RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/624/2022 **ATAS/786/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 13 septembre 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié en FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mattia DEBERTI	recourant
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, a travaillé en qualité de manœuvre dans le bâtiment auprès de l'entreprise B_____ SA à partir du 1er juin 2010.

b. Le 12 mars 2012, alors qu'il se trouvait sur un chantier, l'assuré a été victime d'un accident. En voulant récupérer ses gants, il s'est coincé la main gauche (main dominante) dans le godet de la pelle qui travaillait à proximité. L'assuré a été opéré le jour-même aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

B. **a.** A teneur d'un certificat adressé le 14 mai 2012 à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) par le service de chirurgie de la main des HUG, les diagnostics suivants étaient retenus : fracture sous-capitale P2 du troisième doigt gauche, section du tendon extenseur du troisième doigt gauche fermée en zone 2 et plaie ulnaire avec arrachement de l'ongle du deuxième doigt gauche.

b. A la suite de l'accident, l'assuré s'est retrouvé en incapacité totale de travail, et des prestations d'assurance lui ont été allouées par la SUVA.

c. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 13 février au 20 mars 2013. En sus de ceux préalablement retenus, les diagnostics supplémentaires suivants ont été posés : algodystrophie du membre supérieur gauche et allodynie des deuxième et troisième doigts de la main gauche. Les limitations fonctionnelles provisoires concernaient les activités nécessitant la préhension de la main gauche. L'incapacité de travail était toujours totale, et un changement de profession était indiqué.

d. Au mois de septembre 2014, l'assuré a repris son activité de manœuvre auprès de B_____ SA. Selon un bilan d'ergothérapie datant du 25 septembre 2014, l'assuré n'utilisait pas sa main gauche au travail. Depuis sa sortie de la CRR, il avait fait quelques progrès dans sa vie quotidienne, il pouvait compenser en utilisant principalement sa main droite, mais son bras gauche était non fonctionnel, et tout contact avec un objet restait douloureux.

e. Par décision du 3 octobre 2014, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 12,5 %, correspondant à un montant de CHF 15'750.-.

f. Le 9 mars 2015, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail totale. Il a été licencié pour B_____ SA pour le 30 avril 2016. Selon un certificat du 9 mars 2015 de la doctoresse C_____, spécialisée en médecine interne et médecin traitante de l'assuré, ce dernier était victime d'une rechute de son accident de travail de mars 2012.

g. Du 16 juin au 8 juillet 2015, l'assuré a à nouveau séjourné à la CRR. Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient toute activité bimanuelle nécessitant une préhension avec la main gauche. Le pronostic de réinsertion dans

l'ancienne activité était défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, il était défavorable en raison de l'absence de qualification reconnue, de ses connaissances limitées dans les domaines autres que le bâtiment et du fait que l'assuré sous-estimait le niveau d'activités qu'il pouvait réaliser.

h. Le 15 décembre 2015, la SUVA a annoncé à l'assuré qu'elle cesserait de lui verser des indemnités journalières le 30 avril 2016.

i. Dans une appréciation du 3 mai 2016, la doctoresse D_____, médecin conseil de la SUVA, a retenu comme limitation fonctionnelle définitive toute activité bimanuelle nécessitant une préhension avec la main gauche.

j. Par décision du 19 juillet 2016, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, en raison d'une absence de diminution de la capacité de gain. Il ressortait de ses investigations que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas mettre à contribution sa main gauche. Son degré d'invalidité était de 8,68%.

k. Le 29 juillet 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée et a joint un rapport du 24 mai 2016 établi par le docteur E_____, FMH chirurgie de la main et médecin chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG : à la suite de son accident, l'assuré avait développé un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Différents traitements médicamenteux, de physiothérapie et d'ergothérapie avaient été entrepris, sans aucune amélioration. L'assuré avait développé une exclusion complète de la main gauche, avec les deuxième et troisième rayons en rectitude totale, une main en position intrinsèque constante, et une absence quasi complète de mobilité des doigts longs. Contraint d'utiliser uniquement sa main droite, il avait également tendance à développer des tendinopathies du membre supérieur droit ainsi que des douleurs articulaires. L'assuré présentait actuellement un SDRC du membre supérieur gauche, à quatre ans d'un traumatisme par écrasement de la main. Tous les traitements possibles avaient été proposés et avaient échoué. D'un point de vue chirurgical, le cas était parfaitement stabilisé et aucune intervention ne pouvait être entreprise. La fonction actuelle du membre supérieur gauche était équivalente à une main amputée.

l. Dans un nouveau rapport du 7 septembre 2016 adressé à la SUVA, le Dr E_____ s'est étonné du traitement du dossier de l'assuré. Ce dernier avait tenté une reprise du travail en 2014-2015 et avait présenté une rechute douloureuse et une aggravation de son état de santé marquée par une accentuation des douleurs de sa main gauche. Par ailleurs, à la suite d'une surutilisation de la main droite, il développait une symptomatologie d'épicondyalgies, d'épitrochléagies au niveau du coude droit ainsi que de ténosynovite sténosante au niveau du majeur droit. Une reprise du travail à 100% n'était pas envisageable, et une reconversion professionnelle était souhaitable.

m. L'assuré a été examiné le 18 janvier 2017 par les docteurs F_____, FMH neurologie, et G_____, FMH chirurgie, tous deux médecins conseils de la SUVA.

Dans leur rapport du 3 mars 2017, les Drs F_____ et G_____ ont retenu que l'état de la main gauche de l'assuré était comparable à un status après amputation. Il devait donc être considéré comme un manchot d'un point de vue fonctionnel, qui ne disposait que de sa main droite non dominante. Le profil d'exigibilité était le suivant : des travaux légers nécessitant la manipulation de charges n'excédant pas 10 kg au maximum étaient exigibles durant toute la journée. Les activités ne devaient pas comporter d'exigences particulières en matière de motricité fine (usage exclusif de la main droite non dominante), ni de mouvements répétitifs du poignet et du coude. Il n'était pas exigible que l'assuré monte et travaille sur des échelles et des échafaudages, qu'il monte et descende des escaliers et qu'il exerce des activités en hauteur. De même, il ne pouvait conduire un véhicule non adapté à son handicap. L'assuré ne devait enfin pas exercer d'activités l'exposant au froid, aux vibrations, à un milieu humide ou mouillé, ou à des températures élevées. Si ces limitations étaient respectées, il pouvait travailler à 100%.

L'assuré présentait une atteinte durable et importante de son intégrité physique, qu'ils estimaient à 40%.

Au niveau du membre supérieur droit, toutes les articulations des doigts de la main droite avaient une mobilité conservée. Une petite induration nodulaire était palpable dans la face palmaire du médius droit. Toutefois, il s'était avéré impossible, dans le cadre de l'examen, de déclencher un blocage de ce troisième doigt, semblable à celui apparaissant lors d'une tendovaginite sténosante. Il n'y avait pas de douleurs à la pression de l'épicondyle huméral radial dans la région du coude droit, alors que l'épicondyle huméral ulnaire était légèrement douloureux. La musculature des faces dorsale et palmaire de l'avant-bras était indolore. À l'examen clinique, il n'y avait pas d'indices suggestifs d'une épicondylopathie du coude droit.

Dans l'anamnèse de l'assuré, il était question d'une tendovaginite sténosante avec doigt à ressort qui affecterait le médius droit. De leur point de vue, ce trouble particulier ne constituait ni une suite directe, ni une conséquence indirecte de l'événement accidentel du 12 mars 2012. Il n'était pas prouvé qu'il y ait une surcharge ou une sur-sollicitation chronique de l'extrémité supérieure droite. En effet, l'assuré ne travaillait plus depuis longtemps, il disait avoir besoin de l'aide de sa partenaire pour ses soins corporels et il n'effectuait aucune tâche ménagère.

n. Par nouvelle décision du 1er mai 2017, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 20% à compter du 1er mai 2016, et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%, correspondant à un montant de CHF 50'400.-.

L'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution sa main

gauche. Une telle activité, exigible durant toute la journée, lui permettrait de réaliser un revenu d'environ CHF 50'339.-. Comparé à son salaire avant l'accident de CHF 62'881.-, il en résultait une perte de gain de 20%. Cette décision est entrée en force.

C. **a.** Dans un courrier du 21 septembre 2018, l'assuré a indiqué à la SUVA que son état s'était aggravé. Il ne se servait plus de son bras gauche, de sorte qu'il avait « d'énormes complications » au niveau du bras droit, à savoir de multiples tendinites (poignet, coude, épaule). De plus, il avait développé la maladie de Dupuytren en raison de son accident.

Il joignait à son courrier un rapport daté du 22 août 2018 du docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, et médecin adjoint à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, selon lequel l'assuré présentait une épicondyalgie du coude droit avec des douleurs inflammatoires aussi au niveau de la main. Du fait de son activité mono manuelle main droite due au handicap particulièrement important que l'assuré présentait au niveau de la main gauche, les inflammations au niveau de son coude droit pouvaient être une conséquence de son atteinte au membre supérieur gauche.

b. Dans une appréciation sur dossier du 5 novembre 2018, le docteur I_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin conseil de la SUVA, a considéré que la relation de causalité était au mieux possible entre les troubles du membre supérieur droit et l'événement initial.

c. Par courrier du 5 novembre 2018, la SUVA a indiqué qu'elle refusait d'allouer des prestations d'assurance à l'intéressé. Aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 12 mars 2012 et les troubles déclarés. Elle était disposée à rendre une décision sur demande.

d. Par courrier du 19 février 2019, l'assuré, représenté par un conseil, a invité la SUVA à reconsidérer sa décision du 1er mai 2017, en prenant en charge les frais médicaux liés à l'accident (notamment ceux en lien avec son bras droit), et en reconsidérant son pourcentage d'incapacité de gain pour lui permettre de subvenir à ses besoins de base ainsi qu'à ceux de sa fille.

L'appréciation du 18 janvier 2017, sur laquelle était basée la décision du 1er mai 2017, ne prenait en compte que son bras accidenté. Depuis son accident, il n'avait l'usage que de son bras droit, et avait donc compensé sa situation de handicap par la surexploitation de son bras droit, ce qui avait malheureusement conduit à une épicondyalgie. Il avait fait son maximum pour se réinsérer professionnellement dans son métier de maçon. Il souhaitait être en mesure de pouvoir reprendre une activité lucrative. Pour ce faire, il était nécessaire que la SUVA prenne en charge les frais d'une opération chirurgicale visant à diminuer les douleurs de son membre supérieur droit, et les séances de physiothérapie. Le pourcentage

d'incapacité de gain de 20% retenu dans la décision du 1er mai 2017 n'était pas réaliste : son handicap posait de trop nombreux problèmes logistiques aux entreprises, de sorte que ces dernières préféraient engager une personne pleinement valide.

Dans un rapport du 3 décembre 2018 joint à son courrier, le Dr H_____ attestait que l'épicondyalgie que l'assuré avait développée du fait de son activité mono-manuelle pouvait être rattachée à l'épisode assécurologique accidentel de son membre supérieur gauche. Une prise en charge chirurgicale serait optimale pour diminuer les symptômes douloureux qu'il présentait au niveau de son membre supérieur droit.

e. Par courrier du 19 mars 2019, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de l'assuré.

f. La SUVA a à nouveau soumis le cas à l'appréciation à son médecin conseil.

Dans une appréciation sur dossier du 22 mars 2019, le Dr I_____, a considéré que la relation de causalité était au mieux possible entre les troubles au coude droit et un traumatisme au niveau du membre supérieur gauche. L'assuré n'exerçait pas d'activité professionnelle susceptible d'entrainer une nouvelle pathologie au niveau du côté controlatéral par hyper-utilisation ou mouvements répétés identiques. Il était bien connu que le tabagisme constituait un facteur de risque majeur dans la survenue d'une épicondylite. L'évaluation multidisciplinaire du 3 mars 2017 ne relevait pas d'épicondylite droite à l'époque.

g. Par décision du 8 mai 2019, la SUVA a retenu que les conditions requises pour l'augmentation de la rente allouée n'étaient pas remplies.

Il ne s'était produit aucune aggravation des séquelles accidentelles depuis l'époque de la fixation de la rente, de sorte que l'assuré était toujours considéré apte à mettre en valeur la capacité de travail et de gain reconnue au moment de la fixation de la rente en 2017. Le droit à la rente avait été examiné en fonction des seules séquelles de l'accident, mais pas pour les troubles du coude droit qui n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.

h. Dans un rapport du 24 mai 2019, le docteur J_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique et chirurgie de la main, a estimé que l'épicondylite et l'épitrochléite au niveau du coude droit de l'assuré, qui avaient commencé après la reprise du travail, étaient probablement liées à une sur-sollicitation du bras droit du fait du déficit et du handicap à gauche. Le seul traitement valable pour ces tendinites était le repos, soit un arrêt de travail de plusieurs mois.

i. Le 31 mai 2019, la Dresse C_____ a indiqué que l'utilisation de sa main droite entrainait pour l'assuré des tendinites à répétition. Il présentait au niveau du coude droit une tendinopathie bifocale non fissuraire. Sur le membre supérieur gauche, elle observait une rétractation du majeur gauche de l'assuré, des cals

douloureux s'étant formés le long du tendon. L'assuré éprouvait des difficultés pour la préhension des objets, le port et l'écriture. Les différents essais de reprise du travail restaient à ce jour un échec. Il était donc impératif de prévoir un reclassement professionnel.

j. Le 7 juin 2019, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 8 mai 2019, concluant à son annulation, à l'augmentation de sa rente et au remboursement et à la prise en charge des frais médicaux afin d'éviter une détérioration supplémentaire de son état de santé.

k. Par décision sur opposition du 19 juillet 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. La reprise de l'activité de manœuvre durant la période allant de septembre 2014 à la mi-mars 2015 n'avait pas été assez conséquente pour pouvoir générer une telle pathologie au degré de la vraisemblance prépondérante. L'avis du Dr I_____ du 22 mars 2019, fondé sur les constatations objectives et sur l'avis des Drs F_____ et G_____, et arrivant à la conclusion que le lien de causalité entre les troubles du coude droit et l'accident du 12 mars 2012 était tout au plus possible, emportait la conviction de la SUVA. Les appréciations médicales subséquentes figurant au dossier ne renfermaient pas d'éléments objectifs permettant de remettre en question ces conclusions.

l. Un bilan d'ergothérapie du 5 septembre 2019 a relevé que l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche de l'assuré s'était majorée depuis plusieurs mois, en raison de douleurs permanentes et irradiantes aux vertèbres cervicales. Le membre supérieur droit était également devenu impotent à force de surutilisation ; il éprouvait des douleurs en lien avec les tendinites. Ces troubles fonctionnels le limitaient sur de nombreuses activités : il était dépendant d'un tiers pour tous les gestes quotidiens. Il était totalement dépendant de sa fille et de son amie pour les activités domestiques. Ses activités professionnelles étaient compromises.

m. Par acte du 16 septembre 2019, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à la constatation de l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs à son membre supérieur droit et l'accident du 12 mars 2012, au réexamen de son droit à une rente, et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit au remboursement des frais médicaux liés au membre supérieur droit.

Tant les Drs H_____, J_____ et C_____ que l'ergothérapeute relevaient que les douleurs de son membre supérieur droit résultaient d'une surexploitation de ce bras dans les tâches du quotidien. Il ne faisait aucun doute qu'il existait donc un lien de causalité naturelle, dans la mesure où sans l'accident du 12 mars 2012, il n'aurait jamais eu à surexploiter son bras droit, et que l'épicondyalgie et les autres douleurs ne seraient pas survenues. Son état de santé s'étant fortement dégradé depuis la décision du 1er mai 2017, son degré d'invalidité devait être réexaminé.

De même, il avait droit au remboursement de ses frais médicaux pour son bras droit.

n. La SUVA a conclu au rejet du recours.

Elle avait soumis le dossier du recourant au centre de compétence de médecine des assurances. Dans une appréciation du 12 novembre 2019, qu'elle joignait à son écriture, la doctoresse K_____, FMH chirurgie générale et traumatologie, expliquait qu'une épicondylite survenait principalement à la suite d'une sollicitation du bras importante ou répétée. Or, ce n'était aucunement le cas du recourant, ce dernier n'exerçant ni une activité professionnelle, ni une activité sportive, et ne participant pas non plus aux activités domestiques selon le bilan d'ergothérapie figurant au dossier. Les activités de la vie quotidienne, ponctuelles, n'étaient pas de nature à sur-solliciter son membre supérieur droit. La Dresse K_____ relevait par ailleurs qu'il n'y avait aucune iconographie dans le dossier, ni de constatations cliniques décrivant l'état de son coude droit. Ainsi, l'épicondylite du coude droit, s'il y en avait une, ne pouvait en aucun cas être mise en relation avec l'état séquellaire de l'accident du 12 mars 2012.

o. Le recourant a répliqué le 19 décembre 2019, persistant dans ses conclusions.

Il était inexact qu'il n'avait exercé aucune activité ayant pu conduire à une épicondylite. En effet, il avait, depuis son accident, toujours cherché à reprendre une activité professionnelle. Il était ainsi retourné travailler le 1er septembre 2014. C'était à cette période que les douleurs de son bras droit avaient commencé à se manifester. Dès la fin de son droit aux prestations, il avait par ailleurs cherché à retrouver un emploi en intérimaire sur des chantiers. Il produisait deux attestations d'agences de placement, datées des 16 et 19 décembre 2019 : la première indiquait qu'en raison de son accident de 2012, il n'avait plus les mêmes capacités manuelles, ce qui ne leur permettait plus de le déléguer dans des entreprises de maçonnerie. La seconde attestait de plusieurs missions infructueuses du recourant dans l'agence, et de sa conséquente incapacité à travailler dans le domaine de l'industrie à la suite de son accident.

Le 5 décembre 2019, il avait subi un nouvel accident de travail en chutant sur un chantier. Il produisait pour preuve un certificat de la Dresse C_____ du 12 décembre 2019, prolongeant de sept jours son arrêt de travail à 100%.

L'intimée s'étonnait de l'absence d'iconographie de son coude droit. Or, cette dernière ayant mis un terme à la prise en charge de ses examens et traitements médicaux, il n'était pas en mesure, vu sa situation financière, d'engager des frais dans des examens médicaux coûteux. Il était cependant disposé à se soumettre à tout examen demandé par l'intimée. L'examen du 18 janvier 2017, sur lequel se fondait l'intimée pour retenir qu'il ne présentait pas d'indices cliniques suggestifs d'une épycondylopathie du coude droit, datait d'il y a bientôt trois ans. La situation s'était empirée depuis, en raison d'une constante surutilisation de son membre supérieur droit.

p. Par arrêt du 17 février 2020 (ATAS/103/2020), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision du 19 juillet 2019 et renvoyé la cause à la SUVA pour la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer si les troubles dont souffre le recourant au membre supérieur droit étaient en lien de causalité avec l'accident et nouvelle décision. Elle a relevé que les avis des Drs E_____, H_____, J_____ et C_____ reconnaissaient un tel lien de causalité, et mettaient ainsi en doute les avis des médecins conseils de la SUVA.

q. A la demande de la SUVA, les docteurs L_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgie de la main, et M_____, FMH neurologie, ont rendu respectivement un rapport d'expertise les 20 et 26 novembre 2020.

Selon le Dr L_____, objectivement, seule une limitation fonctionnelle des articulations distales de l'index et du majeur gauche pouvait être attestée ; les autres troubles subjectifs des deux membres supérieurs n'avaient pas de substrat anatomique objectivable ; en raison des nombreuses incohérences, il allait attribuer ces derniers à des phénomènes non somatiques et de majoration. Il n'y avait aucun trouble objectivable du membre supérieur droit susceptible d'expliquer, même partiellement, les plaintes subjectives. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée dans l'industrie légère, sans effort particulier, ni mouvement répétitif prolongé de la main gauche.

Le Dr M_____ a conclu à des plaintes et des anomalies cliniques sans substrat somatique objectivable.

r. Le 30 avril 2020, le Dr H_____ a attesté d'une recrudescence des symptômes douloureux au membre supérieur gauche.

s. Le 16 janvier 2021, l'assuré a été victime d'un nouvel accident. Il a chuté sur le bras gauche en glissant sur une plaque de verglas dans des escaliers. Cet accident a été annoncé à la SUVA. L'unité d'urgence ambulatoire des HUG lui a prescrit un traitement par antidouleurs et antiinflammatoires de la main gauche.

t. Le 12 février 2021, l'assuré a indiqué à la SUVA que les expertises des Drs L_____ et M_____ n'étaient pas probantes.

u. Le 1er juin 2021, le Dr H_____ a prescrit à l'assuré une prise en charge par un médecin psychiatre et un psychologue sur Genève pour un syndrome douloureux chronique.

v. Le 21 juillet 2021, la SUVA a informé l'assuré, par deux courriers, qu'elle mettait fin au 31 août 2021 au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière suite à l'accident du 16 janvier 2021 et à celui du 5 décembre 2019.

w. Par décision du 21 septembre 2021, la SUVA a maintenu la rente d'invalidité de 20%, en constatant que l'expertise confirmait l'absence d'aggravation des séquelles accidentelles depuis la décision de fixation de la rente, que les troubles du coude droit n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident, que les

accidents de 2019 et 2021 ne laissaient pas subsister de séquelles invalidantes allant au-delà de celles reconnues et indemnisées suite à l'accident de 2012 et que les troubles psychologiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

x. Le 30 août 2021, l'ergothérapeute des HUG a fait un bilan et conclu à un score de la main droite de 35% et de la main gauche de 28%.

y. Le 22 octobre 2021, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 21 septembre 2021.

La surexploitation de son bras droit, conséquence de l'atteinte au bras gauche, était une conséquence de l'accident du 12 mars 2012, comme l'attestaient ses médecins traitants ; son état de santé psychique était clairement issu de l'accident de 2012, avec une réactivation en raison de l'accident de 2019, comme l'attestait le docteur N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, les 17 mars et 21 octobre 2021. Il avait droit à une IPAI pour son atteinte psychique. L'état tant de son bras gauche que de son bras droit s'était aggravé depuis la décision de rente. Les experts L_____ et M_____ ne présentaient pas les garanties d'impartialité et d'objectivité, de sorte que leur rapport n'était pas probant.

z. Par décision du 29 octobre 2021, la SUVA a refusé la prise en charge des frais de déplacement de l'assuré pour se rendre auprès de ses thérapeutes (suivi psychologique) situés dans le canton de Genève, au motif que l'assuré pouvait se faire suivre dans son pays de domicile, la France.

aa. Le 30 novembre 2021, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 29 octobre 2021, en faisant valoir qu'il était en droit, en tant que frontalier, d'obtenir des prestations de la SUVA en Suisse. Il a communiqué :

- un rapport du 17 mars 2021 des Drs N_____ et O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, attestant d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et une anxiété généralisée ;
- un rapport du 6 octobre 2021 du Dr H_____, soulignant que le traitement pour les douleurs neurologiques chroniques devait impérativement inclure un suivi psychiatrique, de sorte qu'il demandait à la SUVA que la décision de mettre fin à la prise en charge au 30 août 2021 soit revue ;
- une attestation du Dr N_____ du 21 octobre 2021 selon laquelle l'état de santé psychique était totalement invalidant et clairement issu de l'accident de 2012, réactivé par l'accident 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : d'un point de vue cognitif, il était relevé un ralentissement psychomoteur important et une difficulté en mémoire épisodique verbale sévère ; l'assuré présentait au niveau psychique une dépression sévère avec la présence de ruminations, d'un sentiment de tristesse, de découragement, d'échec, de culpabilité, de déception, la présence d'idées noires, de perte d'intérêt pour autrui, d'incapacité à prendre des décisions ou encore d'effectuer

le moindre travail ; son hygiène corporelle pouvait être négligée et il présentait une perte d'appétit ; s'y associaient une anxiété et une impulsivité avec irritabilité accrue.

bb. Par décision du 18 janvier 2022, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 21 septembre 2021.

cc. Par décision du 20 janvier 2022, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 29 octobre 2021.

D. **a.** Le 22 février 2022, l'assuré, représenté un avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision sur opposition du 20 janvier 2022. Cette procédure a été enregistrée sous N° A/599/2022. Il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à la condamnation de la SUVA à prendre en charge les frais de déplacement liés à son suivi psychologique.

b. Le 23 février 2022, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision sur opposition du 18 janvier 2022. Cette procédure a été enregistrée sous N° A/624/2022. Il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à la condamnation de la SUVA à prendre en charge ses frais de traitement (pour l'atteinte au membre supérieur droit et psychique), y compris de déplacement, à l'octroi d'une IPAI pour atteinte psychique ainsi qu'au réexamen de son droit à une rente. Il a aussi requis le versement de l'indemnité journalière du 31 août au 21 septembre 2021, date de la décision de la SUVA. Préalablement, il a demandé l'audition du Dr H_____ et l'ordonnance d'une expertise administrative indépendante.

c. Par arrêt du 8 mars 2022 (ATAS/204/2022), la chambre de céans a déclaré sans objet le recours déposé par l'assuré le 17 novembre 2021 pour déni de justice.

d. Les 22 et 27 avril 2022, la SUVA a conclu au rejet des recours (respectivement causes A/599/2022 et A/624/2022).

e. Le 24 mai 2022, l'assuré a répliqué (cause A/624/2022).

f. Le 20 juin 2022, la chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle (dans les causes A/599/2022 et A/624/2022). Le recourant a relevé que les expertises auprès du Dr L_____ et du Dr M_____ s'étaient très mal passées, qu'il s'était senti rabaissé, humilié et que ces deux médecins avaient pris connaissance de son dossier devant lui. Son cas s'était aggravé et les atteintes à son bras droit étaient en lien avec l'accident.

g. Le 10 août 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée au docteur P_____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la doctoresse Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, en leur transmettant son projet de mission d'expertise et en leur impartissant un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur la mission d'expertise.

h. Le 7 septembre 2022, la SUVA a rappelé que l'expertise des Drs L_____ et M_____ était probante, qu'aucun lien de causalité adéquate n'était donné entre les troubles psychiques et l'accident, que les questions de la mission d'expertise se rapportant aux critères de la causalité adéquate devaient être ôtées, qu'il convenait d'ajouter une question sur la présence d'une causalité naturelle entre les éventuels troubles de la personnalité et les accidents et, enfin, qu'il convenait de confier les expertises aux docteur R_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie et chirurgie de la main, et aux doctoresses S_____, FHM psychiatrie et psychothérapie, et T_____, FMH psychiatrie et psychothérapie. La SUVA a communiqué un avis de la Dresse K_____, FMH chirurgie générale et traumatologie, médecin de la SUVA, du 8 août 2022, selon lequel la Dresse Q_____ n'était pas titulaire d'un certificat SIM (Swiss Insurance Medecine) et le Dr U_____ n'était pas impartial, ayant travaillé aux HUG et était favorable aux assurés. Elle proposait de confier les expertises aux Drs R_____ et L_____ (sic).

i. Le 7 septembre 2022, le recourant a accepté la mission d'expertise.

EN DROIT

1.

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Le 1er 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 du recourant 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.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée, suite à l'arrêt du 17 février 2020 (ATAS/103/2020) et à l'instruction médicale complémentaire effectuée par l'intimée, d'augmenter le taux de la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur la question d'une aggravation de l'état de santé de celui-ci

depuis la décision du 1er mai 2017, entrée en force. Il porte aussi sur le bien-fondé du refus, d'une part, d'admettre un lien de causalité entre les troubles au membre supérieur droit du recourant et l'accident du 12 mars 2012, d'autre part, d'admettre un lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques et l'accident du 12 mars 2012. Il porte encore sur le bien-fondé du refus de prendre en charge les frais médicaux et de déplacement du recourant en lien avec ses troubles au membre supérieur droit et aux atteintes psychiques, singulièrement sur la question de la stabilisation du cas et, enfin sur le droit du recourant à une IPAI en lien avec ses atteintes psychiques.

3. 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 entraine la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

3.1

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

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).

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 parait possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle

avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

3.1.2 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

3.2

3.2.1 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entrainer un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

3.2.2 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un

traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

Il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

3.2.3 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8

et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entrainer une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaitraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entrainer une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entrainer ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entrainer des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

4.

4.1 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

4.2 Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

5. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

5.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

5.2 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

5.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 ; ATF 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).

5.4 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 reconnaitre 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. 2.3 et les références).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ;

RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

8. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparait nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.

9.1 Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1) ; l'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

9.2 Selon l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (al. 1 let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (al. 1 let b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (al. 1 let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (al. 1 let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (al. 1 let. e) ; l'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie et l'hôpital ou l'établissement de cure dans lequel il veut se faire soigner (al. 2) ; le Conseil fédéral peut définir les

prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile (al. 3).

9.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

10. En l'occurrence, l'intimée, à la suite de l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 17 février 2020, a ordonné une expertise bidisciplinaire auprès des Drs L_____ et M_____, dont elle a suivi les conclusions pour fonder la décision litigieuse.

10.1 Dans la mesure où ces deux rapports d'expertise n'emportent pas la conviction, il convient d'ordonner une expertise judiciaire orthopédique. Par ailleurs, afin de pouvoir statuer en pleine connaissance du dossier, il convient d'ordonner également une expertise psychiatrique, étant relevé que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident n'est pas d'emblée exclu. En effet, l'intimée a évalué certains des critères pertinents en se basant sur les considérations du Dr M_____, lesquelles ne sauraient se voir reconnaitre une valeur probante, comme il sera exposé ci-après.

10.2 Pour rappel, l'arrêt de la chambre de céans du 17 février 2020 a constaté qu'il était établi que l'état de la main gauche du recourant était comparable à celle d'un manchot du point de vue fonctionnel. Plus précisément, le Dr F_____ avait indiqué, dans son appréciation du 18 janvier 2017, que le recourant ne disposait que de sa main droite non dominante et que le diagnostic était celui de privation fonctionnelle de la main gauche (dominante) sur SDRC, les troubles du membre supérieur gauche (retenus aux HUG) reposant sur des séquelles physiques objectivables.

10.2.1 Or, le Dr L_____, sans motivation convaincante, s'écarte de cette évaluation, en évoquant des incohérences, de nombreuses autolimitations, en niant la présence d'un SDRC (autre qu'en lien avec deux doigts de la main gauche), en écartant un substrat anatomique objectivable aux éventuels troubles du membre supérieur gauche et en décrivant des troubles subjectifs grotesques de ce membre et une extension théâtrale de la symptomatologie. En particulier, le Dr L_____ n'explique pas pour quelles raisons il s'écarte de façon radicale de l'évaluation du Dr F_____, que l'intimée avait suivie.

Au surplus, comme relevé par le recourant, ce rapport contient une erreur qui n'est pas sans conséquence sur l'évaluation de l'état de santé du recourant, puisque le Dr L_____ estime que le bras gauche du recourant est non dominant, alors qu'il s'agit du bras droit.

Dans ces conditions, l'évaluation du Dr L_____ des atteintes au membre supérieur droit du recourant ne saurait être considérée comme sérieuse et probante.

10.2.2 S'agissant du rapport du Dr M_____, il ne peut non plus se voir reconnaitre une pleine valeur probante. Celui-ci remet également en cause le diagnostic de SDRC sans motivation convaincante. Il écarte même la possibilité de séquelles d'un SDRC. En particulier, il relève que le Dr F_____ a nié ce diagnostic, ce qui n'apparait pas dans l'appréciation de celui-ci du 18 janvier 2017. Il insiste sur des incohérences, telles que le port par le recourant de souliers à lacets, sans avoir pris la peine d'aborder cette question avec le recourant, lequel a précisé ensuite qu'il était aidé par son épouse pour se chausser. Le Dr M_____ évoque par ailleurs une majoration pour raisons psychiques ou socio-économiques, sans motivation convaincante. A cet égard, il tire des conclusions qui paraissent hâtives sur l'intention du recourant d'obtenir une augmentation de sa rente pour des raisons uniquement économiques, en se basant sur le fait que la compagne de celui-ci est au chômage et que le couple fait face à d'importantes difficultés financières (expertise du Dr M_____, page 45). Or, l'environnement social, s'il peut être un élément pertinent à prendre en compte dans le cadre de l'appréciation globale d'une atteinte à la santé d'un assuré, ne saurait, comme en l'espèce, en constituer l'argument central. Les explications précitées du Dr M_____ manquent de sérieux, de sorte que son appréciation des atteintes au membre supérieur droit du recourant ne peut non plus être considérée comme probante.

10.3 En conséquence, les rapports d'expertise des Drs L_____ et M_____ doivent être écartés et il sera ordonné une expertise judicaire orthopédique et psychiatrique, laquelle sera confiée au docteur U_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la doctoresse Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

Au vu de ce qui précède, la question de savoir si l'absence de lecture du dossier du recourant avant l'examen de celui-ci, telle qu'alléguée par le recourant, constitue, de la part des experts L_____ et M_____, une circonstance permettant d'écarter d'emblée leurs rapports, peut rester ouverte.

10.3.1 S'agissant des objections de l'intimée, il convient de relever que le cas d'espèce requiert des connaissances et une pratique approfondie, d'une part, en orthopédie et, d'autre part, en psychiatrie. Or, l'intimée ne conteste pas que le Dr U_____ et la Dresse Q_____ disposent respectivement de telles compétences. La certification SIM imposée dorénavant aux experts mandatés par les assureurs (art. 44 LPGA et 7m OPGA) n'apparaît, dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire judiciaire, pas pertinente, ce d'autant qu'un délai de 5 ans est prévu pour son exigibilité selon les dispositions transitoires de la modification du 3 novembre 2021.

10.3.2 Selon la jurisprudence, les règles sur l'impartialité des membres d'un tribunal valent en principe pour les experts (ATF 132 V 93 consid. 7.1). En conséquence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. La récusation d'un expert n'est pas limitée aux cas dans lesquels une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 139 III 433 consid. 2.1.2 et les références) ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 127 I 196 consid. 2b ; 120 V 357 consid. 3a).

En l'occurrence, l'intimée reproche au Dr U_____, d'être favorable aux assurés ; ce grief n'est fondé sur aucun élément probant. En outre, le fait que le Dr U_____ a travaillé aux services des HUG, alors que le recourant a été soigné aux HUG, n'est pas suffisant pour considérer que le Dr U_____ est prévenu, ce d'autant qu'il n'a pas œuvré comme médecin traitant du recourant.

10.3.3 L'intimée conteste encore les questions 11 posées à l'expert orthopédiste. Celles-ci seront maintenues, dès lors qu'elles permettent d'obtenir des informations sur l'état de santé du recourant, utiles dans le cadre d'une éventuelle discussion du lien de causalité adéquate entre un trouble psychique et un accident, étant précisé que les réponses données par l'expert orthopédiste doivent être analysées à l'aune de tous les autres éléments du dossier. Enfin, une question 4.8 sera ajoutée à la mission d'expertise psychiatrique, comme demandé par l'intimée.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale bidisciplinaire. La confie au docteur U_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la doctoresse Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

II. Dit que la mission d'expertise orthopédique 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.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir 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

4. Diagnostics

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

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

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il aggravé depuis le 1er mai 2017 (date de la décision de la SUVA) ? Si oui, de quelle manière ?

5. Causalité

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident du 12 mars 2012, voire avec ceux des 5 décembre 2019 et 16 janvier 2021 ? 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%) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

5.1.2 En particulier, les atteintes au bras droit de la personne expertisée sont-elles dues de façon au moins probable à une surutilisation de ce membre, suite à l'accident du 12 mars 2012 ?

5.2 L'accident du 12 mars 2012, voire ceux des 5 décembre 2019 et 16 janvier 2021, ont-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

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 les accidents par suite d'un développement ordinaire) ?

6. Limitations fonctionnelles

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

6.1.1 Dates d'apparition

7. Capacité de travail

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec les accidents et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident du 12 mars 2012 ?

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

7.2 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 les accidents ?

7.2.1 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 ?

8. Traitement

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

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

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

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) ?

9. Atteinte à l'intégrité

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

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

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

9.4 En particulier, l'atteinte au bras droit justifie-t-elle une indemnité pour atteinte à l'intégrité ? Si oui, de quel taux ?

10. Appréciation d'avis médicaux du dossier

10.1 Êtes-vous d'accord avec les expertises des Drs L_____ et M_____ des 20 et 26 novembre 2020 ? En particulier avec l'absence de trouble objectivable du membre supérieur droit et une capacité de travail totale de la personne expertisée dans une activité légère ? Si non, pourquoi ?

11. Autres facteurs

Suite aux accidents des 12 mars 2012, 5 décembre 2019 et 16 janvier 2021

11.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

11.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entrainer des troubles psychiques ?

11.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

11.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

12. Quel est le **pronostic** ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

III. Dit que la mission d'expertise psychiatrique 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, en particulier le docteur N_____.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il aggravé depuis le 1er mai 2017 (date de la décision de la SUVA) ? Si oui, de quelle manière ?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.8 Les troubles constatés sont-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (>50% de probabilité), en lien de causalité naturelle

4.8.1 avec l'accident du 12 mars 2012 ?

4.8.2 avec l'accident du 5 décembre 2019 ?

4.8.3 avec l'accident du 16 janvier 2021 ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

5.3 Les limitations fonctionnelles constatées sont-elles en lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 mars 2012 ou avec ceux des 5 décembre 2019 et 16 janvier 2021 ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les

limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de la personnalité ou de ces traits de la personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adapté ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 12 mars 2012 ?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

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

10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.3 Un traitement psychiatrique est-il encore justifié ?

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

10.5 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques ? Si oui, de quelle intensité (trouble psychique minime, léger, léger à modéré, modéré, modéré à sévère, sévère, sévère à très sévère) ?

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr N_____ des 17 mars et 21 octobre 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

IV. Invite les experts à déposer, **dans les meilleurs délais**, leur rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

V. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La présidente

Adriana MALANGA | Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le