

GE_GERICHTE A/556/2024 vom 3. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_556_2024

FR: GE_GERICHTE A/556/2024 du 3 décembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/556/2024 del 3 dicembre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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.

E. 1.3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56ss LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 17 janvier 2024, par laquelle l'intimée a statué sur les droits du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 3

Dans son écriture du 21 mai 2024, le recourant a sollicité, à titre préalable, la suspension de la présente procédure jusqu'à ce que l'expertise bidisciplinaire mise en œuvre par l'OAI soit rendue. Il a fait valoir que sa situation médicale n'était pas suffisamment claire, notamment sur le plan rhumatologique, et qu'il contestait la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée. Le résultat de l'expertise permettrait d'éclairer son état de santé.

E. 3.1

Selon l'art. 14 al. 1 LPA, lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut, le cas échéant, être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions. Cette disposition est une norme potestative et son texte ne prévoit pas la suspension systématique de la procédure chaque fois qu'une autorité civile, pénale ou administrative est parallèlement saisie. La suspension de la procédure ne peut pas être ordonnée chaque fois que la connaissance du jugement ou de la décision d'une autre autorité

serait utile à l'autorité saisie, mais seulement lorsque cette connaissance est nécessaire parce que le sort de la procédure en dépend. Une procédure ne saurait dès lors être suspendue sans que l'autorité saisie n'ait examiné les moyens de droit qui justifieraient une solution du litige sans attendre la fin d'une autre procédure. Cette approche est imposée par l'interdiction du déni de justice et l'obligation de respecter le principe de célérité tel que prévu par l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Interprété à la lumière de ce dernier principe, l'art. 14 al. 1 LPA interdit ainsi d'attendre la décision d'une autre autorité, même si celle-ci est susceptible de fournir une solution au litige, si ledit litige peut être tranché sans délai sur la base d'autres motifs (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, Berne 2017, n° 203 – 204 ad art. 14 LPA).

E. 3.2

Dans le cas présent, si le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique pourra certainement apporter des informations utiles à la présente procédure, ce document ne se prononcera en revanche pas sur le lien de causalité entre les différentes atteintes à la santé présentées par le recourant et l'accident assuré, de sorte qu'il ne sera vraisemblablement pas suffisant pour trancher le litige. Par conséquent, la requête de suspension de la procédure est refusée.

E. 4

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 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Conformément à l'art 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus). Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si

l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2, 1^{ère} phrase).

E. 4.1

Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend ainsi à toutes les conséquences des atteintes à la santé qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec un événement accidentel (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.2).

E. 4.1.1

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 (condition sine qua non) ; il n'est pas en revanche pas nécessaire que l'évènement accidentel en cause soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 146 V 51 consid. 5.1 ; 142 V 435 consid. 1). 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) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2).

E. 4.1.2

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement accidentel et l'atteinte à la santé subie par l'assuré ; un tel lien existe 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; 129 V 177 consid. 3.2). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6

; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 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 traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3 ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 ; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. Cela signifie également que l'assureur-accidents doit être au clair s'agissant des troubles somatiques. Ces principes valent en particulier pour l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident, notamment lorsque le critère de la durée et du degré de l'incapacité de travail pour les troubles physiques devait être examiné, ce qui suppose que l'assureur-accidents se fonde sur une documentation médicale probante et complète pour les atteintes accidentelles somatiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références). La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références). Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations

d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références). Par conséquent, si le juge des assurances sociales - saisi d'un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte -, parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien de causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5).

E. 4.2

Le CRPS est un terme générique pour désigner les tableaux cliniques qui touchent les extrémités. Il se développe après un événement dommageable et entraîne chez la personne concernée des douleurs persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Le CRPS I (anciennement appelé syndrome de Sudeck ou dystrophie sympathique réflexe) est une maladie du membre qui survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire d'innervation d'un nerf. Elle est divisée en trois stades : I, stade inflammatoire ; II, dystrophie ; III, atrophie (irréversible). Le CRPS II (anciennement appelé causalgie) se caractérise par des douleurs de type brûlures et des troubles du système nerveux sympathique résultant d'une lésion nerveuse périphérique définie. Les signes ou symptômes cliniques d'un CRPS sont des douleurs de type brûlures difficilement localisables (par exemple allodynie ou hyperalgésie), associées à des troubles sensitifs, moteurs et autonomes (entre autres œdèmes, troubles de la température et de la sécrétion sudorale, éventuellement troubles trophiques de la peau, modifications des ongles, augmentation locale de la croissance des poils). L'évolution peut se faire vers une résorption osseuse (déminéralisation), une ankylose ainsi qu'une perte fonctionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2). Ce sont les critères dits de Budapest qui fondent le diagnostic de CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 3 ; ATAS/418/2024 du 30 mai 2024 consid. 7.1). La pose du diagnostic de CRPS requiert ainsi, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits : 1. une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur ; 2. le patient doit avoir au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : sensorielle (hyperesthésie et/ou allodynie), vasomotrice (asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau), sudomotrice/œdème (œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation), motrice/trophique (diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice [faiblesse, tremblements, dystonie] et/ou changements trophiques [poils, ongles, peau]) ; 3. le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : sensorielle (hyperalgésie [piqûre] et/ou allodynie [au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation]), vasomotrice (différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau), sudomotrice/œdème (œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation), motrice/trophique (diminution de la

mobilité et/ou dysfonction motrice [faiblesse, tremblement, dystonie] et/ou changements trophiques [poils, ongles, peau] ; 4. il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques. En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un CRPS ; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76%. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2024 du 30 septembre 2024 consid. 6.2 et les références médicales). S'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré, dans l'arrêt 8C_384/2009 du

E. 5

janvier 2010, que trois conditions cumulatives devaient être remplies : 1. la preuve d'une lésion physique après un accident (par exemple un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; 2. l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par exemple un état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; 3. une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines). La question de la causalité entre un accident et un CRPS doit être résolue en étudiant en particulier l'évolution en fonction du temps et en prenant en compte les critères de Budapest ainsi que d'autres facteurs ayant marqué significativement le décours. Ce n'est qu'une fois que l'expert a posé un diagnostic de CRPS qu'il faut, s'agissant de la causalité accidentelle, démontrer qu'une lésion corporelle de l'extrémité concernée s'est bien produite. Si tel est le cas, se pose alors la question de savoir si le CRPS est apparu durant la période de latence correspondante de six à huit semaines (arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2024 du 30 septembre 2024 consid. 6.2 et les références médicales). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

E. 5.1

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. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les

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

E. 5.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 mêmes 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 5.3

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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 5.4

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid.

3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

E. 6

En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 17 janvier 2024, l'intimée a confirmé que la perte de gain du recourant était insuffisante pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité et que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être fixé à 10%. Elle a notamment considéré que les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et que la non-utilisation complète du membre supérieur droit ne s'expliquait pas par des troubles en relation de causalité naturelle avec le sinistre, précisant que les limitations fonctionnelles étaient minimales, considérant les seules séquelles accidentelles. Ces conclusions sont essentiellement fondées sur les appréciations du Dr J_____.

E. 6.1

Dans sa première détermination du 16 février 2021, ce médecin a fait état d'une épaule gelée avec une symptomatologie neurologique en cours d'investigation. Le 1^{er} mars 2021, il a retenu une capsulite rétractile sans lésion neurologique et indiqué que la capacité de travail était nulle. Dans son appréciation du 4 octobre 2021, il a posé le diagnostic du CRPS, estimant que celui-ci était démontré par la scintigraphie. Il a considéré que ce trouble était, au degré de la vraisemblance prépondérante, probablement en relation causale avec l'accident du 24 juillet 2020. Le 6 avril 2022, à la suite d'un examen médical du recourant, il a notamment conclu à un SDRC de type I au membre supérieur droit, à une atrophie musculaire proximale du membre supérieur droit centimétrique et à un trouble de l'adaptation avec un symptôme de type PTSD. Sur le plan objectif, il a constaté une importante atrophie de tout le membre supérieur droit, douloureux à la palpation superficielle de manière diffuse, ainsi qu'une importante raideur au niveau de l'épaule, du coude, du poignet et de la main. Dans son rapport du 9 janvier 2023, à la suite d'un nouvel examen clinique de l'intéressé, le Dr J_____ a relevé que ce dernier présentait des douleurs importantes dont le score au « questionnaire de DN4 » [NDR : questionnaire douleur neuropathique en quatre questions] était de 8/10, ce qui laissait entendre une douleur « d'allure neuropathique sans substrat organique ». Il a relaté que l'intéressé décrivait, au niveau dermatologique, une peau parcheminée avec une discoloration du membre supérieur droit, qu'il portait une attelle thoraco-brachiale, que sa main était enflée et que les mesures montraient une importante atrophie du membre supérieur droit avec un œdème distalement. Au niveau de l'épaule droite, il a relevé une fonte de la musculature proximale scapulaire, un abaissement de l'épaule et une épaule raide. Il a notamment indiqué : « les critères de Budapest ne sont plus remplis en particulier, le diagnostic de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit est retenu ». Par appréciation du 31 mars 2023, qui reprend en substance celle du 5 janvier 2023, le Dr J_____ a retenu les diagnostics de traumatisme de l'avant-bras avec plaie profonde du coude au niveau du membre supérieur droit le 24 juillet 2020, de révision de la plaie en salle d'opération le 24 juillet 2020, d'atrophie musculaire proximale du membre supérieur droit centimétrique, de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit et de trouble de l'adaptation avec symptôme de type PTSD. L'exigibilité dans une activité lourde n'était plus donnée et le membre supérieur droit était non-fonctionnel sans qu'un diagnostic somatique n'explique cette absence de fonction. Les limitations fonctionnelles définitives concernaient le port de charges limitées à 2.5 kg coude au corps, le travail avec le membre supérieur droit, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétitifs du membre supérieur droit et les activités coude décollé. Le médecin-conseil a précisé que ces restrictions étaient en

rapport avec une non-utilisation du membre supérieur droit « sans substrat somatique » et que, « sur le plan objectif et théorique », les limitations fonctionnelles devraient être minimales et tenir compte d'une atrophie proximale du membre supérieur droit. Enfin, dans son appréciation complémentaire du 9 juin 2023, il a indiqué que, sur les bases des restrictions énoncées dans son précédent rapport, la capacité de travail était complète sans limitation de temps ni de rendement.

E. 6.2

La chambre de céans relève tout d'abord un manque de motivation et de précision s'agissant des atteintes à la santé présentées par le recourant.

E. 6.2.1

En effet, le Dr J _____ a retenu le diagnostic d'épaule gelée dans son appréciation du 16 février 2021 et celui de capsulite rétractile dans son avis du 1^{er} mars 2021. Il n'en a plus fait mention dans ses rapports ultérieurs, ce qui laisse supposer qu'il les a éliminés au profit d'un SRDC dans un premier temps, puis d'une non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit sans substrat somatique dans un second temps. En l'absence de toute argumentation médicale, ces changements successifs inexplicables engendrent une confusion importante. Une discussion relative à la compatibilité de ces différents diagnostics, à leurs évolutions et à leurs éventuelles interactions aurait à tout le moins été nécessaire.

E. 6.2.2

De plus, dans son rapport du 9 janvier 2023, le Dr J _____ a écarté l'existence d'un CRPS de type I au membre supérieur droit, diagnostic qu'il avait pourtant clairement admis dans ses appréciations des 4 octobre 2021 et 6 avril 2022, pour retenir une « non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur droit ». Cette évaluation n'est pas motivée à satisfaction, puisque le médecin-conseil s'est contenté d'affirmer que les critères de Budapest n'étaient plus remplis, sans même les passer en revue, alors que son rapport fait état d'éléments correspondant aux critères pertinents. À titre d'exemples, il a constaté une enflure de la main droite, un œdème du membre supérieur droit, une importante raideur aux niveaux de l'épaule, du coude, du poignet et de la main. L'intéressé ne décrivait aucune évolution depuis le dernier examen et continuait de se plaindre d'une douleur intolérable, de sensations de décharges électriques à l'intérieur du membre supérieur droit, puis d'un effet de compression, décrivant en outre une peau parcheminée avec une discoloration. Compte tenu de ces éléments, le Dr J _____ ne pouvait pas écarter le diagnostic de CRPS sans procéder à une analyse minutieuse des critères de Budapest, ce d'autant plus qu'il avait précédemment admis l'existence de ce trouble, ainsi que sa « relation causale » avec l'accident, et que de nombreux rapports médicaux ont confirmé le CRPS (cf. rapport du 14 août 2020 des Drs D _____ et E _____ ; avis de sortie de la CRR du 28 juillet 2021 de la Dre M _____ ; rapport du 25 août 2021 des Dres N _____ et M _____), dont certains ont été rendus par un spécialiste du Centre douleur des HUG quelques mois seulement avant le dernier examen du médecin-conseil (cf. rapports des 7 septembre et 26 octobre 2022 du Dr Q _____).

E. 6.2.3

On relèvera également que le médecin-conseil a décrit une raideur de l'épaule droite, mais également un abaissement de cette articulation. Ce constat ne ressort cependant pas du diagnostic d'atrophie musculaire, ni de celui de non-utilisation fonctionnelle du membre supérieur. S'agissant de l'absence de « substrat somatique », il apparaît difficilement

compréhensible, sans autre développement, puisque l'IRM de l'épaule droite du 4 septembre 2020 avait mis en exergue une bursite sous-acromio-deltoïdienne et une capsulite aigüe congestive. Or, un tel examen n'a plus été répété par la suite, seules une scintigraphie et des radiographies ayant été pratiquées dans le cadre du séjour du recourant à la CRR. Il est d'ailleurs surprenant que le Dr J_____ n'ait pas sollicité un bilan d'imagerie complet, étant encore rappelé que l'IRM du coude droit du 8 septembre 2020 avait révélé une tendinopathie pouvant être post-traumatique.

E. 6.3

De surcroît, les conclusions du Dr J_____ concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant sont des plus confuses.

E. 6.3.1

En effet, dans son rapport du 31 mars 2023, il a énoncé un certain nombre de restrictions, notamment le « travail avec le membre supérieur droit ». Il a d'ailleurs précisé qu'une « activité monomanuelle stricte » du membre supérieur gauche était indiquée et que le membre supérieur droit n'était « utile que pour stabiliser un objet », sans emploi de la force. Il a toutefois également mentionné que ces limitations étaient « en rapport avec une non-utilisation du membre supérieur droit sans substrat somatique », ajoutant que « sur le plan objectif et théorique », elles devraient être « minimales » et « tenir compte d'une atrophie proximale du membre supérieur droit ». Ces dernières assertions ne sont pas compréhensibles. Qui plus est, les éventuelles restrictions « minimales » précitées n'ont même pas été listées. On perçoit également mal les raisons pour lesquelles il conviendrait de prendre en considération l'atrophie du membre supérieur droit, qui résulte selon toute vraisemblance de sa non-utilisation, mais non cette dernière.

E. 6.3.2

C'est le lieu de souligner que le Dr J_____ ne s'est pas prononcé expressément sur le lien de causalité entre les différentes atteintes à la santé et l'accident assuré, ni sur le taux de la capacité de travail du recourant, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Par ailleurs, lorsque l'intimée lui a demandé des précisions sur le rendement attendu, il a sommairement répondu que la capacité de travail était complète sans limitation de temps ni de rendement (cf. appréciation du 9 novembre 2023), ce qui semble peu compatible avec les limitations fonctionnelles précédemment retenues.

E. 6.4

Dans ces conditions, la chambre de céans considère que les appréciations du Dr J_____ des 9 janvier et 31 mars 2023 ne sauraient se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

E. 6.5

Elle remarquera encore que les manquements qui résultent des rapports du Dr J_____ se reflètent également dans la décision querellée de l'intimée. Cette dernière a notamment indiqué que « la non-utilisation complète du membre supérieur droit ne s'explique pas par des troubles en relation de causalité naturelle avec l'accident et que rien n'autorise à s'écarter des conclusions du médecin d'assurance selon lesquelles, considérant les seules séquelles accidentelles, les limitations fonctionnelles sont minimales ». Or, comme précédemment relevé, le Dr J_____ n'a pas précisé quelles atteintes étaient en lien de causalité naturelle avec le sinistre assuré, ni quelles limitations fonctionnelles « minimales »

devraient être retenues sur le plan purement « théorique ». Partant, cette prise de position de l'intimée ne repose pas sur une évaluation médicale. De plus, elle a indiqué qu'elle tenait compte d'un abattement de 5% dans le calcul du gain avec invalidité, « afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et des circonstances personnelles/professionnelles » de l'intéressé. Il est pour le moins surprenant que l'intimée ait pu définir le taux de l'abattement pour tenir compte de limitations qui n'ont pas été définies. Et on perçoit mal les raisons pour lesquelles elle a considéré que seule une activité adaptée entrain en considération si les séquelles présentées par le recourant ne sont pas en relation de causalité avec le sinistre.

E. 6.6

À toutes fins utiles, il sera observé que l'intimée s'est également référée, dans sa décision litigieuse, au rapport de la CRR et à ceux du Dr Q_____ pour retenir que la non-utilisation complète du membre supérieur droit ne s'expliquait pas par des troubles en relation de causalité naturelle avec l'accident. Selon elle, il ressort du rapport de la CRR que des facteurs contextuels, dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec surtout un symptôme de type PTSD, jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le recourant, à savoir une sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles et une cotation élevée de la douleur chez un patient centré sur sa douleur. Elle a également indiqué que les rapports du Dr Q_____ allaient dans ce sens, à savoir que la nature de son affection n'était plus un problème de plaie localisée. Ces documents ne permettent toutefois pas de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les limitations fonctionnelles au niveau somatique ne sont pas dues à l'accident. En effet, que des facteurs contextuels puissent jouer un rôle dans les plaintes et les limitations du recourant ne suffit pas pour exclure tout lien de causalité entre les troubles présentés et le sinistre assuré. L'intimée n'a par ailleurs pas pris en compte tous les diagnostics cités par lesdits rapports, à savoir notamment le CRPS. De plus, le rapport de la CRR du 25 août 2021 mentionne que ces plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour à la CRR, ce qui semble contredire les propos de l'intimée.

E. 6.7

En conclusion, aucun élément médical au dossier ne permet de statuer, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, sur les troubles dont souffre le recourant, sur leur relation de causalité naturelle avec l'accident, sur les limitations fonctionnelles qui en découlent et sur l'évaluation de sa capacité de travail. Dès lors que les atteintes somatiques n'ont pas été suffisamment investiguées, l'examen de la causalité adéquate entre l'accident du 24 juillet 2020 et les troubles psychiques est prématuré, conformément à la jurisprudence précitée en la matière. Il en va de même concernant l'examen du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisque les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles dues à l'accident ne sont en l'état pas établies. Il incombera à l'intimée de se déterminer sur ces questions une fois que les troubles somatiques auront été investigués et clarifiés.

E. 6.8

Dans la mesure où l'instruction de l'intimée s'avère manifestement insuffisante, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle diligente une expertise dans le respect des exigences de l'art. 44 LPGA.

E. 7

Partant, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'une avocate, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA). 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.