RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/626/2021** **ATAS/632/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Ordonnance d'expertise du 1er juillet 2022

**6ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurice UTZ | recourant |
| contre | |
| SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN | intimée |

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.**

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1986, a été engagé le 1er janvier 2012 par B_____ (ci-après : l'employeur) en qualité de carreleur-peintre à plein temps (45 heures par semaine), pour un salaire mensuel de l'ordre de CHF 4'500.-. À ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

**b.** Le 5 juin 2013, l'assuré a chuté d'une échelle et s'est blessé à la main et au bras gauches. Le cas a été annoncé à la SUVA par l'employeur le 7 juin 2013. Le 2 août 2013, l'assuré a chuté d'une échelle, se blessant à la main droite. Des douleurs étaient ressenties à la main et au bras gauches. Une incapacité totale de travail a été certifiée à compter de cette date. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

**B.** **a.** Le 22 octobre 2013, l'assuré a subi une ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, une ostéotomie de l'hamatum gauche et une infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, pratiquées par le Dr C_____. Ce dernier a posé le diagnostic de cal vicieux intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches. L'assuré présentait une fracture de la base du cinquième métacarpien intra-articulaire avec un enfoncement traitée conservativement. Il avait développé un cal vicieux avec une forte raideur douloureuse. Il présentait également des douleurs au niveau de la poulie basale du pouce sans blocage ni ressaut.

**b.** Le 28 avril 2014, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauche. Suite à l'opération, il avait présenté un syndrome douloureux important avec une raideur et une tuméfaction qui faisaient penser à une algodystrophie de SUDECK.

**c.** Dans un rapport du 15 juillet 2014, le Dr C_____ a relevé une évolution défavorable. Malgré une restitution *ad integrum* de la surface articulaire carpo-métacarpienne V, l'assuré persistait à ressentir des douleurs importantes avec une gêne fonctionnelle. La rééducation ne permettait pas d'obtenir une mobilité satisfaisante et l'indolence. L'assuré ne présentait aucune tuméfaction mais ressentait des douleurs au moindre effleurement de la cicatrice. Une raideur à l'enroulement était relevée. L'arrêt de travail était toujours en cours, sans perspective de changement. Pour le moment, il n'était pas nécessaire d'envisager un changement de profession. En effet, compte tenu de la restitution de l'anatomie, la fonction devait pouvoir être rétablie. L'état n'était pas stabilisé. L'assuré présentait enfin éventuellement un état dépressif réactionnel et étranger à l'accident.

**d.** L'assuré a séjourné à la Clinique D_____ (ci-après : la D_____) du 10 au 18 septembre 2014 et dans un rapport du 2 octobre 2014, les docteurs E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et F_____ de la D_____ ont retenu les diagnostics de probable syndrome douloureux régional complexe (ci-après :

SDRC) de type 1 (algodystrophie) de la main gauche, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauche, d'ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, ostéotomie de l'hamatum gauche et infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, et de chute le 2 août 2013 avec fracture intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauche.

L'hospitalisation avait eu lieu en raison de l'évolution négative du cas, l'assuré ayant développé un syndrome douloureux important avec limitation fonctionnelle de la main et du poignet. Les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençant défavorablement le retour au travail. S'agissant des limitations fonctionnelles provisoires, l'assuré devait éviter les activités en force avec la main gauche et très répétitives. Même si certaines limitations pouvaient être admises, l'assuré s'autolimitait de façon majeure, de sorte que les limitations ne reflétaient que ce que ce dernier avait bien voulu faire et démontrer. La stabilisation était attendue dans un délai difficile à estimer, étant précisé qu'il fallait s'attendre à une longue évolution en raison des facteurs contextuels et de la présence d'un probable SDRC. La reprise de l'activité habituelle était pour le moment défavorable. Quant à une réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il était trop tôt pour se prononcer.

**e.** Le 30 septembre 2016, la doctoresse G_____, médecin cheffe de clinique du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué suivre l'assuré à raison d'une fois par mois depuis le 4 février 2016. Ce dernier recevait un traitement antidépresseur et anxiolytique en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive en lien avec la symptomatologie douloureuse.

**f.** Dans un rapport du 21 décembre 2016, le Dr C_____ a fait état d'une évolution défavorable. L'assuré présentait des douleurs permanentes à la main et au membre supérieur gauche, lesquelles étaient partiellement calmées par les traitements médicamenteux. Le traitement actuel consistait surtout en un traitement de la douleur par voie médicamenteuse et ergothérapie. Une stimulation médullaire pouvait être envisagée, mais pas un traitement chirurgical. L'incapacité de travail était totale, pour une durée indéterminée, à moins de trouver une solution pour ses douleurs. Un changement de profession était indiqué dans un domaine où la main gauche n'aurait pas besoin d'être utilisée. Du point de vue chirurgical, l'état était stabilisé, aucune mesure opératoire ne pouvant améliorer la situation. Par contre, une éventuelle amélioration pouvait être espérée par le traitement antalgique. Il n'était pas exclu que des facteurs étrangers jouent un rôle dans l'importance de la symptomatologie, mais il était difficile d'en avoir la certitude.

**g.** Dans un rapport du 29 mars 2017, la doctoresse H_____, du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a retenu le diagnostic d'état dépressif moyen. Elle a relevé la stagnation de la symptomatologie anxio-dépressive. Une tristesse avec un émoussement affectif, une anhédonie marquée, une difficulté à initier et poursuivre des activités et une fatigue étaient observées. Récemment, une adaptation du traitement antidépresseur et antalgique avait permis le renforcement de la prise en charge ergothérapeutique (travail sur hypersensibilité et allodynie). Le pronostic était réservé sur le plan psychiatrique, car l'assuré était alexithymique. Néanmoins, l'adaptation du traitement pouvait avoir un effet partiel. Toute amélioration de la motricité et du syndrome douloureux était cependant susceptible de permettre une évolution nettement plus favorable (en cas de succès avec le travail ergothérapeutique de désensibilisation). Une réadaptation professionnelle était souhaitable dans le contexte de la réhabilitation psychiatrique, ceci pouvant faire fonction de traitement. En effet, l'incapacité avait créé un vide identitaire et l'assuré n'arrivait pas à se projeter au-delà de son handicap (manque de flexibilité mentale, péjorée par la dépression).

**h.** Le 22 mars 2017, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10% (tables d'indemnisation pour une atteinte à l'intégrité suite à une arthrose grave intra-carpienne).

Dans un rapport d'examen du même jour, le Dr I_____ a retenu les diagnostics de fracture enfoncement de la base du cinquième métacarpien gauche, de status post ostéotomie correctrice du cinquième métacarpien et hamatum pour cal vicieux et d'algoneurodystrophie. Actuellement, les douleurs étaient difficilement maîtrisées par le traitement médicamenteux et l'ergothérapie. La main était tenue en coupe. Une raideur diffuse était présente au niveau des doigts, du poignet et du coude dans une moindre mesure. Toutes les mesures de mobilité étaient extrêmement douloureuses. Le traitement actuel consistait surtout à maîtriser la douleur par voie médicamenteuse et ergothérapie. Aucun traitement chirurgical n'était à envisager. Un changement de profession était nécessaire dans un domaine où la main gauche n'avait pas besoin d'être utilisée. Ce changement était exigible de l'assuré.

**i.** Dans une appréciation psychiatrique du 17 mai 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que la situation de l'assuré évoluait vers une invalidation progressive et complète. Avant qu'elle ne soit trop avancée, il fallait tenter de la prendre en charge et de voir ce que l'assuré était réellement capable de faire ou non avec son membre supérieur gauche. Selon le Dr I_____, il serait désormais mono-manuel, ce qui impliquait un handicap assez important. Compte tenu de cette situation à haut risque et du pronostic plus que réservé, le Dr J_____ recommandait d'adresser l'assuré à la D_____ pour une évaluation

pluridisciplinaire. S'agissant du lien de causalité entre cette situation et l'atteinte psychique, elle était au mieux probable.

**j.** L'assuré a séjourné au sein de la D_____ du 11 juillet au 2 août 2017. Dans un rapport du 7 août 2017, les docteurs L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et M_____, de la D_____, ont posé les diagnostics d'exclusion du membre supérieur gauche, de probable SDRC de la main gauche au décours, de chute le 2 août 2013 avec fracture intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauche, d'ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, ostéotomie de l'hamatum gauche et infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauche, et de possible trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée.

L'évaluation psychiatrique évoquait la présence d'un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée chez un patient rapportant un état douloureux quasi permanent et n'exprimant pas d'autres plaintes spontanément. Sur le plan neurologique, l'ENMG ne permettait pas de retenir des signes objectivables pour une atteinte des structures nerveuses du membre supérieur gauche. Il n'y avait pas non plus d'explication trouvée pour les crises douloureuses de l'hémicorps gauche. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives. À quatre ans de son accident, même si un SDRC avait probablement compliqué l'évolution, aucun signe en faveur de la persistance de son activité n'était actuellement constaté. Malgré une exclusion du membre supérieur gauche, il n'était pas constaté d'amyotrophie significative, de troubles vasomoteurs ou de la trophicité et de raideur articulaire, les limitations des amplitudes constatées à l'examen clinique étaient en lien avec les douleurs annoncées et des autolimitations. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré.

Les incohérences suivantes étaient relevées : absence d'amyotrophie malgré l'exclusion du membre supérieur gauche présentée et intolérance au toucher superficiel du poignet et de la main gauches alors qu'une attelle AL était tolérée. Au décours de l'atteinte traumatique du poignet gauche ayant évoluée vers un SDRC, actuellement au décours, on pouvait retenir les limitations fonctionnelles médico-théoriques suivantes : pas de port de charges supérieures à 15 kg et pas d'activité nécessitant une préhension en force avec la main gauche. La situation était stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de reprise de l'activité habituelle était défavorable compte tenu de l'atteinte médicale retenue après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était défavorable, en raison des facteurs non médicaux précités.

**k.** Le 26 septembre 2017, la SUVA a demandé au Dr I_____ si, à la lumière du rapport de la D_____ du 7 août 2017, il maintenait la limitation fonctionnelle de l'absence d'utilisation de la main gauche retenue dans son rapport d'examen du

22 mars 2017. Le même jour, le Dr I_____ lui a répondu que les limitations fonctionnelles retenues par la D_____ après un séjour d'environ trois semaines étaient précises et pouvaient être utilisées dans le cadre de l'exigibilité.

**l.** Dans un document interne du 29 septembre 2017, la SUVA a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré. L'ensemble des DPT sélectionnés nécessitait le port de charges très légères (jusqu'à 5 kg), et parfois légère (entre 5 et 10 kg), et l'usage des deux mains.

**m.** La SUVA a informé l'assuré que, selon la D_____, son état était stabilisé, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017. Son éventuel droit à une rente d'invalidité était actuellement examiné. Son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité allait être confirmé dans la décision d'attribution.

**n.** Par décision du 19 octobre 2017, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.- correspondant à 10% du montant maximal du gain annuel assuré.

Il ressortait du dossier que les troubles psychogènes de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 2 août 2013. Aucune prestation n'était donc due à ce titre. Sur la base des constatations médicales, l'assuré était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Cette capacité de travail médicalement exigible lui permettait d'exercer une profession, par exemple, dans différents secteurs de l'industrie et de réaliser un salaire de CHF 58'478.-. Comparé à son revenu de CHF 58'097.- réalisable avant l'accident, il n'y avait « quasiment » pas de perte de gain, de sorte qu'aucune rente d'invalidité n'était due. Si son état de santé exigeait la reprise du traitement médical en lien avec l'accident, l'assuré avait la possibilité de le lui annoncer.

**o.** Le 21 novembre 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à cette décision. Il a contesté la stabilisation de son état de santé. Subsidiairement, il contestait être capable de travailler dans une activité adaptée.

**p.** Dans une appréciation médicale du 6 février 2018, le Dr I_____ a rappelé l'évolution du cas et les dernières conclusions de la D_____. L'établissement des limitations fonctionnelles avait été défini sur la base de facteurs médicaux. L'exigibilité était complète aussi bien en temps qu'en rendement dans une activité adaptée aux limitations établies après le séjour de l'assuré au sein de la D_____.

**q.** Par décision sur opposition du 12 février 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. En ce qui concernait les seules séquelles de l'accident, la D_____ avait retenu des limitations fonctionnelles, soit éviter les ports de charges supérieures à 15 kg et les activités nécessitant une préhension en force avec la main gauche. Le Dr I_____ avait fait siennes ces limitations et précisé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée. L'assuré n'avait apporté aucun élément objectif permettant de remettre en question les conclusions de ce médecin.

**C.** **a.** Le 15 mars 2018, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre de céans. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision et à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1er novembre 2017 jusqu'à épuisement du droit aux prestations, et subsidiairement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2017.

Les limitations fonctionnelles retenues par la SUVA étaient trop restrictives, dès lors qu'elles ne prenaient pas en considération les limitations importantes liées aux douleurs ressenties. À l'appui de son recours, le recourant a notamment produit un rapport de consultation ambulatoire de la douleur établi le 5 février 2018 par la Dresse M_____, le docteur N_____, psychiatre consultant, et du docteur O_____ médecin interne, du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Ces médecins ont retenu les diagnostics de douleurs chroniques du membre supérieur gauche avec une composante neuropathique et de tout l'hémicorps gauche sous-tendues par une sensibilisation centrale, de status post ostéotomie intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum pour cal vicieux et de status post fracture du cinquième doigt à gauche le 2 août 2013. Malgré le traitement le recourant présentait toujours des douleurs sans réelle amélioration. Actuellement les douleurs étaient localisées au niveau de tout le membre supérieur gauche sans territoire précis, avec une irradiation des douleurs dans tout l'hémicorps gauche. Les douleurs étaient permanentes de type arrachement et d'une intensité de 8/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) avec les médicaments.

**b.** Par arrêt du 17 septembre 2018 (ATAS/819/2018), la chambre de céans a déclaré irrecevables les conclusions tendant au versement d'indemnités journalières, déclaré recevable le recours pour le surplus, admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et invité l'intimée à se prononcer dans une décision formelle sur les questions de la stabilisation du cas au 31 octobre 2017 et de la suppression du droit aux indemnités journalières dès cette même date. Un recours de la SUVA au Tribunal fédéral contre cet arrêt a été déclaré irrecevable (8C 725/2018).

**c.** Par décision du 5 février 2020, la SUVA a cessé le versement de l'indemnité journalière au 31 octobre 2017, en considérant que la situation était stabilisée et, le 25 février 2020, l'assuré a renoncé au versement de l'indemnité journalière et requis une rente d'invalidité.

**d.** Le 6 juillet 2020, le Dr P_____ a examiné l'assuré et rendu un rapport. Il a posé les diagnostics de status après traitement chirurgical d'une fracture de la base du 5ème métacarpien gauche et de status après syndrome douloureux régional complexe en décours, sans signes aujourd'hui d'anomalie objective d'une pathologie active. Il n'y avait pas de manifestation clinique évidente et active du SDRC ; il n'y avait pas d'explication à une incapacité totale du membre supérieur gauche ; une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes pouvait

être effectuée : port de charge de plus de 15 kg avec le membre supérieur gauche, travaux nécessitant une force de serrage avec la main gauche et de mobilisation en flexion, extension et pronosupination de l'avant-bras ; l'IPAI n'était pas modifiée.

**e.** Le 18 septembre 2020, la doctoresse Q_____, FMH chirurgie, médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation selon laquelle la profession de carreleur n'était plus exigible mais l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à 100 %, en respectant les limitations posées par le Dr P_____, elle a également fixé l'interdiction de toute activité nécessitant des mouvements répétés au-dessus de l'horizontale. La main et le membre supérieur gauche pouvaient servir d'accompagnement à la main droite et il fallait privilégier des activités avec appui sur un établi.

**f.** Le 29 septembre 2020, la SUVA a fixé le degré d'invalidité à -15 % (revenu sans invalidité de CHF 58'097.- et revenu d'invalide de CHF 67'071.-, selon l'ESS 2016, indexé à 2017, pour 41,7 heures de travail hebdomadaire, niveau 1, homme, sans abattement).

**g.** Par décision du 29 septembre 2020, la SUVA a refusé le droit à une rente d'invalidité et accordé une IPAI de 10 %. Les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

**h.** Le 29 octobre 2020, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, en relevant que le calcul du degré d'invalidité devait se faire sur la base des DPT, subsidiairement qu'un abattement de 25 % devait lui être accordé, et qu'il avait une capacité de travail de 20 % au maximum.

**i.** Par décision du 22 janvier 2021, la SUVA a rejeté l'opposition, aucun élément objectif ne remettait en cause l'exigibilité posée par les Drs P_____ et Q_____ ; par ailleurs les DPT n'étaient plus utilisées depuis le 1er janvier 2019.

**D.** **a.** Le 22 février 2021, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète ; l'instruction était incomplète et il convenait d'entendre les Drs C_____ et M_____ ; la conclusion du Dr P_____ quant à une capacité de travail totale était incompréhensible ; il considérait être capable de travailler à 20 % maximum.

**b.** Le 23 mars 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours.

**c.** Le 21 juin 2021, la chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il n'arrivait pas à travailler en raison de douleurs qui irradiaient depuis la main gauche dans tout le bras, jusqu'à la nuque et jusqu'au pied.

**d.** A la demande de la chambre de céans, les médecins suivants ont donné des renseignements complémentaires :

- la Dresse M_____ a communiqué les rapports du centre de la douleur établis les 2 juin 2015, 20 octobre 2016, 5 février 2018 et 17 juillet 2018,
- le Dr R_____, FMH médecine générale, a indiqué le 30 août 2021 que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche, avec une quasi impotence de celui-ci et une capacité de travail nulle ;
- le 8 octobre 2021, la doctoresse S_____, FMH médecine interne, et le docteur T_____, médecin adjoint responsable d'unité aux HUG, ont indiqué un suivi depuis le 14 mai 2021 pour un SDRC avec douleurs chroniques du membre supérieur gauche, avec composante neuropathique de tout l'hémicorps gauche sous-tendues par une sensibilisation centrale ; le traitement était principalement de l'antalgie ;
- le 18 novembre 2021, le Dr C_____ a posé les diagnostics de cal vicieux intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches, un SDRC type I probable, un état de stress post-traumatique et une possible irritation de la branche sensitive dorsale du nerf ulnaire, non documentée objectivement. L'assuré était capable de travailler dans une activité mono-manuelle droite complète avec une aide appréciable de la main gauche depuis le 1er janvier 2019, à un taux de 80%, avec un rendement de 50%. Il y avait des signes d'autolimitation qui pourraient ne pas être volontaires, mais dus à l'état douloureux chronique. Il était d'accord avec une capacité de travail totale établie par le Dr P_____ mais avec une diminution de rendement de 20%.

**e.** Le 20 décembre 2021, le recourant a observé qu'il s'appuyait sur le rapport du Dr R_____ et qu'il sollicitait un complément d'information de la part du Dr C_____ sur l'avis du Dr R_____.

**f.** Le 19 janvier 2022, la SUVA a persisté dans ses conclusions, en relevant que les rapports médicaux récents ne témoignaient d'aucun élément médical objectif de manière à mettre en doute les constatations de la SUVA.

**g.** Le 12 mai 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée à la doctoresse Constanze U_____, cheffe de clinique du service de neurologie des HUG, et Jean-Benoît V_____, médecin interne du service de neurologie des HUG et leur a fixé un délai au 11 juin 2022 pour se déterminer.

**h.** Le 8 juin 2022, la SUVA a demandé la récusation des experts, au motif qu'ils travaillaient au service de neurologie des HUG, alors que le recourant était suivi aux HUG. Par ailleurs, un spécialiste en chirurgie de la main devait être désigné. Elle a en outre proposé la modification de certaines questions de la mission d'expertise.

**i.** Le recourant n'a pas fait d'observations.

## 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

**1.3** 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 de la recourante 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.

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**3.**

**3.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

**3.2** 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).

**3.3** 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

**4.**

**4.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (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).

**4.2** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

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

**4.4** Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**4.5** 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. Etant 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

**4.6** 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).

**4.7** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**5.** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

**6.** 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 apparaît 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).

**7.**

**7.1** En l'occurrence, l'intimée s'est fondée, pour rendre sa décision de refus de rente d'invalidité, sur les appréciations des Dr P_____ et Q_____. A cet égard, l'appréciation du Dr P_____ du 6 juillet 2020, qui est principalement fondée sur ce qu'il considère être des incohérences de la part du recourant, soit une hypersensibilité sélective et une force de serrage nulle, alors qu'il existe une musculature normale du membre supérieur gauche, n'est pas étayée et n'est pas convaincante. En outre, l'exclusion d'un syndrome douloureux chronique chez le recourant par le médecin de l'intimée va à l'encontre du suivi par le centre de la douleur depuis juin 2015, lequel a constaté des douleurs neurogènes et une sensibilisation centrale expliquant la diffusion de douleurs et justifiant l'administration d'un traitement antalgique.

Quant à la Dresse Q_____, elle s'est limitée dans son rapport du 18 septembre 2020 à se rallier à l'avis du Dr P_____.

Ces deux avis sont manifestement insuffisants pour retenir, comme l'a fait la SUVA, une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée, étant rappelé que la chambre de céans a considéré, dans son arrêt du 17 septembre 2018, que le rapport de la D_____ du 7 août 2017 et les avis du Dr I_____ n'étaient pas probants non plus.

En outre, le rapport du Dr C_____ du 18 novembre 2021, fondé sur une dernière consultation de décembre 2018, ne revêt pas pleine valeur probante. En effet, le Dr C_____ fait état d'une éventuelle autolimitation du recourant, tout en admettant qu'elle peut ne pas être volontaire mais découler de l'état douloureux chronique qui laisse au niveau cérébral des empreintes difficilement effaçables, malgré une mécanique de la main restituée. Contrairement à l'avis de l'intimée, ce constat ne permet pas de conclure à une autolimitation volontaire du recourant. Le

Dr C_____ estime ensuite que le recourant présente une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2019 de 80%, avec un rendement de 50%, puis se déclare en accord avec les conclusions du Dr P_____ qui retient une capacité de travail de 100%, tout en précisant qu'une diminution de rendement de 20% pourrait être acceptée. Ses conclusions sur la capacité de travail du recourant ne sont ainsi pas claires. On ne sait si le recourant est considéré comme apte à travailler à 40% (80% avec une diminution de rendement de 50%) ou à 50% ou à 80% (100% avec une diminution de rendement de 20%). Enfin, le Dr C_____ considère le SDRC comme probable, tout comme l'existence de douleurs qui sont prises en compte dans la diminution du taux d'activité exigible. Or, le Dr C_____ se réfère aussi à l'avis du Dr P_____ du 6 juillet 2020, lequel exclut un SDRC actif.

En définitive, il existe un doute sur les limitations fonctionnelles du recourant et, en particulier, sur l'impact du SDRC et le taux de capacité de travail exigible, aucun rapport médical probant et convaincant ne permettant d'éclaircir, au degré de la vraisemblance prépondérante, ces questions, étant relevé que l'avis peu motivé du Dr R_____ quant à une capacité de travail nulle du recourant et celui des Drs M_____, S_____ et T_____ - qui ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant - ne sont pas suffisants non plus pour statuer.

Partant, il convient d'ordonner une expertise neurologique, laquelle sera confiée aux docteurs U_____, cheffe de clinique du service de neurologie des HUG, et V_____, médecin interne du service de neurologie des HUG.

**7.2** La SUVA a récusé ces deux experts, au motif que le recourant était suivi par le département de médecine de premier recours des HUG, ainsi que par le centre multidisciplinaire d'évaluation de la douleur des HUG.

**7.2.1** A cet égard, s'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu selon la jurisprudence d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3; 132 V 93 consid. 7.1; 120 V 357 consid. 3a), qui découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et impartial garanti par l'art. 30 al. 1 Cst. - qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH (ATF 134 I 20 consid. 4.2) - respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'art. 29 al. 1 Cst., qui assure à cet égard une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. (arrêts 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.3.1; 5A 484/2015 du 2 octobre 2015 consid. 2.3.2 et les références). Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs

(ATF 132 V 93 consid. 7.1; 120 V 357 consid. 3a et les références). Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les expertises médicales en droit des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences élevées à l'impartialité de l'expert médical (ATF 132 V 93 consid. 7.1 in fine; 120 V 357 consid. 3b in fine).

**7.2.2** Selon la jurisprudence, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références; arrêt 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.3; cf. aussi arrêt 8C 112/2010 du 17 août 2010 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_514/2021 du 27 avril 2022). Dans ce dernier arrêt, la récusation d'un expert spécialiste en chirurgie orthopédique a été admise au motif qu'il partageait les locaux et les frais d'un petit cabinet de groupe avec le médecin conseil de l'assureur lui ayant confié le mandat. En revanche, la récusation d'un médecin expert appartenant à un même centre d'expertise qu'un autre médecin ayant déjà rendu une précédente expertise sur le cas de l'assuré, n'a pas été admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1058/2020 du 1er juin 2011).

**7.2.3** En l'occurrence, au vu de la jurisprudence précitée, il n'existe pas de circonstances objectives suffisantes pour donner l'apparence de prévention des experts proposés, lesquels sont simplement employés dans le même hôpital cantonal universitaire que certains médecins traitants du recourant, de surcroît dans un service différent, et ce d'autant que l'une des médecins traitants, la Dresse M_____, qui a suivi le recourant au centre de la douleur, a quitté les HUG.

Partant, la demande de récusation sera rejetée.

**7.3** S'agissant de la demande de l'intimée visant à la désignation d'un expert spécialiste de la main, elle n'est pas pertinente, le recourant se plaignant d'un syndrome de Sudeck étendu à tout le membre supérieur gauche, voire à tout l'hémicorps gauche, de sorte qu'une expertise neurologique est plus indiquée.

**7.4** Enfin, les suggestions de l'intimée de modification des questions de la mission d'expertise, seront intégrées à celle-ci.

**PAR CES MOTIFS,**
**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

I. Rejette la demande de récusation de l'intimée.

II. Ordonne une expertise médicale. La confie aux docteurs U_____, cheffe de clinique du service de neurologie des HUG, et V_____, médecin interne du service de neurologie des HUG, Service de neurologie, Département des Neurosciences Cliniques, rue Gabrielle Perret-Gentil 4, 1205 Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment les docteurs C_____, S_____, T_____ et les médecins du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG.

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

D. Etablir un rapport comprenant les éléments suivants 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

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 En particulier, la personne expertisée présente-t-elle un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ?

4.3.1 Si oui, de quelle ampleur ?

4.3.2 Depuis quelle date ?

4.3.3 La personne expertisée présente-t-elle des autolimitations ou des incohérences ? Si oui, lesquelles ? sont-elles volontaires ou inconscientes ?

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

**5. Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident du 2 août 2013 ? 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 A partir de quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident du 2 août 2013) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-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 l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

**6. Limitations fonctionnelles**

6.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.2 Indiquer leur dates d'apparition.

6.3 Si un SDRC a été diagnostiqué, quelles sont les limitations fonctionnelles qui en découlent ?

**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 l'accident du 2 août 2013 et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

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 l'accident du 2 août 2013 ?

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 ?

7.2.2 Depuis quelle date la personne expertisée présente une capacité de travail dans une activité adaptée ?

**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.

**9. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

9.1 Etes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr P_____ du 6 juillet 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Si non, pourquoi ?

9.2 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr R_____ du 30 août 2021, en particulier avec l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ?

9.3 Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse S_____ et du Dr T_____ du 8 août 2021 ? Si non, pourquoi ?_

9.4 Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse Q_____ du 18 septembre 2020 ? Si non, pourquoi ?

9.5 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ du 18 novembre 2021 ? Si non, pourquoi ?

**10. Autres facteurs**

Suite à l'accident :

10.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

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

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

10.4 Des erreurs médicales dans le traitement de la personne expertisée se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

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

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

**11.** Quel et le **pronostic ?**

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

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

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

IV. 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 le