateliers professionnels, du 30 octobre au 4 novembre 2015 ; l'assuré avait été pris en charge aux ateliers sur une période de deux heures consécutives et il lui avait été demandé d'effectuer le tri de jetons en plastique en fonction de quatre critères, activité réalisée en position debout et impliquant un port de charge très léger (moins de 5 kg) ; la vitesse d'exécution avait été lente, l'assuré avait commis de nombreuses erreurs et avait interrompu l'exécution au motifs de douleurs trop importantes ; il avait adopté un comportement autoprotecteur, avait peur de chuter à nouveau, son attitude était marquée par des gestes démonstratifs de ses limitations, il était passif et la communication en français impossible ; il ne se voyait pas travailler à nouveau et attendait des solutions médicales et asséculo-logiques ; il était dans un processus d'invalidation avancé ; la reprise de l'ancienne activité était impossible et une réorientation était indispensable ; cependant, au vu des différents facteurs médicaux et contextuels, le

pronostic de retour sur le marché du travail apparaissait défavorable ;![endif]>![if> - un compte-rendu de l'évaluation des capacités fonctionnelles réalisée par Madame N_____, physiothérapeute ; les performances réalisées représentaient ce que l'assuré avait accepté de faire et non pas ses aptitudes physiques maximales, étant précisé que plusieurs tâches n'avaient pas été effectuées et que d'autres avaient été interrompues par l'assuré avant que l'évaluatrice puisse observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger ; la volonté de donner le maximum aux différents tests avait été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation faible ; l'assuré affirmait avoir moins de force qu'à l'entrée ; ![endif]>![if> - un rapport d'ergothérapie de Madame O_____, ergothérapeute, daté du 19 novembre 2015 suite à une prise en charge du 28 octobre au 16 novembre 2015 ; l'assuré décrivait des difficultés au quotidien dans les activités nécessitant de la force, lesquelles augmentaient les douleurs au niveau des poignets ; le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main droite était de 34%, soit la moyenne de la mobilité de la main (32% - les mouvements étaient incomplets ou ralentis), de la force de préhension (20% - Jamar : 9 kg ; Pinchmètre : 3 kg), de la prise monomanuelle et du déplacement d'objets (52% - mouvements ralentis, non réalisables avec des objets lourds) et de la fonction bimanuelle (32% - compensation et lenteur). Du côté gauche, le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main droite était de 37%, soit la moyenne de la mobilité de la main (32% - mouvements incomplets), de la force de préhension (34% - Jamar : 13 kg ; Pinchmètre : 3.5 kg), de la prise monomanuelle et du déplacement d'objets (55% - mouvements ralentis, non réalisables avec des objets lourds) et de la fonction bimanuelle (32% - compensation et lenteur) ; en conclusion, la prise en charge avait conduit à une légère amélioration des amplitudes articulaires ; toutefois, l'assuré décrivait une augmentation des douleurs avec une diminution de la force qui le gênaient au quotidien ; les techniques de mobilisation active s'étaient avérées efficaces ; la participation de l'assuré était jugée moyenne car il était rapidement limité par les douleurs lors des exercices ; ![endif]>![if> - un rapport de réadaptation de l'appareil locomoteur mentionnant que la participation de l'assuré avait été minimale en raison de la sensation de douleur ressentie lors de tous les exercices actifs proposés ; à l'issue du séjour, le physiothérapeute avait observé un statu quo et une participation minimale aux thérapies proposées ; au vu des résultats obtenus, aucune proposition de poursuite ambulatoire n'était formulée.![endif]>![if> 36. Par rapport du 22 février 2016, le docteur P_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a indiqué à la SUVA que les investigations pratiquées avaient permis de conclure à la destruction de l'articulation radio-ulnaire distale, à une arthrose radio-scapho-ulnaire du poignet droit. Le traitement entrepris consistait en une immobilisation dans une attelle et en une proposition d'arthrodèse. L'activité de maçon n'était plus possible et un changement de profession était nécessaire. ![endif]>![if> 37. Le 31 mai 2016, le Dr P_____ a relevé avoir proposé à l'assuré une arthrodèse radio-scapho-ulnaire et une procédure de Darrach afin de traiter l'arthrose radio-ulnaire distale. Un essai par plâtre avait été effectué durant 15 jours afin de donner une idée au patient de la probable mobilité après cette intervention prévue en août 2015. Après ce test d'immobilisation par attelle plâtrée, l'assuré avait clairement indiqué qu'il préférait une attitude expectative malgré les douleurs. L'assuré avait été revu en mars et en mai 2016, sans évolution par rapport au status algique. Vu l'attente irréaliste de l'assuré qui demandait une garantie de résultat opératoire, à savoir une amélioration de la mobilité, de la force et des douleurs, l'indication opératoire ne pouvait pas être retenue.![endif]>![if> 38. En date du 8 juin 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle

mettrait un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2016 et examinerait son droit à une rente dès le 1^{er} juillet 2016 puisque la situation était stabilisée.![endif]>![if> 39. Dans une appréciation du 21 juin 2016, le Dr G_____ a considéré que l'exigibilité de l'examen du 18 mars 2014 était retenue, que la SUVA pourrait accepter de prendre en charge les consultations médicales à raison de trois ou quatre par année pendant deux ans, puis une à deux ensuite pour les trois années suivantes, ainsi que de prendre en charge les attelles et les traitements antalgiques. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 10% le 23 septembre 2014 demeurait d'actualité. ![endif]>![if> 40. Dans un document interne daté du 21 juin 2016, la SUVA a sélectionné cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) en Suisse romande qui ne supposaient qu'une formation interne, comprise entre deux jours et douze mois, soit les activités de collaborateur de production (DPT n°11554), d'aide de cafétéria (DPT n°798), d'employé d'horlogerie (DPT n°3729), de collaborateur de production (DPT n°597315) et d'ouvrier de scierie (DPT n°593892). Elle a mentionné les salaires 2016 minimum, maximum et moyen de ces postes, soit une moyenne de CHF 52'567.40, CHF 59'161.20 et CHF 55'864.40. ![endif]>![if> 41. Par décision du 16 septembre 2016, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 19%, basée sur un gain annuel assuré de CHF 60'568.-, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Elle a par ailleurs retiré l'effet suspensif d'une éventuelle opposition.![endif]>![if> 42. Dans un rapport non daté, reçu par la SUVA le 23 septembre 2016, le Dr I_____ a indiqué avoir à nouveau été consulté par l'assuré qui s'interrogeait sur la justification d'une nouvelle opération. Il avait expliqué au patient qu'il fallait faire des choix : si la douleur était au premier plan, une arthrodèse du poignet pourrait se justifier au détriment de la mobilité ; en revanche, si le fait d'avoir une perte de la mobilité était au premier plan, il valait mieux ne pas se faire à nouveau opérer. Ce médecin a en outre rappelé que l'assuré avait développé une maladie de Dupuytren avec une forme palmo-digitale du 4^{ème} rayon à droite et à gauche, avec à droite une rétraction de l'articulation interphalangienne proximale de 30°, de l'articulation métacarpo-phalangienne de 0 sur une peau infiltrée et à gauche une rétraction réductible au niveau de l'interphalangienne proximale mais avec des difficultés de mettre la main à plat. En outre, l'assuré présentait un syndrome du tunnel carpien. ![endif]>![if> 43. Le 11 octobre 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 16 septembre 2016. Après avoir constaté que la SUVA n'avait jamais statué sur son opposition du 15 mai 2015, il s'est étonné que la diminution de sa capacité de gain fût passée de 21% à 19% et que le taux d'intégrité soit ramené de 12% à 10%. Ces taux étaient totalement arbitraires, ne reposaient sur aucun fondement et étaient en contradiction avec les éléments médicaux de son dossier. Il sollicitait la production de tout son dossier, la reprise immédiate du versement des indemnités journalières et l'annulation des décisions rendues, étant précisé que la diminution de son incapacité de gain était totale suite à l'événement accidentel et que le taux de diminution de son intégrité était d'au moins 40% compte tenu des lésions subies.![endif]>![if> 44. Le 13 octobre 2016, la SUVA a communiqué à l'assuré l'intégralité de son dossier.![endif]>![if> 45. Par décision incidente du 14 octobre 2016, la SUVA a refusé de rétablir l'effet suspensif à la décision querellée. À toutes fins utiles, un délai était octroyé à l'assuré au 31 octobre 2016 pour compléter son opposition. ![endif]>![if> 46. Par décision sur opposition du 7 novembre 2016, la SUVA a confirmé sa décision du 16 septembre 2016 en reprenant les motifs y exposés, faute de tout complément à l'opposition. Elle a rappelé que le Dr G_____ avait conclu que l'assuré, incapable de reprendre son activité habituelle, pouvait exercer une activité plus légère

permettant d'éviter le port de charges de plus de 10 kg, l'utilisation d'outils vibrants ou de perçage, ainsi que les mouvements répétitifs des poignets et ceux nécessitant une force de serrage. Les facteurs non médicaux n'avaient pas à être pris en considération. Les DPT choisis pour déterminer le gain d'invalidité étaient adaptés au handicap de l'assuré. La comparaison entre le revenu sans invalidité de CHF 5'727.- et le revenu exigible d'au moins CHF 4'655.- laissait apparaître une perte de gain de 18.71%, de sorte que le taux d'invalidité était arrêté à 19%. La SUVA a relevé que l'OAI avait estimé que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2014 et avait conclu à une perte économique de 14%. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été estimée à 12% par le Dr G_____, en retenant le taux supérieur pour une arthrose radio-carpienne moyenne et ajoutant 2% en considération de la lésion au poignet gauche. Cette estimation n'était contredite par aucune pièce du dossier.!

47. En date du 7 novembre 2016, l'assuré a complété son opposition. Il a estimé ne pas pouvoir exercer les professions sélectionnées dans les DPT en raison de ses limitations fonctionnelles. En outre, le Dr G_____ avait considéré que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'avait subi aucune modification depuis le 23 septembre 2014 et la décision du 16 avril 2015 retenait un taux de 12%.!

48. Par acte du 7 décembre 2016, l'assuré, représenté par un conseil, a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 7 novembre 2016 et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente de 50% au minimum dès le 1^{er} juillet 2016 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 50%. Il a notamment relevé que l'intimée n'avait pas expliqué pour quelle raison les taux d'invalidité et de l'atteinte à l'intégrité retenus dans la décision du 16 septembre 2016 étaient moins élevés que ceux mentionnés dans la décision initiale du 16 avril 2015. Concernant les DPT, les professions retenues n'étaient absolument pas adaptées à ses limitations fonctionnelles, dès lors qu'elles impliquaient soit des activités de motricité fine, soit l'usage des poignets, soit le port de charges. Il ressortait du rapport de la CRR qu'il était totalement inapte à effectuer une quelconque activité professionnelle, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et contextuelles. Ainsi, le gain hypothétique fixé par l'intimée ne reposait sur aucune réalité. Concernant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il avait été arrêté arbitrairement à 10% alors qu'il avait été initialement fixé à 12% et qu'il n'y avait pas eu d'évolution de son état de santé. De surcroît, le taux de 12% supposait une atteinte à un seul poignet, ce qui était contraire aux constatations médicales. Puisqu'il souffrait d'empêchements à ses deux poignets, le taux devait être fixé à au moins 50%. L'assuré a précisé qu'il ne maîtrisait pas la langue française. !

49. Par décision du 19 décembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique aux fins du recours interjeté à l'encontre de la décision de l'intimée du 7 novembre 2016.!

50. Dans sa réponse du 13 février 2017, l'intimée a conclu à l'admission partielle du recours, à l'annulation de la décision entreprise en tant qu'elle allouait au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% et à ce que cette indemnité soit fixée à 32%. L'intimée a indiqué avoir à nouveau sollicité l'avis de sa division médicale puisque les restrictions retenues par son médecin-conseil différaient de celles observées lors du séjour à la CRR. Dans son évaluation du 7 février 2017, la docteure Q_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'intimée, avait estimé que le port répété de charges supérieures à 5 kg devait être exclu. Partant, la décision entreprise procédait d'un établissement erroné des faits en tant qu'elle se fondait sur l'appréciation de son médecin-conseil du 24 juin 2016. Même si l'appréciation de la Dresse Q_____ ne se basait pas sur un examen personnel du recourant, il convenait de reconnaître une valeur probante à

son rapport, dont les conclusions se confondaient avec celles des médecins de la CRR. À cet égard, l'intimée a souligné que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié depuis son séjour de 2015. En outre, il devait être donné raison au recourant lorsqu'il expliquait que les DPT prises en considération n'étaient pas adéquates. Cela étant, les recherches de DPT correspondant aux réelles possibilités du recourant n'avaient pas donné un résultat représentatif de ce qu'il pourrait réaliser en tant qu'invalidé. Référence était ainsi faite à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, niveau de compétences 1), soit CHF 5'312.-, montant porté à CHF 5'587.70 pour 2016, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail et de l'évolution des salaires nominaux. Afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles, un abattement de 15% était appliqué, étant rappelé que les restrictions concernaient des mesures habituelles d'épargne qui n'affectaient pas la capacité de gain dans une profession adaptée, que le recourant était âgé de 55 ans au moment déterminant, que ses carences de la langue française et sa courte expérience professionnelle devaient être relativisées au regard des activités encore exigibles. Ainsi, le salaire d'invalidé était fixé à CHF 4'749.50, soit un montant supérieur à celui pris en considération dans la décision entreprise, de sorte que le degré d'invalidité devait être confirmé par substitution de motifs. S'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Dresse Q_____ avait relevé que le Dr G_____ avait omis de tenir compte des lésions observées au poignet gauche. Elle avait arrêté à 32% l'atteinte à l'intégrité. Il y avait donc lieu de faire partiellement droit aux conclusions du recourant et de lui allouer une telle indemnité. À l'appui de son écriture, l'intimée a produit le rapport de la Dresse Q_____ du

E. 7

février 2017, document basé sur le dossier complet de l'intimée, dont les clichés d'imagerie. Elle a expliqué qu'elle rejoignait l'avis des opérateurs et considérait que le recourant avait présenté une fracture intra-articulaire complexe nécessitant un traitement chirurgical avec un pronostic réservé (développement d'arthrose, douleurs persistantes et fonction du poignet limitée). Le rétrécissement de l'espace articulaire avec des marques d'usure était très bien visualisable sur l'imagerie. Concernant la détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle retenait, sur la base de la table 5 des barèmes d'indemnisation, une arthrose radio-carpienne moyenne à grave pour le poignet gauche avec un taux de 10%, une arthrose radio-carpienne grave avec un taux de 20% à droite, et un taux de 2.5% puisqu'il y avait « bilatéralité ». S'agissant des limitations fonctionnelles, il était clair que le recourant ne pouvait plus exercer son métier de maçon vu l'arthrose bilatérale avec un déficit de l'extension, de la pronation et de la force au niveau du poignet droit et de la force à gauche. Par contre, un travail adapté sans port de charges répété de plus de 5 kg, sans mouvements répétitifs des deux poignets en extension, en flexion, en pronation et en supination, sans utilisation d'outils vibratoires ou de perçage était tout à fait exigible avec un rendement de 100%. Elle a encore précisé qu'elle ne pouvait pas se rallier à l'avis du Dr G_____, lequel avait estimé que la variance ulnaire positive à gauche était d'origine malade, faute d'être en possession d'iconographie du radius gauche antérieur à l'accident. En conclusion, elle ne confirmait que partiellement les conclusions du Dr G_____ quant aux limitations fonctionnelles puisque le port de charge de 10 kg entraînerait une surcharge de l'articulation déjà lésée. En outre, ce médecin avait omis de prendre en considération l'arthrose radio-carpienne présente au niveau du poignet gauche, laquelle était séquellaire au sinistre de façon certaine. L'intimée a également communiqué une nouvelle estimation relative à des DPT et a sélectionné les activités de collaborateur de production (DPT n°8984 ; DPT

n°5825 ; DPT n°597315), de rectifieur (DPT n°11553) et d'agent de sécurité (DPT n°7399).

51. Dans sa réplique du 21 mars 2017, le recourant a intégralement persisté dans les conclusions de son recours. Il a relevé que la décision litigieuse avait été rendue sans que l'intimée ne procède à de quelconques mesures d'instruction. La Dresse Q_____ s'intéressait presque exclusivement au taux d'atteinte à l'intégrité, à l'exclusion de celui de l'incapacité de gain, mais n'avait absolument pas motivé ses choix, alors même que la table 5 prévoyait des taux entre 5% et 25% selon le degré d'arthrose qualifié de moyen à grave. De plus, la table précisait que le taux devait être plus élevé lorsque l'arthrose était accompagnée d'une instabilité. Compte tenu des atteintes subies aux deux poignets, le taux de 32% était encore insuffisant. S'agissant de la capacité de gain, la nouvelle manière de faire de l'intimée était à nouveau arbitraire et ne tenait pas compte des importantes limitations fonctionnelles mises en exergue, étant rappelé que le pronostic de réinsertion avait été jugé défavorable par la CRR, quelle que soit l'activité. En outre, les médecins de la CRR avaient conclu qu'il ne pouvait pas effectuer des tâches manuelles simples, de sorte que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur le salaire statistique d'un homme effectuant des activités manuelles simples pour établir sa perte de gain. De même, l'appréciation de la Dresse Q_____ selon laquelle la capacité de travail étant entière, sans diminution de rendement, n'était pas crédible compte tenu des importantes limitations fonctionnelles concernant le port répété de charges de plus de 5 kg, les mouvements répétitifs des deux poignets en extension, flexion, pronation et supination, l'utilisation d'outils vibratoires et de perçage. On ignorait tout de la profession que le recourant pourrait effectivement exercer sur le marché du travail. Enfin, la Dresse Q_____ ne l'avait pas examiné et s'était contentée de lire son dossier. Concernant le taux d'abattement de 15%, il ne tenait pas compte de l'ensemble des circonstances et devait être porté à 25%. ![/endif]>![if> 52. Par duplique du 19 avril 2017, l'intimée a également maintenu ses conclusions. Elle a contesté ne pas avoir suffisamment instruit le dossier du recourant, ajoutant avoir sollicité un avis complémentaire de sa division médicale dans le contexte de la présente procédure. Il ne lui incombait pas de prendre en charge les facteurs contextuels compromettant la réinsertion professionnelle du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. ![/endif]>![if> 53. Le 3 octobre 2017, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en leur impartissant un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions à lui soumettre. ![/endif]>![if> 54. Par écriture du 17 octobre 2017, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert désigné ni d'observations concernant les questions posées. ![/endif]>![if> 55. Par écriture du 17 octobre 2017, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à soulever à l'encontre de l'expert désigné, mais a requis que des modifications ou des questions supplémentaires soient ajoutées à celles formulées dans le dispositif de la mission d'expertise. ![/endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). ![/endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. ![/endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA

constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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

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

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

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à

l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 8. a. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement. Cette indemnité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, elle se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). 9. a. Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). À teneur de l'art. 36 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant

toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). b. Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Ce dernier doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc).

10. a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 1^{ère} phrase). Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3). Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). b. La division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3). La table 5.2 prévoit un taux d'atteinte à l'intégrité compris entre 5 et 10% pour une arthrose moyenne radiocarpienne ou intracarpienne. Lorsque l'arthrose est grave, le taux est compris en 10 et 25%. Si l'articulation présente en outre une instabilité, le taux le plus élevé doit être retenu.

11. a. Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. b. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 et la référence). L'importance prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base de constatations médicales (ATF 132 V 393 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 97 et les références). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînaît « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). Concernant un assuré dont les médecins avaient considéré que « vu les différentes lésions subies un diagnostic est difficile à prévoir et dépendra beaucoup de l'évolution arthrosique des différentes articulations et de leur sollicitation » et que la gonarthrose était « lentement évolutive » si bien qu'il n'était pas

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

E. 12

janvier 2015 consid. 5.3.2). 12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser

des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 15. En l'espèce, le recourant conteste les conclusions de l'intimée relative à sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et, partant, le calcul de son degré d'invalidité. 16. Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports du Dr G_____, notamment ceux des 19 mars et 3 septembre 2014, 8 janvier et 13 octobre 2015, ainsi que celle du rapport de la CRR du 8 décembre 2015, documents sur lesquels l'intimée a fondé la décision litigieuse. 17. En ce qui concerne l'appréciation du Dr G_____, elle est manifestement entachée d'erreur dès lors que ce médecin a considéré à tort que le poignet gauche du recourant n'était pas atteint d'arthrose (cf. avis du 3 septembre 2014). En outre, le médecin d'arrondissement a retenu, sans justification aucune, que certaines lésions de ce membre étaient d'origine malade et ne devaient pas être prises en considération par l'intimée (cf. avis des 19 mars et 24 septembre et 8 janvier 2015), ce qui a par la suite été expressément contredit par un autre médecin de l'intimée. À l'inverse, il a évoqué le diagnostic de maladie de Dupuytren, mais ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité entre cette affection et l'accident du 14 juin 2012, ni n'a précisé si cette atteinte était susceptible d'entraîner des limitations

fonctionnelles.![endif]>![if> De surcroît, le Dr G_____ n'a aucunement motivé ses conclusions relatives à la capacité de travail dans une activité adaptée. Il est particulièrement surprenant qu'il ait considéré que la mobilité au niveau des poignets n'était que légèrement limitée, alors qu'il a relevé une mobilité en extension de 45° des deux côtés (cf. avis du 19 mars 2014) et que l'amplitude normale avoisine les 60°. À cet égard, il est regrettable que le médecin-conseil n'ait pas indiqué les valeurs normales et qu'il ne se soit pas prononcé sur les raisons pouvant justifier des résultats sensiblement différents entre ses deux examens et ceux réalisés par le Dr H_____ (cf. rapport du 28 mai 2015), le Dr I_____ (cf. rapport du 2 juillet 2015) et lors du séjour à la CRR (cf. rapport du 8 décembre 2015). On relèvera encore, s'agissant des limitations fonctionnelles, que l'appréciation du Dr G_____ n'a pas été suivie par le second médecin-conseil de l'intimée invité à se prononcer. Compte tenu de ces considérations, les conclusions du Dr G_____ sont dénuées de toute valeur probante. 18. S'agissant du rapport de la CRR, si les médecins ont relaté les doléances du recourant et semblent les avoir prises en considération, ils n'ont en revanche pas établi d'anamnèse ni n'ont résumé les rapports rendus avant eux par les autres spécialistes, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer s'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant. De plus, les médecins de la CRR ont posé des diagnostics qui n'avaient jusque-là pas été évoqués, en particulier une neuropathie du nerf médian au canal carpien, compatible avec un syndrome du tunnel carpien des deux côtés. Toutefois, il n'est fait aucune mention du lien de causalité entre ce trouble et le sinistre assuré et on ignore si des facteurs étrangers à l'accident ont contribué à cette atteinte, cas échéant dans quelle mesure.![endif]>![if> De plus, les médecins de la CRR ont indiqué que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées, tout en remettant en cause la bonne volonté du recourant et en jugeant moyenne sa participation aux différentes thérapies, limitée par les douleurs et les autolimitations. À cet égard, il sied de relever que les médecins de la CRR ont consigné les résultats de leurs examens articulaires, sans préciser si les limitations de mobilité observées résultaient des douleurs subjectives, des séquelles de l'accident ou d'une éventuelle atteinte d'origine malade. En outre, ils ont considéré que la situation n'était pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une éventuelle intervention chirurgicale étant envisagée. Ils ont estimé que le recourant resterait « à terme » limité pour les activités nécessitant des mouvements répétitifs des poignets en flexion et extension, et en inclinaison radio-ulnaire et pour le port de charges de plus de 5 kg. On ignore cependant si les restrictions précitées tiennent réellement compte de l'état de santé actuel du recourant, étant rappelé que l'intervention envisagée n'a finalement pas été réalisée. Enfin, le rapport précise que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les restrictions retenues est défavorable en lien avec les facteurs contextuels, mais ne se prononce pas expressément sur le taux de la capacité de travail exigible et sur une éventuelle diminution de rendement. Dans ces conditions, le rapport de la CRR du 8 décembre 2015 ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimée ne pouvait donc pas se fonder sur ce document pour retenir une capacité de travail entière dans une activité conforme aux limitations fonctionnelles y énoncées. 19. Enfin, la chambre de céans constate que le rapport du 7 février 2017 de la Dresse Q_____ ne permet pas de pallier aux insuffisances des appréciations du Dr G_____, dès lors que celle-ci se limite pour l'essentiel à résumer les pièces du dossier et à confirmer que le recourant a présenté une fracture complexe nécessitant un traitement chirurgical, ce qui n'a jamais été contesté. ![endif]>![if> Les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse Q_____ correspondent à celles de la CRR

(pas de ports de charges répétés de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs des deux poignets en extension et flexion, ainsi qu'en pronation et supination) et à celles du Dr G_____ (pas d'utilisation d'outils vibratoires ou de perçage). La seule explication livrée à ce sujet concerne la diminution à 5 kg de la limite du port de charge arrêtée par le Dr G_____ à 10 kg, au motif qu'un tel poids représenterait une surcharge de l'articulation déjà lésée et serait contre-productif pour l'évolution de l'arthrose. Les restrictions précitées, toute générales, ne permettent pas de déterminer quelle activité le recourant pourrait encore exercer, faute d'indiquer avec précision quels mouvements sont désormais impossibles à réaliser compte tenu du manque de mobilité et de force, et quels gestes doivent être évités, et dans quelle mesure, en raison des douleurs ou du risque d'aggravation des lésions. La lecture des rapports produits ne permet notamment pas de déterminer si les limitations fonctionnelles résultent de mesures d'épargne ou d'une perte de mobilité et de force. Pour le surplus, les conclusions de la Dresse Q_____ quant à une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, ne reposent sur aucune motivation. Partant, son appréciation ne répond pas non plus aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. 20. Enfin, les autres rapports produits dans le cadre de la présente procédure ne contiennent aucune appréciation de la capacité de travail résiduelle ni description des contre-indications présentées par le recourant. 21. Le recourant conteste également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. 22. L'intimée a modifié son appréciation et estime désormais ladite indemnité à 32%, sur la base du rapport de la Dresse Q_____ du 7 février 2017. Cependant, la Dresse Q_____ n'a livré aucune information détaillée sur l'état de l'arthrose présentée par le recourant, qu'elle qualifie de « moyenne à grave » pour le poignet gauche et de « grave » pour le poignet droit. Son estimation est basée sur les éléments d'imagerie datant du mois de mai 2015, lorsque l'arthrose était décrite comme « franche » et « large ». Toutefois, on ignore si d'autres examens radiologiques ont été effectués, en particulier si l'arthrose a évolué depuis lors. En outre, la Dresse Q_____ n'a pas non plus indiqué si les troubles présentés par le recourant à ses deux poignets constituaient une « instabilité » devant également être indemnisée. C'est encore le lieu de constater que la Dresse Q_____ n'a pas pris position sur l'existence d'une aggravation prévisible, alors que le Dr G_____ avait évoqué une éventuelle détérioration, sans autre précision. Par conséquent, les conclusions de la Dresse Q_____ quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sauraient à ce stade être confirmées. 23. Au vu de ce qui précède, il apparaît que la décision attaquée repose sur une instruction manifestement insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de trancher le litige. Partant, une expertise orthopédique sera confiée au docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. 24. S'agissant des questions complémentaires à la mission d'expertise requises par la SUVA, elles sont admises et seront intégrées à la mission d'expertise. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Préparatoirement : 2. Ordonne une expertise orthopédique du recourant et la confie au docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, à Fribourg. 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant, notamment les Drs H_____ et P_____. c. Examiner personnellement le recourant, avec l'assistance d'un interprète en langue portugaise, inscrit au Registre des interprètes et traducteurs du Pouvoir judiciaire du canton de Fribourg. d. Si

nécessaire ordonner d'autres examens. e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas (anamnèse professionnelle et sociale - évolution et résultat des thérapies) ? 2. Quelles sont les plaintes du recourant ? 3. Quel est le status clinique ? 4. Quels sont les diagnostics ? Depuis quand sont-ils présents et comment ont-ils évolué ? Lesquels de ces diagnostics ont-ils une répercussion sur la capacité de travail ? 5. Les atteintes à la santé sont-elles objectivables ? 6. Existe-t-il une discordance entre les plaintes du recourant et les constatations objectives ? Si oui, veuillez l'expliquer. 7. L'accident du 14 juin 2012 est-il la cause unique ou une cause partielle (« condition sine qua non ») des atteintes à la santé du recourant ? Plus précisément, quel est le degré de probabilité du lien de causalité : est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ? Plus précisément, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident-ils pour l'existence d'une telle relation de causalité ? Le cas échéant, d'autres possibilités revêtent-elles une importance significative ou entrent-elles raisonnablement en considération ? Veuillez motiver le lien de causalité naturelle pour chaque diagnostic posé. 8. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du

E. 14

juin 2012 (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) qui ont contribué, avec ledit accident en question, à la survenance de l'atteinte, respectivement des atteintes à la santé du recourant ? Pour chaque atteinte, quel rôle ont joué les causes étrangères à l'accident ? Ce rôle s'est-il modifié au cours de l'évolution de l'état de santé de l'assuré ? 9. L'accident du 14 juin 2012 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ? Veuillez motiver. 10. Quels ont été les traitements prodigués ? Sont-ils terminés ? Si non, quels traitements sont encore nécessaires ? 11. Peut-on attendre de la poursuite d'un traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant ? Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant (état final atteint) ? Quelles atteintes restent imputables à l'accident depuis la stabilisation de l'état de santé de l'assuré ? 12. Quelles sont les limitations fonctionnelles (mouvements, activités ou astreintes qui ne peuvent plus être exécutés par le recourant) liées à chaque diagnostic retenu, puis globalement, puis au regard des seuls diagnostics en relation de causalité avec l'accident ? 13. Les diagnostics retenus entraînent-ils une incapacité de travail durable ? 14. Quelle est la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et son évolution dans le temps depuis le 14 juin 2012, en pourcent, en distinguant les diagnostics retenus (en lien de causalité ou non avec l'accident) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure et en raison de quelles atteintes ? 15. Une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles occasionnées par l'accident du 14 juin 2012 est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si oui, à quel taux et depuis quand ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand ? Veuillez donner une description précise des activités adaptées. 16. Quel est le pronostic ? 17. Quel est le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due en raison des atteintes provoquées par l'accident ? 18. Une aggravation de l'atteinte à l'intégrité est-elle prévisible ? Si oui, veuillez la quantifier. 19. Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dresse Q_____ du 7 février 2017 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles retenues, l'estimation de la capacité de travail dans une

activité adaptée à ces restrictions et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ? Si non, pourquoi ? 20. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du rapport de la CRR du 8 décembre 2015 ? 21. En particulier avec les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus ? Si non, pourquoi ? 21. Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr G_____, en particulier celui du 19 mars 2014 en lien avec les diagnostics et l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée ? 22. Si non, pourquoi ? 22. Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? 23. Atteignent-elles une intensité particulière ? Ces douleurs doivent-elles être rattachées à un substrat organique permettant d'expliquer objectivement l'importance des plaintes ? 23. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles actuellement envisageables ? 4. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 6. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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