

# **GE\_GERICHTE A/768/2023 vom 25. März 2024**

GE Cour de justice, 2024-03-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_768\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_768_2023)

FR: GE\_GERICHTE A/768/2023 du 25 mars 2024

IT: GE\_GERICHTE A/768/2023 del 25 marzo 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario ).

### **E. 4**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la courante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

#### **E. 4.1**

Avec répercussion sur la capacité de travail.

##### **E. 4.1.1**

Dates d'apparition.

#### **E. 4.2**

Sans répercussion sur la capacité de travail.

##### **E. 4.2.2**

Dates d'apparition.

#### **E. 4.3**

L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

##### **E. 4.3.1**

Si oui, depuis quelle date ? 5. Causalité 5.1.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ? 5.1.2 Qu'en est-il en particulier des éventuelles atteintes au membre supérieur droit, y a-t-il un phénomène de surutilisation de ce membre en raison de la non-utilisation du membre supérieur gauche ? 5.1.3 Le statu quo ante a-t-il été atteint pour chaque diagnostic (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ? 5.1.4 Veuillez, le cas échéant, indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé.

## **E. 5**

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

### **E. 5.2**

L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ? Le cas échéant, lequel et dans quelle mesure ?

#### **E. 5.2.1**

Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ? 6. Limitations fonctionnelles

## **E. 6**

Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante et le montant de l'IPAI qui lui a été accordée, ainsi que sur la prise en charge des traitements ultérieurs concernant le membre supérieur droit et les cervicalgies.

### **E. 6.1**

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

### **E. 6.2**

Dates d'apparition. 7. Capacité de travail

## **E. 7**

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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 condition est réalisée 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 que

l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les suites indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C\_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5 ; ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5b/aa). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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. En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prester de l'assureur-accident existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références).

#### **E. 7.1**

Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable – probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

#### **E. 7.2**

Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

#### **E. 7.3**

La personne expertisée subit-elle une diminution de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ? Si oui, pour quelle raison et quel est le pourcentage de cette diminution de rendement ? En particulier, une éventuelle surutilisation du membre supérieur droit justifie-t-elle à elle seule une baisse de rendement dans une activité adaptée ?

#### **E. 7.4**

L'éventuelle baisse de rendement se cumule-t-elle (entièrement ou partiellement) à celle constatée sur le plan psychique, ou la diminution de 20% admise à ce titre respecte-t-elle celle sur le plan somatique ? Veuillez, le cas échéant, en discuter avec le Dr P\_\_\_\_\_. 8. Traitement

## **E. 8**

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

### **E. 8.1**

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

### **E. 8.2**

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

### **E. 8.3**

Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

### **E. 8.4**

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 de la personne expertisée (état final atteint) ?

### **E. 8.5**

Un traitement médical est-il nécessaire pour le maintien de l'état de santé actuel ? Le cas échéant, lequel ?

### **E. 8.6**

Quel est le pronostic ? Le cas échéant, quels sont les risques d'aggravation ? 9. Atteinte à l'intégrité

### **E. 9.1**

La personne expertisée présente-t-elle une ou des atteinte(s) à l'intégrité définitive(s) sur le plan orthopédique, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

### **E. 9.2**

Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA pour chaque atteinte, et globalement ?

### **E. 9.3**

Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité. 10. Appréciation d'avis médicaux du dossier

### **E. 10.1**

Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr R\_\_\_\_\_ ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100% sans diminution de rendement ? Si non, pourquoi ?

#### **E. 10.2**

Êtes-vous d'accord avec l'avis des Drs R\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ s'agissant de l'IPAI fixée globalement à 40% ? En particulier, l'indemnité somatique comprend-elle déjà une part de troubles psychiques en raison du réaménagement du schéma corporel ? Si non, pourquoi ? Veuillez, le cas échéant, en discuter avec les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. 11. Autres facteurs

#### **E. 11**

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2015, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015).

#### **E. 11.1**

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. E. Invite l'experte à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans. II. Réserve la suite de la procédure ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Adriana MALANGA La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

#### **E. 12.1**

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – 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. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). 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). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://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 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

#### **E. 13**

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). Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5% (ATF 116 V 156 consid. 3b ; RAMA 1988 p. 230).

#### **E. 14**

En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de compenser par le versement d'un montant en espèces les souffrances physiques, ainsi que psychiques ressenties par l'assuré ensuite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4).

#### **E. 15.1**

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. 15.2**

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 LPG), 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. A 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 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).

### **E. 15.3**

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

### **E. 15.4**

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).

### **E. 15.5**

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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. 15.6**

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une

expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

#### **E. 16**

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 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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. 17**

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 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

#### **E. 18.1**

En l'espèce, se fondant sur l'expertise tridisciplinaire rendue par les Drs P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, l'intimée a notamment retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée strictement monomanuelle dominante et lui a accordé une IPAI de 40%. Elle a par contre jugé que les atteintes à la main et au bras droit, ainsi qu'au dos, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 20 décembre 2013, de sorte qu'elle ne devait pas prester pour ces troubles.

#### **E. 18.2**

Se référant à plusieurs avis du Dr E\_\_\_\_\_, la recourante reproche à l'intimée d'avoir déclaré que les atteintes au membre supérieur droit dont elle souffre ne sont pas en relation de causalité avec l'accident. Elle conteste par ailleurs le fait qu'elle disposerait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée monomanuelle droite sans diminution de rendement et le taux de l'IPAI retenu.

#### **E. 18.3**

S'agissant de la question du lien de causalité entre l'évènement accidentel et les atteintes au membre supérieur droit, la chambre de céans observe que celle-ci a été abordée par le Dr C\_\_\_\_\_ pour la première fois dans son avis du 2 mars 2020, à la suite des critiques

formulées par la recourante à l'encontre de l'expertise tridisciplinaire. Or, cet avis est succinct, non motivé, et se borne à affirmer que n'importe qui, avec l'âge, peut développer une tendinite avec ou sans surcharge, sans indiquer ce qu'il en est dans le cas de la recourante. L'avis ultérieur de ce même médecin du 27 novembre 2023 n'est pas plus étayé, se limitant à dire que la surcharge de la main droite ne constitue pas une évolution habituelle « dans une atteinte monomanuelle », ce qui permettrait d'exclure que les tendinites présentées par la recourante soient en relation avec les séquelles traumatiques. Cependant, le fait que l'évolution soit éventuellement atypique ne permet pas, en tant que tel, de nier lien de cause à effet entre l'accident et l'atteinte constatée, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étendant, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). De plus, les différentes prises de position du Dr E\_\_\_\_\_, notamment son courrier du 15 décembre 2023, permettent de mettre en doute la conclusion de l'intimée au sujet de l'absence de causalité entre l'accident et les atteintes au membre supérieur droit. À teneur de l'article remis par ce médecin, des cas de surutilisation du membre controlatéral semblent par ailleurs régulièrement admis par la littérature médicale. Quant à l'expertise tridisciplinaire, elle n'a pas abordé cette problématique de manière détaillée, le Dr R\_\_\_\_\_ se contentant de dire que la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée tenait compte de la « capacité de compensation » de la main résiduelle, tandis que le Dr Q\_\_\_\_\_ a, lui, affirmé qu'il existait un risque de compensation avec la main droite lié à la surcharge, sans expliquer si la capacité de travail de la recourante s'en trouvait réduite. Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimée, plusieurs éléments au dossier plaident en faveur d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de la main droite de la recourante, sans toutefois que ce lien puisse en l'état être admis, et sans que la question de la conséquence sur la capacité de travail ne soit traitée. Au surplus, l'intimée ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que la jurisprudence ne retiendrait pas de phénomène de surcharge du bras non-accidenté. L'arrêt vaudois qu'elle cite à cet égard a précisément été annulé par le Tribunal fédéral, lequel a renvoyé la cause à la juridiction cantonale afin qu'elle mette en œuvre une expertise sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_517/2017 du 12 juillet 2018). Il existe par ailleurs plusieurs jurisprudences traitant du lien de causalité naturelle indirecte et de la surutilisation d'un membre non directement accidenté (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral U 210/04 du 23 décembre 2004, U 315/04 du 29 mars 2005, U 306/05 du 16 mars 2006 et 8C\_684/2008 du 5 janvier 2009, ainsi que l' ATAS/103/2020 du 17 février 2020 et l' ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013), étant rappelé qu'en matière d'assurance-accident même les suites indirectes d'un accident doivent être couvertes, si elles se trouvent dans un rapport de cause à effet avec celui-ci (cf. consid. 7 ci-dessus). Le Tribunal fédéral l'a récemment rappelé dans un cas relativement similaire à la présente affaire, où l'assuré se plaignait d'une surutilisation de son membre supérieur gauche suite à un accident qui avait entraîné plusieurs lésions du membre supérieur droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023).

#### **E. 18.4**

La chambre de céans est par ailleurs d'avis que l'éventuelle diminution de rendement de la recourante dans une activité adaptée en raison de la seule utilisation possible de son bras droit n'a pas suffisamment été investiguée. La CRR relevait à cet égard que même affectée à des tâches épargnant le membre supérieur gauche, la recourante serait confrontée à plusieurs obstacles pratiques dans son travail, ce qui a également été mentionné à l'occasion

de la mesure d'orientation professionnelle au sein des EPI. Les experts I\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ concluent, sur le plan orthopédique, à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, sans toutefois étayer leur point de vue à ce propos de manière convaincante. Au demeurant, le Dr C\_\_\_\_\_ lui-même retenait, dans son évaluation du 11 février 2019, qu'une activité adaptée engendrerait une perte de rendement, citant une perte de 50% dans un kiosque, et de 20% à 30% dans une autre activité, certes pour reposer la main gauche si ce membre devait par moment être utilisé comme étau.

### **E. 18.5**

Enfin, concernant l'IPAI, l'instruction menée par l'intimée n'est pas non plus convaincante. Le Dr I\_\_\_\_\_ a en effet considéré que la perte fonctionnelle de l'hémi-main radiale gauche pouvait être évaluée entre 2/3 et 3/4 de la perte fonctionnelle complète de la main gauche (40%), soit entre 26.66% à 30%, mais a cité la figure 44 de la table de la SUVA, correspondant à une atteinte de 45%. Le Dr R\_\_\_\_\_ a pour sa part évalué l'atteinte à 40%, mentionnant qu'il s'agissait d'un cas similaire à une amputation, la main gauche étant strictement non fonctionnelle, mais a dans le même temps affirmé que ce taux tenait compte de la part psychiatrique, évaluée à 20% par le Dr P\_\_\_\_\_. Ce dernier évalue par ailleurs globalement l'atteinte à 40%, mentionnant que l'indemnité somatique a été évaluée à 35% et que celle-ci comprend déjà une part de troubles psychiques en raison de réaménagement du schéma corporel qu'implique l'atteinte à la santé somatique. Sans plus d'indications, le Dr Q\_\_\_\_\_ retient lui aussi une indemnité globale de 40%. Ainsi, les conclusions des experts concernant l'IPAI ne sont pas claires. Contrairement à ce que retient le Dr P\_\_\_\_\_, le Dr R\_\_\_\_\_ n'a pas fixé l'IPAI à 35%, mais à 40% sur le plan orthopédique et l'affirmation que ce taux prend déjà en considération l'atteinte psychique permanente (qui justifie, selon l'expert psychiatre, en sus de l'IPAI, une diminution de rendement de 20%), n'est pas argumentée. Il découle de ce qui précède que plusieurs questions n'ont pas été correctement investiguées sur le plan orthopédique, de sorte qu'il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire sur ce point, laquelle sera confiée à la docteure U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main.

### **E. 18.6**

La mission d'expertise sera en partie complétée dans le sens voulu par les parties. Le complément à la question 5.1.2 suggéré par l'intimée sera intégré dans la question 7.3 qui concerne la diminution de rendement, et ladite question sera légèrement reformulée en conséquence, la 3<sup>ème</sup> phrase faisant désormais l'objet d'une question à part (question 7.4). Il ne se justifie pas de compléter la question 7.3 dans le sens proposé par l'intimée. On rappellera que 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. Sur la base de ces informations, les services de réadaptation professionnelle déterminent concrètement quels travaux on peut encore raisonnablement exiger (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.2.1 et les références). Ainsi, selon une jurisprudence constante, l'évaluation des activités adaptées aux limitations fonctionnelles est du ressort de l'administration, qui doit éventuellement faire appel à des spécialistes tels que des conseillers professionnels, et non du médecin, à qui il incombe en premier lieu de déterminer lesdites limitations fonctionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 107 V 17 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_545/2012 du 25 janvier 2013 consid. 3.2.1). Le complément de la question 10.2 voulu par l'intimée n'est pas plus justifié : les compétences

professionnelles de l'experte sont celles qui ressortent de sa formation en orthopédie et il ne s'agit pas pour elle de se prononcer sur des éléments neurologiques ou psychiatriques, mais d'examiner si une IPAI fixée globalement à 40% est en conformité avec l'atteinte somatique et si celle-ci comprend déjà une part de troubles psychiques en raison du réaménagement du schéma corporel. Les questions posées ressortissent donc des compétences de l'experte en orthopédie et en chirurgie de la main. Il sera néanmoins précisé que l'experte peut, le cas échéant, discuter de cette question avec les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. Les questions 3 et 5.2 seront complétées dans le sens voulu par la recourante. Les questions 5.1.3 et 5.1.4 seront légèrement précisées, sans que l'expression « atteintes passagères » ne soit utilisée, celle-ci étant sujette à interprétation. Pour les mêmes motifs qu'indiqués ci-dessus, il n'appartient pas à l'experte de donner une description précise des activités adaptées, de sorte qu'il ne se justifie pas de modifier la question 7.1. La question 7.2 ne sera pas non plus modifiée car l'experte doit déjà lister toutes les limitations fonctionnelles entrant en ligne de compte en répondant à la question 6. La question 7.2 vise à lui demander de spécifier si certaines limitations fonctionnelles entraînent une diminution de la capacité de travail et, dans l'affirmative, lesquelles. La question 8 sera complétée par les deux suggestions de la recourante concernant le traitement et le pronostic. Enfin, les questions 7.3 3<sup>ème</sup> phrase (devenue la question 7.4) et 10.2 seront maintenues, mais légèrement complétées avec l'ajout que l'experte peut, le cas échéant, discuter de cette problématique avec le Dr P\_\_\_\_\_, respectivement le Dr Q\_\_\_\_\_. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement : I. Ordonne une expertise médicale de la recourante. La confie à la Dre U\_\_\_\_\_. 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 la personne expertisée, notamment le Dr E\_\_\_\_\_. C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants : 1. Anamnèse détaillée 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives Les troubles subjectifs (plaintes) sont-ils expliqués par les constatations objectives ? 4. Diagnostics

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