

GE_GERICHTE A/763/2016 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_763_2016

FR: GE_GERICHTE A/763/2016 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/763/2016 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI 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 ou le recourant), né le _____1958, domicilié à Genève, marié, père de trois enfants, droitier, est employé comme carreleur chez B_____ SA depuis le 11 mars 2004. Il est à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA). [endif]>[if> 2. En date du 8 janvier 2013, l'assuré a eu un accident de la circulation, lors duquel il a heurté avec son poignet droit le volant et tableau de bord de sa voiture et avec son visage l'airbag. [endif]>[if> 3. L'assuré s'est rendu aussitôt chez son médecin-traitant, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine générale. Des radiographies de la main et du poignet droit ont été effectuées par les radiologues D_____ et E_____, qui, dans leur rapport du 8 janvier 2013, ont relevé une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius et une fracture de la styloïde cubitale, en précisant que l'alignement était conservé de même que les rapports articulaires. La Dre C_____ a mis l'assuré en arrêt de travail à 100 % dès le 8 janvier 2013. L'accident a été annoncé à la SUVA. [endif]>[if> 4. Dans le « certificat médical LAA » qu'elle a rempli à l'adresse de la SUVA, la Dre C_____ a noté, au titre des constatations objectives, une tuméfaction du poignet droit, comme diagnostic une « double fracture du poignet droit : de l'apophyse styloïde et de l'extrémité distale du radius », et, sous la rubrique « Thérapie », une immobilisation en tout cas pour trois semaines. Dans leur rapport du 31 janvier 2013 sur des radiographies faites le même jour du poignet droit de l'assuré, les radiologues D_____ et E_____ ont noté que les traits de fracture au niveau de la styloïde radiale intra-articulaire et cubitale étaient encore visibles, qu'il n'y avait pas de déplacement des structures osseuses ni signes d'algodystrophie, et que les limites articulaires visualisées étaient nettes sans image érosive ou dégénérative. [endif]>[if> 5. Par courrier du 15 février 2013, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites dudit accident, soit en l'état une indemnité journalière et le paiement des frais médicaux. [endif]>[if> 6. Dans un rapport du 5 mars 2013 sur des radiographies du poignet droit faites le même jour, les radiologues D_____ et E_____ ont indiqué retrouver la fracture au niveau de la styloïde cubitale et de la styloïde radiale intra-articulaire et cubitale avec un alignement conservé ainsi que les rapports articulaires; il n'y avait pas de signe d'algodystrophie post-traumatique, ni d'image érosive ou dégénérative. [endif]>[if> 7. Dans un rapport médical intermédiaire du 22 mars 2013, la Dre C_____ a noté, au titre de l'évolution, subjectivement, que l'assuré ne pouvait pas porter et fléchir le poignet droit, et, objectivement, qu'aucune amélioration n'était perçue sur la radiographie. Le pronostic était

bon; il n'y avait pas de circonstances particulières pouvant influencer défavorablement le processus de guérison. La thérapie consistait en une poursuite de la physiothérapie auprès de Sport Multithérapie Cressy Sàrl. L'assuré, très compliant, souhaitait reprendre le travail au plus vite. ![/endif]>[/if] 8. Dans un rapport du 10 avril 2013 relatif à des radiographies du poignet droit faites le 4 avril 2013, les radiologues D_____ et E_____ ont relevé une bonne évolution du tableau radiologique; les traits de fracture n'étaient pratiquement plus visibles, mis à part un petit trait radiotransparent au niveau de la petite médiane et distale du radius. L'alignement était conservé; il n'y avait pas de signe d'algodystrophie post-traumatique; les limites articulaires visualisées étaient nettes, sans image érosive ou dégénérative. ![/endif]>[/if] 9. Dans un rapport médical intermédiaire du 1 er mai 2013, la Dre C_____ a relevé, au titre de l'évolution, qu'on distinguait bien la fracture intra-articulaire et que l'assuré était très limité dans la flexion du poignet et manquait de force. Le pronostic était bon. Comme thérapie, il fallait uniquement poursuivre la physiothérapie. L'assuré insistait pour reprendre le travail le 6 mai 2013. Ledit médecin a attesté le 2 mai 2013 que l'assuré avait à nouveau une capacité de travail de 100 % dès le 6 mai 2013. ![/endif]>[/if] 10. Dans un rapport médical intermédiaire du 12 juin 2013, la Dre C_____ a noté, en faisant référence à des radiographies du 5 juin 2013, qu'on distinguait la ligne de fracture intra-articulaire du radius et que la flexion du poignet était limitée à 50 %. Le pronostic était excellent. L'assuré avait repris le travail, à 100 %, depuis le 6 mai 2013. Selon le rapport du 17 juin 2013 des radiologues D_____ et E_____ relatif auxdites radiographies, il persistait un fin trait radiotransparent en plein centre de la partie articulaire du radius, mais que l'alignement du radius par rapport à la première rangée du carpe était rectiligne; il n'y avait pas de décrochement; il n'y avait pas de signe d'algodystrophie, ni de lésion dégénérative évidente, ni de calcification dans les tissus mous, soit, en conclusion, pas de complication visible. ![/endif]>[/if] 11. Le 18 août 2013, dans un rapport médical intermédiaire, la Dre C_____ a relevé que, radiologiquement, la fracture se trouvait « status quo », que la flexion du poignet droit était limitée et que l'assuré avait « moins de force d'appréhension doigts ». L'assuré ne se plaignait pas trop; il n'était pas trop gêné dans son travail de carreleur. ![/endif]>[/if] 12. Le 10 février 2014, en réponse à un questionnaire, la Dre C_____ a indiqué que le traitement de l'assuré n'était pas achevé, qu'un examen radiologique de contrôle allait avoir lieu, en précisant qu'il ne s'agissait pas d'une rechute mais toujours de la double fracture intra-articulaire du poignet droit; l'assuré avait eu le 21 octobre 2013 un deuxième accident, « sans liaison avec le premier » et aussi en cours de traitement. ![/endif]>[/if] 13. Dans un rapport d'imagerie médicale du 20 février 2014 relatif à une tomodensitométrie axiale computerisée du poignet droit du même jour, effectuée en raison d'une douleur persistante au niveau du poignet droit, le radiologue y a noté un status post-fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius avec une petite image « en marches d'escalier » de la surface articulaire et le développement de microkystes synoviaux de voisinage, au niveau des os du carpe; le trajet fracturaire était quasiment complètement comblé; il y avait un îlot osseux d'aspect banal au sein de l'extrémité distale du scaphoïde. ![/endif]>[/if] 14. Dans un rapport médical intermédiaire du 5 avril 2014, la Dre C_____ a noté, au titre de l'évolution, que la flexion du poignet était incomplète et que l'assuré manquait de force dans le poignet droit. Un deuxième accident, ayant eu lieu le 21 octobre 2013, n'avait pas nécessité d'arrêt de travail, mais une « suture, incision etc. ». ![/endif]>[/if] 15. Selon un rapport médical intermédiaire du 16 juin 2014 de la Dre C_____, la flexion du poignet était légèrement incomplète; l'assuré n'était pas gêné dans son travail de carreleur. Il n'y avait plus de

traitement en cours, et les consultations avaient pris fin le 5 avril 2014. L'autre accident, du 21 octobre 2013, était « fini et guéri aussi ». !endif]>[if> 16. Dans un courriel du 10 mars 2015 adressé à B_____ SA, la Dre C_____ a certifié que l'assuré nécessitait une « feuille de rechute par rapport à son accident de voiture » du 8 janvier 2013, ayant provoqué une double fracture intra-articulaire au niveau du poignet droit. Il était probable qu'il avait développé une algodystrophie; la fracture n'était pas consolidée; il persistait une limitation dans les mouvements du poignet. Le traitement devait se poursuivre, sous forme de physiothérapie combinée à des visites médicales et des consultations spécialisées. !endif]>[if> 17. Le 24 mars 2015, dans son certificat médical LAA pour rechute, la Dre C_____ a noté qu'il y avait rechute depuis le 20 octobre 2014, que le poignet droit était très douloureux et que cela empêchait l'assuré de poser les carreaux. Comme constatations objectives, elle relevait une tuméfaction du pourtour du poignet, une flexion très limitée, et, comme diagnostic, une persistance du trait fracturaire. !endif]>[if> 18. Le 21 avril 2015, lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA, l'assuré a déclaré n'avoir jamais guéri de ses troubles au poignet droit causé par son accident du 8 janvier 2013; il avait toujours gardé des douleurs à cette articulation, restée fragile et limitée dans les mouvements de flexion et d'extension, malgré les médicaments et la physiothérapie (qui avait été arrêtée). Une intervention chirurgicale lui avait été proposée (à une date inconnue et par un spécialiste inconnu), mais il l'avait refusée. Malgré ses problèmes au poignet droit, il n'avait plus interrompu son travail comme carreleur sur les chantiers. !endif]>[if> 19. Le 4 mai 2015, la SUVA ayant accepté de prendre en charge cet examen à titre d'éclaircissement, une image par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été faite du poignet droit de l'assuré. Dans son rapport du même jour, le radiologue F_____ a noté un status post-fracture de l'extrémité distale du radius avec remodelé arthrosique radio-carpien, une lame de liquide dans la face dorsale des os du carpe entre l'os pyramidal et le pisiforme traduisant une synovite, des kystes synoviaux au sein du trapèze et du grand os; les tendons fléchisseurs et extenseurs étaient d'épaisseur normale et de signal homogène, et il n'y avait pas d'algoneurodystrophie. !endif]>[if> 20. Selon un rapport médical intermédiaire du 17 septembre 2015 de la Dre C_____, la fracture avait le trajet comblé, mais l'articulation avait des mouvements réduits; l'assuré avait développé du liquide et avait un pincement radio carpien. Il fallait s'attendre à une persistance d'une raideur du poignet droit (flexion limitée). L'assuré, carreleur très travailleur, sollicitait beaucoup son poignet; il avait arrêté le travail trop peu de temps; il y avait eu rechute, admise, le 20 octobre 2014. !endif]>[if> 21. Selon un rapport du 24 septembre 2015 de la Dre C_____, l'assuré subissait une atteinte à son intégrité; il y avait une nette limitation (45°) du poignet à la flexion, impossibilité d'extension du poignet; l'IRM du 4 mai 2015 objectivait la présence de deux kystes osseux et un épanchement intra-articulaire dans l'espace radio-cubital, synovite du scaphoïde. !endif]>[if> 22. En date du 14 décembre 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen médical de l'assuré. Il a rendu le lendemain son rapport d'examen médical final, qui énumère et résume succinctement les pièces du dossier, relate les déclarations de l'assuré, mentionne les constatations faites, pose un diagnostic, se conclut par l'appréciation du cas, et est accompagné d'une estimation de l'atteinte à l'intégrité. !endif]>[if> D'après ses déclarations, après son traumatisme de janvier 2013, l'assuré avait repris le travail à 100 % avec une limitation fonctionnelle modérée pour certaines manipulations. La douleur apparaissait surtout lors des activités physiques importantes; l'assuré avait de ce fait modifié certaines de ses activités (par exemple ne posait plus de

carrelage d'une dimension supérieure à 20 cm x 20 cm). Il considérait que son poignet bougeait moins bien, avec une limitation surtout lors de l'extension du poignet. Ledit médecin a constaté une mobilité tout à fait normale des deux épaules; la flexion/extension des deux coudes était normale et complète. Il n'y avait pas de limitation de la prono-/supination. Au niveau des poignets, la flexion/extension était à droite de 20/0/40° et à gauche de 35/0/50°, et l'inclinaison radiale/cubitale était de 15/0/45 tant à droite qu'à gauche. L'enroulement des doigts était complet. Il n'y avait pas de limitation dans la circumduction du pouce. Il n'y avait pas de limitation comparative de la force de deux mains. Le diagnostic posé était celui de status après fracture intra-articulaire du radius droit avec arthrose radiocarpienne débutante. Ledit médecin estimait qu'il y avait objectivement une diminution de la mobilité articulaire en flexion/extension du poignet droit; une arthrose radiocarpienne droite était confirmée par le bilan radiologique. Concernant l'évolution du cas, la SUVA pourrait accepter la prise en charge (« selon l'art. 21 LAA ») d'une consultation annuelle par un rhumatologue, de trois séries de physiothérapie et/ou ergothérapie pour maintenir la capacité de travail, ainsi que de médicaments antalgiques. Il n'y avait pas de motif de modifier la capacité de travail et/ou donner une exigibilité éventuelle. Il pouvait y avoir clôture du cas après rechute. L'état du poignet droit justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité, que ledit médecin évaluait à 7.5 %, sur la base de la table V des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité publiés par les médecins de la SUVA et en retenant le taux intermédiaire entre le barème supérieur et inférieur d'une arthrose moyenne radiocarpienne. Une réévaluation pourrait intervenir en cas d'arthrodèse ou d'endoprothèse. 23. Par décision du 18 décembre 2015, sujette à opposition dans les trente jours, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7.5 %, à appliquer à un gain annuel de CHF 126'000.- au 8 janvier 2013, représentant donc CHF 9'450.-. 24. L'assuré a déclaré contester cette décision par courrier du 6 janvier 2016. Il a motivé son opposition par courrier du 25 janvier 2016, après avoir été prié de le faire. Le taux retenu était trop bas. Sa fracture du poignet droit n'était toujours pas consolidée et elle le laisserait très durablement, comme droitier exerçant un métier manuel, dans l'incapacité de fournir pleinement ses prestations professionnelles. Les exigences d'efficacité de ses employeurs ne lui permettaient aucun écart de rendement; il risquait de perdre son emploi et, à bientôt 60 ans, de n'en plus retrouver, alors qu'il avait la charge d'une famille composée de son épouse (femme au foyer) et de trois enfants. Selon son médecin traitant, une « rente minimale de 50 % » était justifiée. 25. Par décision du 3 février 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Sur une question essentiellement médicale, il y avait lieu de se fonder sur l'estimation établie en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement. Les éléments évoqués par l'assuré dans son opposition n'avaient aucune pertinence. Un taux de 50 % était alloué en cas de perte d'un bras au niveau ou en-dessus du coude. D'autres mesures d'instruction n'étaient pas nécessaires. En cas d'aggravation importante et durable de l'atteinte, une indemnité complémentaire pourrait être allouée à l'assuré, mais en l'état aucune aggravation vraisemblable de l'atteinte à l'intégrité n'était pronostiquée. Recours pouvait être formé contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances. 26. Le 8 février 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle continuerait de prendre en charge les frais médicaux relatifs à une consultation annuelle par un rhumatologue, à trois séries de physiothérapie et/ou ergothérapie et à des médicaments antalgiques. 27. Le 25 février 2016, le docteur H_____, chef de clinique auprès du Centre de chirurgie et thérapie de la main à Genève, a écrit à la SUVA (à

l'adresse des médecins conseil de cette dernière), qu'il avait vu le même jour l'assuré, qui présentait une arthrose radiocarpienne et une synovite piso-triquétrale post-fracture intra-articulaire déplacée de l'EDR au poignet droit en janvier 2013, avec des douleurs invalidantes et un manque de force, mais qui avait décidé de montrer sa bonne volonté en reprenant le travail. Au vu de son status actuel et des différents examens, des traitements pourraient aider l'assuré. Ledit médecin se tenait à disposition pour un deuxième avis ou une expertise à bref délai. [endif]>[if> La SUVA a demandé au Dr G_____ de se déterminer sur ce courrier. 28. Par acte du 7 mars 2016, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition précitée, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une indemnité à l'intégrité d'un taux de 50 % et à la condamnation de la SUVA au paiement d'une telle indemnité d'un montant de CHF 63'000.-. [endif]>[if> Il ressortait de la table n° 1 de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité que la perte fonctionnelle totale d'un membre supérieur correspondait à un taux de 50 %, un poignet bloqué en flexion ou en extension à 45° à un taux de 30 %, une arthrodèse radiocarpienne à un taux de 15 % et une arthrodèse intra-carpienne à un taux de 10 %. Le taux de 7.5 % retenu par la SUVA ne prenait pas suffisamment en considération les pathologies dont il souffrait, à savoir une arthrose radiocarpienne, une synovite piso-triquétrale, une nette limitation de la flexion du poignet droit et une impossibilité d'extension de ce dernier, en plus de très importantes douleurs. Le taux de l'indemnité dure devait correspondre à celui d'une perte fonctionnelle totale, donc être fixé à 50 %. 29. Le 14 mars 2016, le Dr G_____ a indiqué à la SUVA que les « documents parvenus dernièrement ne modifi(ai)ent (pas) la position du service médical ». [endif]>[if> 30. Le 3 mai 2016, la SUVA a conclu au rejet du recours. Le Dr G_____ avait déterminé le taux de 7.5 % en pleine connaissance des diagnostics d'arthrose et de synovite ainsi que des limitations fonctionnelles vérifiées lors de l'examen médical du 14 décembre 2015. L'assuré ne prétendait pas que l'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était prématurée. Il n'apportait pas d'avis médical justifiant un taux plus élevé. La table n° 1 à laquelle l'assuré se référait n'était pas appropriée pour l'évaluation de son atteinte, mais la table n° 5, qui systématisait les indemnisations relatives aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, l'était. [endif]>[if> 31. Annonçant la production d'un rapport médical, l'assuré a obtenu plusieurs prolongations de délai pour présenter une réplique. [endif]>[if> 32. Les docteurs I_____ et H_____ ont rendu un rapport, intitulé « expertise médicale », le 18 juillet 2016 (reçu le 9 septembre 2016 par l'avocat de l'assuré). [endif]>[if> Ce rapport relate brièvement le parcours de l'assuré, décrit l'accident du 8 janvier 2013, mentionne le traitement administré et indique les plaintes actuelles de l'assuré. Celui-ci déclarait avoir pu reprendre le travail en bénéficiant, comme l'un des plus anciens employés de l'entreprise, d'un poste adapté à sa situation, sans jamais assumer le vrai travail de force exigé par le métier de carreleur. Les douleurs étaient plutôt de type mécanique, parfois avec un caractère inflammatoire. L'assuré évaluait la fonction de son poignet droit à 50 %, ce qui correspondait à une perte de fonction de 50 % de sa main dominante. Il était gêné non seulement au travail, mais aussi dans sa vie quotidienne; ayant dû changer plusieurs de ses mouvements (par exemple pour manger ou faire sa toilette), il avait développé une probable épicondylalgie chronique ipsilatérale et une surcharge du côté controlatéral; il estimait avoir de ce fait subi une perte de fonction de 25 % de son poignet gauche. L'examen clinique fait par lesdits médecins a porté sur le membre supérieur proximal, les poignets droit et gauche et les mains droite et gauche. Lesdits médecins ont pris en compte les résultats de

radiographies des deux poignets et des deux pouces faites le 18 juillet 2016, ainsi que, s'agissant du poignet droit, de ceux d'un CT-scanner du 20 février 2014, d'une IRM du 4 mai 2015 et d'un arthro-scanner du 8 juillet 2016, et, s'agissant du poignet gauche, d'une IRM du 5 janvier 2016. Dans l'appréciation du cas, les Drs I_____ et H_____ ont relevé notamment, en plus du rappel des plaintes de l'assuré, que l'examen clinique permettait d'observer une raideur du poignet (droit) avec une perte de mobilité, une diminution de la force à droite comparé au côté gauche, et que l'examen radiologique mettait en évidence une arthrose radio-lunaire post-traumatique. Ils ont retenu, comme diagnostics, un cal vicieux de l'extrémité distale du radius avec une arthrose post-traumatique du poignet droit et un conflit ulno-carpien droit modéré, une raideur séquellaire et une arthrite micro-cristalline du poignet gauche décompensée. Touchant spécifiquement le site fracturaire, l'arthrose radiocarpienne droite pouvait être attribuée au traumatisme; comme souvent lors de fractures de l'extrémité distale du radius, on observait chez l'assuré un raccourcissement relatif, provoquant des douleurs séquellaires, en l'espèce un conflit ulno-carpien; les symptômes des lésions dégénératives constatées à gauche étaient augmentés par la sur-utilisation due à la perte de fonction controlatérale. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les Drs I_____ et H_____ l'estimaient à 13 %, compte tenu qu'une arthrose moyenne radiocarpienne correspondait à une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 % et que s'y ajoutaient la raideur douloureuse et le conflit ulno-carpien. Lesdits médecins ont évoqué, à titre d'options thérapeutiques, des infiltrations des articulations radiocarpienne et de radio-ulnaire, la pose d'un bracelet de cuir, ainsi que, du point de vue chirurgical, une arthrodèse radio-scapholunaire associée à une ostéotomie de raccourcissement de l'ulna distal. 33. Le 10 octobre 2016, l'assuré a produit ce rapport des Drs I_____ et H_____ et, s'y référant, a déclaré persister intégralement dans les conclusions de son recours. 34. La SUVA a soumis ce rapport médical à sa division « médecine des assurances », qui a pris position par le biais d'un rapport établi le 28 novembre 2016 par la docteure J_____, spécialiste FMH en chirurgie. Ce rapport résume l'entier du dossier, citant en particulier les éléments estimés pertinents des rapports médicaux figurant au dossier. Il se poursuit par une appréciation du cas et se termine par une conclusion. Selon la Dre J_____, il était typique que des douleurs dues à de l'arthrose soient de type mécanique. La raideur douloureuse évoquée par les Drs K_____ et H_____ était l'expression de la perte de la mobilité du poignet, d'ailleurs minime d'après les constats mêmes desdits médecins, selon lesquels la flexion/extension était de 30/0/50° à droite contre 50/0/65° à gauche, avec, en passif, une possibilité d'augmentation des mobilités d'environ 15° à gauche mais seulement de quelques degrés à droite; ceci correspondait à la limitation ou au déficit lié à une arthrose débutante. L'assuré ne présentait pas un poignet bloqué en flexion ou extension, mais un défaut d'extension et de flexion au niveau du poignet d'environ 20°; et radiologiquement, cette arthrose se confirmait n'être que débutante, avec des rapports articulaires radio-carpien encore bien conservés et juste une petite excroissance osseuse de la surface articulaire et une ostéophytose dorsale. En cas d'arthrose radiocarpienne moyenne, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était de 5 à 10 %; comme l'assuré présentait, au niveau de cette articulation, une arthrose débutante ou minime, un taux de 2.5 % pouvait être retenu. Il se justifiait d'ajouter à ces 2.5 % au maximum 5 % en considération de l'instabilité modérée du poignet droit de l'assuré, qui provenait d'un état de conflit ulno-carpien avec atteinte du ligament TFCC et une variante légèrement positive de l'ulna, par référence à la table n° 6.2 prévoyant un taux de 0 à 5 % en cas d'instabilité modérée du poignet. Au vu de l'imagerie

et des constatations cliniques de juillet 2016, l'arthrose radiocarpienne débutante et l'instabilité modérée du poignet droit de l'assuré ne justifiaient pas une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à respectivement 2.5 % et 5 %, donc au total à 7.5 %. L'imagerie ne révélait pas de défaut cartilagineux, mais seulement une irrégularité de la corticale; une aggravation de l'arthrose au niveau de l'articulation radiocarpienne était possible mais pas vraisemblable au degré de la vraisemblance prépondérante. L'assuré pourrait le cas échéant annoncer une rechute. La variante positive de l'ulna présentée par l'assuré pourrait, là aussi en termes de possibilité mais pas de vraisemblance prépondérante, entraîner dans le futur la nécessité de pratiquer une ostéotomie de raccourcissement au niveau de l'ulna. L'expertise des Drs I_____ et H_____ ne permettait pas de réévaluer à la hausse le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due à l'assuré. 35. Le 2 décembre 2016, la SUVA a produit ce rapport de la Dre J_____ et s'y référant, a persisté à conclure au rejet du recours. 36. Dans des observations du 23 janvier 2017, l'assuré a estimé que l'instabilité du poignet droit constatée par les Drs I_____ et H_____, retenue par la SUVA, constituait un élément nouveau non pris en compte dans la décision attaquée; le taux de 5 % admis à ce titre devait s'ajouter à celui de 7.5 % admis par la SUVA, en sorte que le taux minimal à retenir était de 12.5 %. L'avis des Drs I_____ et H_____ devait se voir reconnaître du poids, étant précisé qu'ils n'étaient pas les médecins traitants de l'assuré. Aussi fallait-il retenir le taux de 13 % que ces médecins proposaient. Par ailleurs, les frais d'instruction devant selon lui être pris en charge par la SUVA, l'assuré a produit la facture desdits médecins pour leur expertise précitée, indispensable à l'appréciation du cas, d'un montant de CHF 1'631.-, et il a ajouté à son recours une conclusion tendant à la condamnation de la SUVA à lui rembourser cette facture, en sus de la confirmation intégrale des conclusions de son recours. 37. Le 20 février 2017, la SUVA a objecté que la Dre J_____ était parvenue à la conclusion, au terme d'une évaluation convaincante et cohérente, que l'ensemble des atteintes consécutives à l'accident assuré justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de tout au plus 7.5 %, d'une part, et que la disposition légale invoquée par l'assuré à l'appui de sa conclusion en remboursement de la facture des Drs I_____ et H_____ ne trouvait pas application en procédure judiciaire, d'autre part. Elle persistait dans ses précédentes écritures. 38. Cette écriture a été transmise à l'assuré par courrier du 21 février 2017. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accident relative à une prestation prévue par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Déposé le lundi 7 mars 2016 contre une décision sur opposition du 3 février 2016 reçue le samedi 6 février 2016, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt à son annulation ou sa

modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Dans son écriture du 23 janvier 2017, le recourant a ajouté à son recours du 7 mars 2016 une conclusion nouvelle, tendant au remboursement de la facture de CHF 1'631.- des Drs I_____ et H_____ pour l'établissement de leur rapport. Cette conclusion nouvelle est irrecevable, faute déjà de décision et a fortiori de décision sur opposition de l'intimé sur la prise en charge ou non de ladite facture en application de l'art. 45 LPGA; un litige à ce propos ne saurait être porté directement devant la chambre de céans. d. Le recours sera déclaré recevable sous cette réserve. 2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). 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 du rapport soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. Le litige porte exclusivement sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due au recourant pour l'accident qu'il a subi le 8 janvier 2013. Le principe même de l'octroi d'une telle indemnité n'est pas contesté, pas davantage qu'il était temps – autrement dit qu'il n'était pas prématuré – de statuer à ce propos compte tenu d'une stabilisation suffisante de l'état de santé du recourant. 4. a. La LAA prévoit des prestations répertoriées dans deux catégories, à savoir les prestations pour soins et le remboursement des frais (art. 10 ss

LAA) et les prestations en espèces (art. 15 ss LAA). Au nombre de ces dernières figurent notamment l'indemnité journalière (art. 16 s. LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 s. LAA). b. Selon 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 (art. 24 al. 1 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 (art. 25 al. 1 LAA). Elle représente une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel que l'assuré a subi du fait de l'accident, compte tenu d'une atteinte importante et durable que l'accident a causée à son intégrité physique, mentale ou psychique (ATF 133 V 224). Elle ne compense pas une perte de revenu; elle est due indépendamment de toute invalidité, même si elle est fixée en principe en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 25 al. 1 phr. 1 LAA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., p. 311 ss, n. 308 ss). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée en fonction de la gravité de l'atteinte (art. 25 al. 1 in fine LAA). Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009). Évaluée de manière abstraite, égale pour tous, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés présentant le même status médical. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. 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, 113 V 221 consid. 4b, et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 249/01 du 30 juillet 2002). Aussi incombe-t-elle avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009; arrêt du Tribunal cantonal du canton de Fribourg, 1 ère Cour des assurances sociales, du 1 er février 2017 dans la cause 605 2016 21, consid. 6a; FRÉZARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2 ème éd., 2007, n° 235; T. FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). c. L'art. 25 al. 2 LAA charge le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité, ce qu'il a fait à l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202). À teneur de cette disposition, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsque, de façon prévisible, elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie, et elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage; l'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré; il est tenu compte, dans

le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA). Il doit être 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 (art. 36 al. 4 OLAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA), qui comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 32 consid. 1b; 124 V 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré, et auxquelles lesdits pourcentages s'appliquent « en règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 phr. 1 de l'annexe 3). Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon ledit barème ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3 de l'annexe 3). La division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge; elles sont néanmoins jugées compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c; 124 V 211 consid. 4a/cc; 116 V 157 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 11/03 du 28 novembre 2003). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. d. Au nombre des vingt-deux tableaux établis par ladite division médicale de la SUVA – publiés sur le site internet « Médecine des assurances - Suva » à l'adresse www.suva.ch/fr-ch/accident/accident/medecine-des-assurances, sous Outils / Atteinte à l'intégrité tableaux (22) – figurent notamment une table n° 1 intitulée « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs » (invoquée par le recourant dans son recours), une table n° 5 intitulée « Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses » (invoquée par l'intimé dans la décision attaquée ainsi que dans sa réponse au recours), et un tableau n° 6 intitulé « Atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire » (invoquée conjointement avec la table n° 5 précitée par la Dre J_____ dans son appréciation médicale et par l'intimé dans son écriture du 2 décembre 2016). 5. a. En l'espèce, l'intimé a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 7.5 % sur la base du rapport d'examen médical final de son médecin d'arrondissement, le Dr G_____, du 14 décembre 2015, en considération d'un status après fracture intra-articulaire du radius droit avec arthrose radiocarpienne débutante, en appliquant le taux intermédiaire entre le barème inférieur (5 %) et supérieur (10 %) que prévoit la table n° 5 en cas d'arthrose moyenne radiocarpienne. [endif]>[if> Les Drs I_____ et H_____ ont relevé, le 18 juillet 2016, qu'à l'arthrose moyenne radiocarpienne (correspondant à une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 %) devait s'ajouter une raideur douloureuse et un conflit ulno-carpien modéré, et ils ont évalué, dans ces conditions, l'atteinte à l'intégrité totale à 13 %. Adoptant l'avis alors établi par sa division médicale, soit celui qu'a rendu la Dre J_____ le 28 novembre 2016, l'intimé n'a pas contesté, sur le plan médical, cet état de conflit ulno-carpien, entraînant une instabilité modérée du poignet droit, s'ajoutant à l'arthrose radio-carpienne. Mais, au stade de l'estimation du taux de l'atteinte à l'intégrité, suivant aussi sur ce point l'avis dudit médecin, il a appliqué conjointement les tables n° 5 et 6, en diminuant sensiblement le taux afférent à l'arthrose radiocarpienne moyenne, fixé désormais à 2.5 %, et en y ajoutant le taux maximal de 5 % prévu en cas d'instabilité modérée du poignet, avec l'effet que l'estimation de l'atteinte à l'intégrité ne se trouvait pas modifiée, restant de 7.5 % (2.5 % + 5 %). b. La chambre de

céans constate en premier lieu que, d'un point de vue médical, il n'y a finalement pas de divergence quant au fait que le recourant subit à la fois une instabilité modérée du poignet droit et une arthrose radiocarpienne, source conjointe d'une atteinte à son intégrité. Le Dr G _____ retenait lui aussi une arthrose radiocarpienne débutante, estimée néanmoins moyenne au sens de la table n° 5 et ouvrant donc le droit à une indemnité fondée sur un taux entre 5 et 10 %, sans que la Dre J _____, qualifiant elle également cette arthrose radiocarpienne de débutante, n'amène d'élément convaincant à l'appui d'une estimation aussi sensiblement à la baisse du taux d'atteinte à l'intégrité propre à cette atteinte (contrairement à son appréciation que la raideur douloureuse constatée ne représente pas une troisième atteinte mais est intrinsèquement liée aux autres). Si l'estimation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, la chambre de céans n'en doit pas moins objecter en l'occurrence qu'en cas de concours d'atteintes, il y a lieu de fixer l'atteinte à l'intégrité d'après l'ensemble du dommage, sans additionner des taux propres à chaque atteinte (art. 36 al. 3 phr. 1 OLAA), ainsi que le préconisent tant les Drs I _____ et H _____ que la Dre J _____ (et l'intimé), mais en augmentant dans une mesure raisonnable le taux le plus élevé retenu dans le cas particulier pour la plus grave d'entre elles. Les deux tables citées par l'intimé, à la suite de la Dre J _____, comportent d'ailleurs un préambule précisant que si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose (ou, inversement, une arthrose en plus d'une instabilité), il faut retenir le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé. c. En l'espèce, c'est l'arthrose radiocarpienne qui représente l'atteinte la plus importante, et il n'y a pas de raison – la recherche d'une justification a posteriori du même taux global que celui fixé initialement, en dépit de l'ajout d'une autre atteinte pertinente, n'en constituant pas une – de s'écarter, à la base, de l'estimation faite par l'intimé, se fondant sur l'avis du Dr G _____, à savoir de celle de 7.5 %, encore confirmée dans la réponse au recours. Il faut en revanche, non y ajouter celle de 5 % propre, selon la table n° 6, à l'instabilité modérée du poignet s'ajoutant à cette première atteinte, mais augmenter raisonnablement le taux retenu pour la première atteinte citée. Sur la base des données ressortant du dossier, il se justifie de la porter à 10 %, qui représente d'ailleurs le taux le plus élevé prévu par la table n° 5 en cas d'arthrose radiocarpienne. d. Il n'y a aucune raison d'appliquer la table n° 1, invoquée par le recourant. Aucune des rubriques figurant dans cette table pour des atteintes au poignet ne correspond à la situation du poignet droit du recourant. Il n'y a au demeurant nullement perte fonctionnelle totale d'un membre supérieur, justifiant de revendiquer en l'espèce un taux d'atteinte à l'intégrité de 50 %, ainsi que le recourant l'a conclu dans son recours, en versant d'ailleurs ultérieurement dans la contradiction, au stade de ses observations du 23 janvier 2017, à la fois d'affirmer qu'il faut retenir le taux de 13 % estimé par les Drs I _____ et H _____ et de persister intégralement dans les conclusions de son recours. 6. En conclusion, la chambre de céans admettra partiellement le recours et modifiera la décision attaquée en fixant le taux de l'atteinte à l'intégrité subie par le recourant consécutivement à son accident du 8 janvier 2013 à 10 %, à appliquer au gain annuel (non contesté et non contestable) de CHF 126'000.-, et ainsi l'indemnité lui étant due à CHF 12'600.-. 7. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 8. Compte tenu de l'admission partielle du recours, une indemnité de procédure de CHF 800.- sera allouée au recourant, à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). * * * * * 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.