

200.2022.313.LAA
N° AVS
KUQ/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 6 novembre 2022

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
Q. Kurth, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Suva
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique
Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002 Lucerne 2
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le
7 avril 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1988, a travaillé dès septembre 2014 en qualité de décolleteur dans l'horlogerie. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents auprès de la Suva (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents). Par une déclaration de sinistre du 19 avril 2017, l'ancien employeur de l'assuré a annoncé à la Suva que celui-ci avait été victime d'un accident de moto le 9 avril 2017 qui lui avait occasionné un polytraumatisme. Le cas a été pris en charge par la Suva (frais de traitement et incapacité de travail) et annoncé à l'assurance-invalidité (AI). Par décision du 9 novembre 2018, celle-ci a octroyé à l'intéressé un reclassement professionnel en qualité d'expert en production, puis, par décision du 27 septembre 2021, une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2018 au 31 décembre 2019.

B.

Par décision du 16 janvier 2020, la Suva a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de Fr. 74'100.-, correspondant à une atteinte de 50%. A la suite d'une opposition de celui-ci du 6 février 2020, et après avoir complété son instruction médicale, la Suva a rendu une nouvelle décision le 30 juillet 2021, dans laquelle elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de Fr. 96'330.-, correspondant à une atteinte de 65%, tout en niant le droit à une rente d'invalidité. L'assuré a formé opposition le 9 septembre 2021. Le 8 novembre 2021, il a limité celle-ci à la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La Suva a confirmé sa décision du 30 juillet 2021, en tant que celle-ci avait trait à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, par décision sur opposition du 7 avril 2022.

C.

Par acte du 19 mai 2022, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition de la Suva du 7 avril 2022 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 75%. A titre subsidiaire, il a demandé le renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 26 mai 2022, la Suva a conclu au rejet du recours. Le 2 juin 2022, l'assuré, par son mandataire, a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 7 avril 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit du droit des assurances sociales et confirme l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 65%. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 75%, ainsi que, à titre subsidiaire, sur le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La question du droit à une rente d'invalidité n'est quant à elle pas litigieuse, le recourant ayant limité le litige à celle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité le 8 novembre 2021 (ATF 119 V 347 c. 1b; RAMA 1998 p. 451 c. 2a).

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. a et 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1];

art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). Est réputé accident 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).

2.2

2.2.1 Aux termes de l'art. 24 al. 1 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. L'art. 25 al. 1 LAA dispose que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

2.2.2 D'après l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). L'al. 1 de cette disposition prescrit qu'une atteinte à l'intégrité est réputée durable

lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'al. 2 prévoit que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Dans cette annexe, le Conseil fédéral a édicté un barème des indemnités selon une liste non exhaustive d'atteintes fréquentes et typiques, laquelle a été reconnue comme étant conforme à la loi (ATF 124 V 29 c. 1b). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 par. 2 annexe 3 OLAA; ATF 116 V 156 c. 3a). L'art. 36 al. 3 OLAA prévoit qu'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 et il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi. Selon la jurisprudence, cette réglementation est conforme à la loi et à la Constitution, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (SVR 2018 UV n° 20 c. 6.1; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_812/2010 du 2 mai 2011 c. 6.3 et 6.5). Enfin, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est 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. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et - cumulativement - l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA doit être fixé sur la base de constatations médicales (TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 c. 3 et les références).

2.2.3 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci est évaluée d'après le diagnostic médical. En cas de diagnostic identique, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés; elle est évaluée de manière abstraite et égalitaire (ATF 124 V 29

c. 3c). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue de la réparation morale au sens du droit civil, qui vise un dommage immatériel individuel et tient compte des circonstances particulières. Contrairement à la fixation de la réparation morale en droit civil, pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu d'assimiler les séquelles accidentelles semblables et d'établir des règles générales de calcul fondées sur des bases médicales; à cet égard, les handicaps individuels particuliers résultant de l'atteinte à l'intégrité ne sont pas pris en considération. L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ne dépend dès lors pas des circonstances particulières du cas d'espèce; il ne s'agit pas non plus d'estimer une injustice subie, mais de déterminer sur une base médicale théorique l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, sans tenir compte de facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 c. 1, 113 V 218 c. 4b; RAMA 1997 p. 207 c. 2a). Il ne peut être question d'additionner différentes atteintes à l'intégrité que si celles-ci, sous l'angle médical, se laissent établir clairement, c'est-à-dire largement en dehors de l'appréciation, et si, du point de vue des effets, elles se laissent clairement distinguer les unes des autres (SVR 2008 UV n° 10 c. 6).

2.3

2.3.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

2.3.2 Sur la base du droit fédéral, la personne assurée n'a pas de droit formel à une expertise externe à l'assurance en cas de contestation de droit à des prestations. Il est en principe également admissible, au regard des garanties de procédure de l'art. 6 par. 1 CEDH, de fonder une décision de façon prépondérante, voire exclusivement, sur des investigations internes à l'administration (ATF 123 V 175 c. 3d, 122 V 157 c. 2). Si un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit

ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales internes à l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 139 V 225 c. 5.2, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

3.

3.1 A titre liminaire, il convient de relever qu'il est incontesté et établi au vu du dossier que l'accident de la circulation dont a été victime le recourant le 9 avril 2017 est un accident non professionnel au sens de l'art. 8 LAA. Il n'est pas non plus contesté que le recourant a souffert des suites de cet accident d'un polytraumatisme avec des fractures instables des vertèbres cervicales (C6 et C7) et thoraciques (D1, D2, D3 et D4), d'un pneumothorax bilatéral avec contusions pulmonaires à gauche et à droite, d'une lacération hépatique grade II sans hémorragie active, d'une suspicion de lésion rénale grade I sans hémorragie active, ni hématome rétropéritonéal, d'un traumatisme thoracique avec fracture plurifragmentaire latérale de la clavicule gauche, fractures costales (1^{ère} côte gauche et 1^{ère} et 2^e côtes droite) et fracture plurifragmentaire de la scapula, d'une fracture-luxation du radius distal gauche et des fractures des quatrième et cinquième métacarpiens gauches, d'une fracture du manubrium sternal, d'une dépression (dossier [dos.] de l'intimée 47), d'une lésion du plexus brachial inférieur (dos. de l'intimée 87), ainsi que d'une omarthrose post-traumatique de l'épaule droite (dos. de l'intimée 429).

3.2 Dans sa décision sur opposition contestée, l'intimée s'est basée sur les appréciations médicales de ses médecins d'arrondissement, afin d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 65%, à savoir 35% en raison de la lésion du plexus brachial, 10% pour la colonne cervicale, 5% pour le poignet gauche et 15% pour l'épaule droite. Dans sa réponse, l'intimée a considéré que l'aggravation de l'arthrose au poignet gauche n'était pas vraisemblable et que son importance n'était pas quantifiable, de sorte que cette aggravation ne pouvait être prise en compte dans l'évaluation de l'atteinte. Quant à l'affection à la colonne vertébrale, l'intimée a expliqué que les limitations fonctionnelles dont faisait état le recourant ne justifiaient pas une augmentation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Enfin, elle a indiqué en substance que les rapports médicaux de ses médecins avaient pleine valeur probante, leur remise en question par le recourant n'étant pas fondée, et qu'il n'y avait donc pas lieu de procéder à une expertise externe.

3.3 A l'appui de son recours, l'assuré a pour sa part fait valoir un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 75% en se ralliant aux conclusions d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur du 1^{er} novembre 2021. Du point de vue de celui-ci, il convenait de retenir, en sus des taux de 35% pour la lésion du plexus brachial et de 15% pour l'épaule droit qui ont été confirmés, un taux de 10% pour le poignet gauche, compte tenu d'un risque d'évolution défavorable de l'arthrose, et de 15% pour la colonne cervicale, en raison de la diminution de la mobilité et du statut douloureux. A cet égard, le recourant a argué du caractère arbitraire de la décision sur opposition contestée, reprochant à l'intimée de s'être fondée sur les conclusions de la médecin d'arrondissement, dont la dernière appréciation n'était que sommairement motivée, voire fautive, plutôt que celles de son spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur dont le rapport était complet et motivé. Comme argument subsidiaire, le recourant a émis des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par l'intimée et a ainsi reproché à celle-ci de ne pas avoir effectué une expertise médicale indépendante.

4.

Les faits pertinents quant à la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sont essentiellement les suivants.

4.1 Le 30 avril 2019, la médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi, au terme d'un examen personnel du recourant, un rapport concernant la situation médicale de celui-ci (dos. de l'intimée 345). A cette occasion, elle a rapporté les plaintes subjectives du recourant, selon qui, en cas d'effort accru, des douleurs au niveau de la colonne vertébrale cervicale, de l'épaule droite et des séquelles de la lésion du plexus étaient ressenties. Elle a également mentionné que l'assuré ressentait peu de douleurs dans la région du poignet et de la main gauche, où une mobilité restreinte au niveau du poignet le gênait, alors que le thorax, l'abdomen, ainsi que la clavicule ne lui causaient plus aucune douleur. La spécialiste a notamment diagnostiqué des fractures instables des vertèbres cervicales (C6 et C7) et thoraciques (D1, D2, D3 et D4), ainsi qu'une fracture-luxation du radius distal gauche. Elle a en outre relevé une évolution positive de l'état de santé du recourant, compte tenu de la gravité des blessures. Elle a toutefois constaté des douleurs croissantes dans la région de la colonne cervicale, en particulier paravertébrale gauche, et le fait que la parésie distale de la main droite, avec une lésion du plexus préganglionnaire, était toujours existante. En raison des douleurs et des empêchements existants, elle a considéré qu'il n'était plus envisageable pour le recourant de continuer à travailler dans l'horlogerie. Enfin, elle a conclu que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé, nécessitant d'autres examens médicaux, en particulier sur le plan chirurgical.

4.2 Le 7 mai 2019, un spécialiste en chirurgie spinale d'un hôpital universitaire a vu en consultation le recourant et a observé que celui-ci souffrait d'une cervicalgie chronique en phase d'effort. Le spécialiste a préconisé la réalisation d'un examen radiologique pour tenter de trouver les origines des douleurs (rapport du 21 mai 2019; dos. de l'intimée 352), examen qui a été réalisée le 19 avril 2019. Cet examen a notamment mis en évidence une consolidation sur le plan osseux des multiples fractures vertébrales dans la région cervico-thoracique. Dans un nouveau rapport du

28 juin 2019 (dos. de l'intimée 360), le spécialiste en chirurgie spinale a confirmé le diagnostic de cervicalgie chronique après stabilisation dorsale de C5 à D6 et ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il a considéré que la symptomatologie douloureuse chronique et persistante au niveau de la région cervico-thoracique était la conséquence d'une surcharge des segments mobiles adjacents après la spondylodèse de C6 à D5. De l'avis du praticien, la colonne vertébrale devait être considérée comme stable et il n'y avait pas d'indication pour une nouvelle intervention chirurgicale. En outre, ce dernier a recommandé la mise en place d'un traitement contre la douleur. Enfin, il a également retenu que l'assuré présentait, dans sa profession initiale, une capacité de travail réduite à 6 heures par jour et limitée au maximum à 3 jours par semaine, capacité dont il fallait s'attendre qu'elle diminue durablement sur le long terme. Sur la base de ce constat, il a préconisé une activité physique professionnelle adaptée, à savoir des travaux légers, sans rien porter de lourd et avec des changements réguliers de position du corps.

4.3 Un spécialiste en traitement de la douleur du même hôpital universitaire a personnellement examiné le recourant le 9 septembre 2019. Dans son écrit du 27 septembre 2019 (dos. 371 de l'intimée), il a constaté que les douleurs se manifestaient principalement au niveau de la jonction cervico-thoracique. Il a en outre mis en évidence une légère diminution de celles-ci, tout en reconnaissant leur importance dans le quotidien du recourant. Sur la base de l'anamnèse, il a considéré qu'une évolution prolongée des douleurs pouvait être supposée. S'agissant du traitement actuel, il a été discuté des mesures conservatrices au moyen des traitements de Neurodol et de Tens (stimulateur électrique transcutané). Enfin, une approche thérapeutique des facettes articulaires au niveau thoracique supérieur a été envisagée.

4.4 Le 15 octobre 2019, la médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale, en se référant à l'appréciation médicale du 30 avril 2019 rendue par sa consœur, ainsi qu'aux différents avis médicaux intervenus ultérieurement, a conclu que l'état de santé du recourant n'était plus susceptible, à un degré de vraisemblance prépondérante, d'amélioration notable par un traitement médical. Elle a ensuite considéré

que l'assuré était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, définie comme étant une activité légère permettant d'alterner les sollicitations, à savoir sans travaux au-dessus de la tête ni vibrations toute la journée et que le membre supérieur droit ne devait pas être utilisé en cas de travaux générant des chocs ou des vibrations ou nécessitant de la motricité ou de saisir fermement des objets (dos. de l'intimée 375). Par estimation du même jour, cette médecin a posé, en relation avec les atteintes à l'intégrité, le diagnostic supplémentaire de lésion du plexus brachial inférieur (Klumpke) et a évalué le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 50% (dos. de l'intimée 374).

4.5 Suite à l'annulation de la décision du 16 janvier 2020, l'instruction médicale a été complétée et dans ce cadre, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été effectuée le 4 juin 2020, afin de trouver les raisons de la restriction de la mobilité de l'épaule droite (dos. de l'intimée 423). Sur la base de cette IRM, et après avoir reçu en consultation l'assuré le 9 juin 2020, une clinique orthopédique d'un hôpital universitaire traitant a rédigé un rapport le 10 juin 2020 (dos. de l'intimée 429). Une omarthrose post-traumatique de l'épaule droite à un stade précoce (stade 1 de la classification de Samilson et Prieto) y a été diagnostiquée.

4.6 La médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale, a une nouvelle fois pris position sur l'état de santé du recourant dans un rapport du 19 mars 2021 (dos. de l'intimée 487). En substance, elle a estimé que la symptomatologie douloureuse restait inchangée depuis la dernière appréciation médicale du 15 octobre 2019, à l'exception d'une aggravation de la mobilité jusqu'à l'horizontale de l'épaule droite et a relevé à cet égard un contexte d'omarthrose débutante. Elle a en outre précisé que le profil d'exigibilité restait inchangé. Dans l'estimation du même jour, cette spécialiste a admis une atteinte à l'intégrité supplémentaire de 15%, de sorte que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a été porté de 50 à 65% (dos. de l'intimée 488).

4.7 Dans un rapport médical du 3 mai 2021, rédigé après une consultation de l'assuré effectuée le 15 janvier 2021, un spécialiste en ophtalmologie d'un hôpital régional a relevé un statut ophtalmologique inchangé en ce qui concerne le syndrome de Horner (dos. de l'intimée

510). Dans l'appréciation du 12 mai 2021, un médecin-conseil de l'intimée, spécialiste en neurologie, a répondu par l'affirmative à la question de savoir si le syndrome de Horner pouvait être imputé, avec une vraisemblance prépondérante, à l'événement du 9 avril 2017 (dos. de l'intimée 516). Le 10 juin 2021, le même spécialiste en neurologie, qui s'est rallié aux conclusions de la médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale (voir rapport médical du 15 octobre 2019) a précisé que les troubles de la sensibilité de l'annulaire et de l'auriculaire gauche n'étaient pas à prendre en compte et a retenu une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35% pour une paralysie complète du plexus inférieur, ce qui comprenait le syndrome de Horner (dos. de l'intimée 531).

4.8 Dans le cadre de la procédure d'opposition contre la décision du 30 juillet 2021, le recourant a présenté un rapport médical d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur du 1^{er} novembre 2021 (dos. de l'intimée 574). D'après le point de vue de ce spécialiste, il existait un risque d'aggravation probable de l'arthrose au poignet gauche, justifiant ainsi de fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité à 10%. Quant à l'atteinte vertébrale, ledit spécialiste a fait état de douleurs permanentes plus ou moins intenses, raison pour laquelle le degré d'atteinte à l'intégrité devait être augmenté à 15%.

4.9 Avant de rendre la décision sur opposition du 7 avril 2022, l'intimée a requis d'un hôpital universitaire traitant l'assuré qu'il soit procédé à une nouvelle radiographie du poignet gauche. Dans le rapport y relatif du 23 décembre 2021 (dos. de l'intimée 599), il a été constaté une consolidation complète de la fracture en position axiale, ainsi qu'une ancienne avulsion connue du processus styloïde ulnaire, sans dislocation secondaire. En outre, aucune nouvelle fracture n'était visible et l'articulation était préservée.

4.10 Après consultation du recourant le 23 décembre 2021, un spécialiste en chirurgie de la main du même établissement universitaire a établi un rapport daté du 27 décembre 2021 (dos. de l'intimée 591). Il en découle notamment une diminution de la mobilité articulaire en flexion/extension du poignet gauche à 40/0/40° après fracture du radius distal. Il est également décrit que la radiographie précitée (voir c. 4.9 ci-

dessus) a mis en exergue un léger rétrécissement de l'interligne articulaire radiocarpienne dans la fosse scaphoïde avec la présence d'une légère sclérose sous-chondrale. Aucune lésion ligamentaire scapho-lunaire ou autre signe d'arthrose radiocarpienne ou de pseudarthrose de la styloïde ulnaire n'ont cependant été décelés.

4.11 Consultée à propos du rapport médical du 1^{er} novembre 2021 d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, transmis par le recourant (voir c. 4.8 ci-dessus), la médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale, a rendu un rapport complémentaire daté du 6 avril 2022 (dos. de l'intimée 604) dans lequel elle a confirmé la teneur de ses précédents rapports des 15 octobre 2019 et 19 mars 2021. Après avoir examiné la radiographie du poignet gauche susmentionnée (voir c. 4.9 ci-dessus), la spécialiste en médecine interne générale a qualifié l'arthrose à ce poignet actuellement visible de légère à modérée. Elle a en outre observé que cette arthrose n'avait pas évolué de manière déterminante, tout en précisant que son développement restait à ce stade incertain. S'agissant de l'atteinte à la colonne cervicale, elle a confirmé son point de vue, selon lequel la situation du recourant correspondait à des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts après la fracture, précisant que la limitation de mobilité ne devait pas être prise en compte dans l'examen de l'atteinte à l'intégrité. Enfin, elle a confirmé le taux global de l'atteinte à l'intégrité de 65% et a considéré à cet égard que ce taux était moindre que dans l'hypothèse d'une paraplégie complète, situation justifiant un taux entre 70% et 75% sur la base de la table 21.

5.

Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante des rapports médicaux des 30 avril 2019, ainsi que des 15 octobre 2019, 19 mars 2021 et 6 avril 2022 des deux médecins d'arrondissement, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, respectivement en médecine interne générale, sur lesquels s'est

essentiellement fondée l'intimée pour rendre la décision sur opposition litigieuse.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance. Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4).

5.3

5.3.1 En l'occurrence, d'un point de vue formel, force est d'admettre que les rapports médicaux des deux médecins d'arrondissement de l'intimée satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître pleine valeur probante. Tout d'abord, l'appréciation médicale du 30 avril 2019 a été établie sur la base d'un examen personnel de l'assuré du même jour, ainsi que d'un résumé chronologique minutieux des nombreux rapports

médicaux versés au dossier. La médecin d'arrondissement, dont les qualifications en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ne sauraient être mises en doute, a pris en considération les plaintes subjectives du recourant, tout comme les constatations objectives découlant de ses propres observations, ainsi que l'anamnèse complète et a rendu son appréciation en pleine connaissance du dossier. S'agissant des rapports médicaux des 15 octobre 2019 et 19 mars 2021, de même que le rapport complémentaire du 6 avril 2022 émanant de la seconde médecin d'arrondissement, dont les qualifications en médecine interne générale ne sauraient non plus être remises en cause, ils sont également complets. Ils prennent en effet en considération les différents avis médicaux intervenus depuis la consultation du 30 avril 2019, notamment le rapport d'un hôpital universitaire traitant le recourant du 10 juin 2020 (dos. de l'intimée 429), le rapport d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur du 1^{er} novembre 2021 déposé au dossier par le recourant, ainsi que le rapport de radiographie du même hôpital universitaire du 23 décembre 2021 (dos. de l'intimée 599). Les diagnostics ont ainsi été adaptés à ces nouveaux éléments médicaux (omarthrose post-traumatique de l'épaule droite à un stade précoce; dos. de l'intimée 487 s.). A toutes fins utiles, on relèvera que le fait que cette médecin se soit prononcée sans avoir personnellement examiné l'assuré n'est pas de nature à discréditer ses appréciations, puisque celle-ci se réfère notamment à l'évaluation médicale du 30 avril 2019 qui a été établie sur la base d'un examen clinique du recourant (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références). Sur le plan formel, il n'existe dès lors aucune raison de les remettre en cause.

5.3.2 Sur le plan matériel également, les rapports médicaux des deux médecins d'arrondissement sont convaincants. Quoi qu'en dise le recourant, le rapport de son spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur du 1^{er} novembre 2021 (dos. de l'intimée 574) auquel il se réfère n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions des médecins d'arrondissement. En effet, on constate à la lecture de l'avis médical de ce spécialiste traitant que ses conclusions convergent pour l'essentiel avec celles des médecins d'arrondissement

quant aux diagnostics retenus et aux constatations médicales, à l'exception des séquelles au niveau du poignet gauche et de la colonne cervicale.

S'agissant tout d'abord de l'arthrose dont souffre le recourant au poignet gauche, on relèvera qu'en dépit de leurs interprétations divergentes sur le risque de développement de cette maladie, les appréciations du spécialiste traitant et de la médecin d'arrondissement interniste se rejoignent concernant son existence et son ampleur, puisque ces deux médecins sont parvenus à la conclusion que le recourant présentait une arthrose radiocarpienne d'intensité légère à modérée. Plus particulièrement en lien avec le risque d'aggravation de l'arthrose évoqué par le spécialiste traitant le recourant, on comprend aisément pourquoi, dans son rapport complémentaire du 6 avril 2022 (dos. de l'intimée 604), la médecin d'arrondissement a considéré, après avoir constaté que l'arthrose dont souffre le recourant au poignet gauche n'avait pas évolué de manière déterminante, que son développement restait incertain. En effet, cette médecin s'est appuyée sur l'examen radiographique réalisé le 23 décembre 2021 (dos. de l'intimée 599), lequel ne montrait pas de signe de péjoration de l'arthrose au poignet gauche. Ce résultat paraît d'autant plus probant qu'il est corroboré par le rapport du 27 décembre 2021 (dos. de l'intimée 591), dans lequel un spécialiste en chirurgie de la main de l'hôpital universitaire traitant avait observé un léger rétrécissement de l'interligne articulaire radiocarpienne dans la fosse scaphoïde avec une légère sclérose sous-chondrale, mais aucun autre signe d'arthrose radiocarpienne ou de pseudarthrose au niveau de la styloïde ulnaire. Au demeurant, le rapport du 1^{er} novembre 2021 (dos. de l'intimée 574) sur lequel se fonde le recourant ne lui est d'aucun secours et ne permet pas de remettre en cause les conclusions de la médecin d'arrondissement. Dans ce rapport, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur traitant n'expose en effet pas les raisons qui le poussent à considérer qu'il existe, selon lui, un risque probable de péjoration de l'arthrose, se bornant à l'évoquer.

S'agissant ensuite de l'atteinte à la colonne cervicale, les médecins d'arrondissement ont également retenu des diagnostics identiques à ceux posés par le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur traitant le recourant, à savoir des fractures instables des vertèbres cervicales (C6 et C7) et thoraciques (D1, D2, D3 et D4). Quant aux douleurs fonctionnelles, après un examen clinique du recourant et des pièces médicales, la médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en évidence, dans son rapport du 30 avril 2019 (dos. de l'intimée 345), des douleurs croissantes au niveau de la colonne cervicale. Cet avis rejoint celui d'un spécialiste en chirurgie spinale ayant traité le recourant (dos. de l'intimée 360). Celui-ci, après avoir examiné les résultats de l'examen radiologique réalisé le 19 avril 2019, avait posé le diagnostic de cervicalgie chronique après stabilisation dorsale de C5 à D6 et ablation du matériel d'ostéosynthèse. Ce diagnostic avait par ailleurs été confirmé par un spécialiste en traitement de la douleur d'un hôpital universitaire traitant le recourant (rapport médical du 27 septembre 2019; dos. de l'intimée 371), qui avait néanmoins observé une légère évolution favorable des douleurs, bien que celles-ci demeuraient fortement invalidantes au quotidien. C'est ainsi, malgré le constat de douleurs encore présentes et après avoir pris connaissance des nouveaux rapports médicaux au dossier, que la médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale, a conclu, avec cohérence, à une stabilisation de l'état de santé au niveau de la colonne cervicale (rapport du 15 octobre 2019; dos. de l'intimée 374 s.). Enfin, en mars 2021, cette même médecin a observé de manière concluante que la symptomatologie douloureuse restait inchangée depuis le dernier examen du 15 octobre 2019 (rapport du 19 mars 2021; dos. de l'intimée 487 s.). Au titre de limitation en lien avec l'atteinte traumatique cervicale, elle a reconnu, dans son rapport du 15 octobre 2019 (dos. de l'intimée 374 s.), qu'en dépit des séquelles de l'accident, le recourant pouvait réaliser des activités légères adaptées à ses limitations fonctionnelles, à condition qu'il puisse alterner les sollicitations. Il convenait ainsi d'éviter les travaux au-dessus de la tête, de même que ceux générant des vibrations. Ce profil d'exigibilité a du reste été confirmé dans le rapport du 19 mars 2021 et ce, après avoir pris connaissance des nouveaux rapports médicaux au dossier (dos. de l'intimée 487 s.). Le profil d'exigibilité retenu est d'autant plus convaincant qu'il correspond aux limitations fonctionnelles répertoriées au dossier, notamment par le spécialiste en chirurgie spinale d'un hôpital universitaire traitant le recourant (rapport du 28 juin 2019; dos. de l'intimée

360), à savoir effectuer des travaux légers, éviter le port de charge lourde et changer régulièrement de position du corps. A cet égard, on notera enfin que les appréciations de la médecin d'arrondissement précitées ne divergent pas sur l'étendue des limitations et ne sont en tout cas pas contradictoires avec celles figurant dans le rapport du 1^{er} novembre 2021 (dos. de l'intimée 574) du spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auquel se réfère le recourant, dans la mesure où celui-ci se contente d'évoquer une diminution de la mobilité de la colonne vertébrale, sans autres explications permettant de mettre en doute les avis des médecins d'arrondissement.

5.3.3 Sur la base de ce qui précède, il n'existe aucun motif qui justifierait que l'on s'écarte des rapports médicaux rédigés par les deux médecins d'arrondissement qu'il y a lieu de qualifier de probants au degré de la vraisemblance prépondérante. Il apparaît ainsi superflu de procéder à de plus amples investigations telles que l'établissement d'une expertise médicale externe ou requérir un rapport complémentaire.

6.

Subsiste encore la question de savoir si les atteintes à l'intégrité ont en l'occurrence été correctement évaluées.

6.1 Sur la base de ses appréciations médicales exposées plus haut, la médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale, a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 65% en se fondant sur la "Table 1 - Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs", sur la "Table 5 - Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses" et sur la "Table 7 - Atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale" (disponibles sur le site internet de l'intimée: www.suva.ch), qui sont toutes trois reconnues par le Tribunal fédéral comme étant compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA, relative à l'évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité (ATF 124 V 209 c. 4a/cc; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 c. 6.1 et les références). La table 1 prescrit effectivement qu'un taux de 35% doit être admis en cas de paralysie inférieure du plexus brachial (Klumpke). Sur le vu du diagnostic de lésion

du plexus brachial droit posé en l'espèce, il n'y a donc pas lieu de s'écarter du taux – non contesté – de 35% fixé par l'intimée. Quant à l'épaule droite, la médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale, s'est également référée à la table 1 susmentionnée. Cette table prévoit un taux d'atteinte à l'intégrité de 15% pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale, si bien qu'après avoir constaté une aggravation de la mobilité de l'épaule droite jusqu'à l'horizontale et un contexte d'omarthrose débutante chez le recourant, la spécialiste a retenu un tel taux de 15%. Cette appréciation qui emporte pleine conviction, n'est remise en cause par aucun médecin, ni critiquée par le recourant. Il y a donc lieu de s'y rallier.

S'agissant du poignet gauche, ainsi que cela a déjà été relevé, il ressort des constatations médicales que l'assuré souffrait, comme séquelle de l'accident, d'une mobilité restreinte en extension/flexion à 40/0/40°, ainsi que d'une arthrose radiocarpienne d'intensité légère à modérée. Pour le reste, on rappellera qu'une aggravation future de l'arthrose n'a pas été rendue suffisamment vraisemblable par le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auquel se réfère le recourant (voir c. 5.3.2 ci-dessus). On précisera à cet égard que la simple possibilité d'une aggravation de l'atteinte à l'intégrité n'est, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, pas suffisante pour être prise en compte dans le cadre de l'examen de cette atteinte (TF 8C_76/2013 du 23 juillet 2013 c. 3.4.1 et la référence). Quoi qu'il en soit, même en admettant la vraisemblance d'une future aggravation de l'arthrose dont souffre le recourant, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur traitant le recourant n'a pas été en mesure, dans son rapport du 1^{er} novembre 2021 (dos. de l'intimée 574/2), de se prononcer sur son importance, qui doit être fixée sur la base de constatations médicales (TF 8C_420/2021 du 6 octobre 2021 c. 3 et les références, 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 c. 4.3 et la référence). Dans ces conditions, il n'y a aucune raison de s'écarter de l'estimation de la médecin d'arrondissement, qui a fixé le taux à 5% selon la table 5 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, laquelle prévoit un taux situé entre 5% et 10% en cas d'arthrose moyenne radiocarpienne.

Quant à l'affection de la colonne vertébrale, il sied de relever que l'appréciation du taux d'atteinte à l'intégrité repose dans une très large mesure sur l'intensité des douleurs qu'entraînent ces affections (voir table 7; TF 8C_389/2009 du 7 avril 2010 c. 5.3). Au cas présent, la médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine interne générale, en se référant à la table 7 précitée, qui prévoit un taux d'atteinte entre 0% et 50% pour une fracture cervicale, dorsale ou lombaire, y compris une spondylodèse, cyphose ou scoliose, a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%. Elle a ainsi qualifié la situation d'intermédiaire c'est-à-dire des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts (++; taux variant entre 5% et 20%), et pas des douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, charges supplémentaires impossible, ces douleurs ne diminuant que lentement après aggravation (+++; taux variant entre 10% et 50%), telles que décrites dans l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles. Sur le vu des éléments médicaux au dossier, le classement des douleurs du recourant par cette médecin d'arrondissement échappe à la critique, les éléments du dossier ne permettant à l'évidence pas de retenir l'existence de douleurs correspondant au seuil le plus élevé (+++), tel que décrit ci-dessus. En effet, il convient en particulier de relever que les plaintes formulées par le recourant dans le cadre de son séjour en clinique de réadaptation du 27 avril au 5 mai 2017 (rapport de sortie du 5 mai 2017; dos. de l'intimée 43/3-4) concernaient des douleurs peu prononcées au niveau de la colonne cervicale estimées entre 1 et 5/10, qui disparaissait lorsqu'il s'allongeait, des tiraillements segmentaires au niveau paravertébral (D3 à D10) d'intensité estimée entre 4 et 6/10, qui s'atténuaient également en position couchée sur le dos, ainsi que des douleurs dans la région inférieure des rhomboïdes droits d'intensité estimée à 4/10. Certes, lors de l'examen clinique du recourant en avril 2019, la médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait notamment mis en évidence des douleurs croissantes au niveau des cervicales (dos. de l'intimée 345/8). On mentionnera néanmoins qu'en septembre 2019, bien qu'encore gênantes au quotidien, un léger développement positif des douleurs avait été mis en exergue par le spécialiste en traitement des douleurs (dos. de l'intimée 371/1). L'échelle ++ correspond ainsi davantage à l'évaluation des douleurs. En outre, ce

degré tient compte d'une douleur permanente y compris au repos et accentuée par les efforts, comme c'est le cas en l'espèce selon la description relevée par la médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dos. de l'intimée 345/6). S'agissant de la diminution de mobilité relatée par le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur traitant dans son rapport du 1^{er} novembre 2021 (dos. de l'intimée 574/2), il est vrai que dans le cas des affections de la colonne vertébrale selon la table 7 de la Suva, outre l'intensité des douleurs, le degré de limitation fonctionnelle est également déterminant pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_49/2014 du 23 avril 2014 c. 4.3 et les références; voir MAX B. BERGER, in Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [édit.], Basler Kommentar, *Unfallversicherungsgesetz*, 2019, ad art. 25 n. 22). Cependant, l'appréciation de ce spécialiste traitant, non documentée, n'est pas suffisante pour infirmer celle de la médecin d'arrondissement susmentionnée. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues en l'espèce en lien avec l'atteinte traumatique cervicale, à savoir effectuer des travaux légers, sans rien porter de lourd et avec des changements réguliers de position du corps, n'empêchent pas le recourant d'exercer une activité adaptée à plein temps, et peuvent être qualifiées de faibles. Elles ne justifient ainsi pas une augmentation du taux de l'atteinte à l'intégrité. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que constater que ladite médecin d'arrondissement a correctement pris en compte les limitations et douleurs fonctionnelles ressortant de l'examen clinique et se rallie à son appréciation fixant à 10% le taux de l'atteinte à l'intégrité, taux qui se situe dans la fourchette du degré "++".

6.2 En résumé de ce qui précède, le taux global de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 65% tient compte de manière adéquate des différentes séquelles physiques résultant de l'accident et peut ainsi être confirmé. Par ailleurs, ce résultat est proportionné en comparaison avec d'autres atteintes figurant à l'annexe 3 OLAA, comme le soutient à bon droit l'intimée (TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 c. 9.3 et les références; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e

éd., 2016, p. 998 n. 319). En tout état de cause, on conclura en relevant que si l'arthrose au niveau du poignet gauche, respectivement si les limitations fonctionnelles au niveau de la colonne vertébrale dont le recourant souffre font effectivement l'objet d'une aggravation future d'une certaine ampleur, il sera loisible à celui-ci de requérir exceptionnellement la révision du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA (TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 c. 4.3, TF 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 c. 6.2, non publié in ATF 141 V 1; THOMAS FREI, in Hürzeler/Kieser [édit.], *Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2018, ad art. 25 n. 36).

7.

7.1 Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

7.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens au recourant qui succombe (art. 1 al. 1 LAA en lien avec l'art. 61 let. f^{bis} LPGA [en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021; RO 2020 5137] et l'art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).