

## **GE\_GERICHTE A/4061/2018 vom 27. Februar 2020**

GE Cour de justice, 2020-02-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4061\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4061_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/4061/2018 du 27 février 2020

IT: GE\_GERICHTE A/4061/2018 del 27 febbraio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO SANTOS recourant contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1977, a travaillé à plein temps du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 30 septembre 2014 auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SÀRL, en qualité de chauffeur-déménageur. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA). 2. Le 10 septembre 2014, la SUVA a reçu une déclaration d'accident : l'assuré y déclarait que, le 8 septembre 2014, alors qu'il descendait un meuble par un escalier, il avait glissé sur une marche, puis s'était coincé le bras entre les pieds de la rambarde, en cherchant à se rattraper. Son poignet droit avait été touché. La SUVA a parallèlement reçu un rapport, daté du 8 septembre 2014, dont il ressort que, suite à sa chute, l'assuré a consulté le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Ont été constatées une douleur à la palpation du tiers proximal des 2<sup>ème</sup> -5<sup>ème</sup> métacarpes, ainsi qu'une limitation de la mobilité du poignet droit par la douleur. En outre, une radiographie du poignet a montré des remaniements arthrosiques des os du carpe, sans fracture. Un arrêt de travail a été prescrit à l'assuré dès le 8 septembre 2014. 3. Le 11 septembre 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge les suites de l'accident et lui verserait des indemnités journalières. 4. En 2015, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales au niveau de son poignet droit : - le 27 février 2015 (cure de pseudoarthrose du scaphoïde droit avec réalisation d'un lambeau osseux vascularisé de Zeidenberg) ; - le 1<sup>er</sup> août 2015 (ablation d'une broche, ostéosynthèse du scaphoïde droit sous endoveineuse) ; - le 13 octobre 2015 (cure de pseudoarthrose du scaphoïde droit, avec réalisation d'une greffe monocorticale prélevée sur la crête iliaque) ; - le 1<sup>er</sup> décembre 2015 (ablation de deux broches de Kirchner, débridement, prélèvements de biopsies et rinçage). 5. Le 27 avril 2016, l'assuré s'est entretenu avec la gestionnaire de son dossier auprès de la SUVA. Il se plaignait de douleurs permanentes, n'avait pratiquement plus de mobilité au niveau de son poignet et ne pouvait rien porter. Il parvenait encore à conduire, mais avec des difficultés pour les manoeuvres et les parkings. Lors de son dernier entretien aux HUG avec le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ce dernier lui avait proposé trois options : la première consistait à laisser la situation telle quelle, c'est-à-dire continuer à porter une attelle ; dans ce cas, on pouvait s'attendre à ce que l'arthrose s'installe et à ce que les douleurs empirent. La deuxième option consistait à enlever les nerfs pour supprimer les douleurs. Quant à la troisième, elle consistait à le réopérer pour lui enlever deux os du poignet et recréer une articulation avec les os de la main, le but étant d'obtenir une

articulation fonctionnelle et de supprimer les douleurs. Il s'agissait d'une opération lourde, supposant deux mois d'immobilisation totale du bras, au cours de laquelle le chirurgien devrait enlever des os et déplacer des nerfs. Après avoir sollicité un délai de réflexion, l'assuré pensait néanmoins accepter. Son chirurgien lui avait donné rendez-vous pour le 6 juin 2016, mais il envisageait de faire déplacer ce rendez-vous pour se faire opérer au plus vite. Au Portugal, il avait travaillé comme maçon. Il avait continué à son arrivée en Suisse en 2009, avant de devenir chauffeur-déménageur. Suite à son accident, il avait été licencié. Il avait de bonnes connaissances linguistiques et était à l'aise avec l'informatique, était ouvert à une reconversion professionnelle et souhaitait connaître les possibilités offertes par l'assurance-invalidité dans ce domaine. 6. Dans un rapport du 27 mai 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a émis un mauvais pronostic et fait état d'une faiblesse et d'une impossibilité d'effectuer des travaux de force avec le membre supérieur droit. S'agissant du traitement, une attelle avait été prescrite et un « PCR » proposé. 7. Le docteur D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a établi un rapport le 20 juin 2016. La situation médicale lui paraissait stabilisée, « en l'absence de nouvelle intervention prévue prochainement ». S'agissant de la capacité de travail, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré exerce à plein temps, sans diminution de rendement, une activité professionnelle réalisée « sans limitation au niveau des membres supérieurs et au niveau de la main gauche, avec pour la main droite, côté dominant, une absence de port de charges et la possibilité de conserver une attelle autour du poignet, sans monter sur une échelle [...] ». S'agissant du traitement, le Dr D\_\_\_\_\_ préconisait la prise en charge, pendant deux ans, d'une consultation aux HUG tous les deux mois, ainsi que d'une attelle destinée à immobiliser le poignet. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le bilan radiologique effectué suite à la chute de l'assuré, en septembre 2014, avait mis en évidence une pseudarthrose du scaphoïde carpien. L'assuré confirmait avoir présenté, de nombreuses années auparavant, un traumatisme du poignet droit. L'évolution, malgré plusieurs interventions de greffe osseuse et de stabilisation, compliquées par un épisode infectieux en janvier 2016, s'était faite vers une limitation de la mobilité du poignet. Un bilan radiologique réalisé le 12 janvier 2016 avait mis en évidence une arthrose radio-carpienne du poignet, de gravité moyenne. Conformément à la table d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité n°5 (atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose), on se trouvait dans le cas d'une arthrose radio-carpienne évoluée, ce qui, dans une logique de comparaison, équivalait à une résection de la première rangée des os du carpe, avec un résultat moyen. Il en résultait un taux de 12.5%. Compte tenu toutefois de l'état antérieur important, résultant d'un ancien traumatisme qui n'était pas à la charge de la SUVA, il convenait d'appliquer une pondération sur ce taux et de retenir finalement une atteinte à l'intégrité de 7%. 8. Par pli du 9 août 2016, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé et qu'elle mettait donc fin à la prise en charge des traitements médicaux ainsi qu'au versement des indemnités journalières, avec effet au 30 novembre 2016. 9. Le 23 novembre 2016, l'assuré a informé la SUVA par téléphone qu'il devait subir une nouvelle intervention chirurgicale en 2017. 10. Par rapports des 27 et 30 novembre 2016, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des HUG, a confirmé que l'assuré devait subir une nouvelle opération. L'évolution du cas et le pronostic étaient mauvais. L'assuré poursuivrait la physiothérapie et la durée du traitement dépendaient de l'évolution clinique. Suite à la nouvelle opération, l'assuré serait inapte à effectuer tout travail de force. Une reconversion professionnelle était à prévoir. 11. Le 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'intimée a confirmé la reprise du versement des

indemnités journalières et la prise en charge de cette opération, après que le Dr D\_\_\_\_\_ l'a jugée en relation de causalité « pour le moins probable » avec l'événement du 8 septembre 2014. 12. Le 22 mai 2017, l'assurance-invalidité a transmis à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'elle envisageait de lui octroyer une rente (entière) d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 31 octobre 2016, supprimée ensuite. 13. Le 1<sup>er</sup> juin 2017, l'assuré a subi aux HUG une cinquième opération du poignet droit (résection de la première rangée des os du carpe et dénervation totale du poignet). Un nouvel arrêt de travail à 100% lui a été prescrit. 14. Invité à se déterminer suite à cette nouvelle intervention, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué, le 12 janvier 2018, qu'une stabilisation du cas était « probable » et qu'il n'était « pas nécessaire à ce stade » d'examiner l'assuré. 15. Le 2 février 2018, au cours d'un entretien téléphonique avec une gestionnaire de la SUVA, l'assuré a exposé qu'il avait dû arrêter, fin décembre 2017, la physiothérapie en raison de fortes douleurs, qu'il devait se soumettre à un bilan d'ergothérapie aux HUG, en février 2018, pour faire un bilan de ses nerfs périphériques et qu'il devait revoir la Dresse E\_\_\_\_\_ en mars 2018. Il ne comprenait pas comment le médecin d'arrondissement de la SUVA avait pu juger son cas stabilisé, alors que, s'il devait se présenter chez un employeur, il ne parviendrait « même pas à lui serrer la main ». 16. Le 8 mars 2018, la Dresse E\_\_\_\_\_ a adressé un courrier au médecin d'arrondissement de la SUVA, dont la teneur était la suivante : « [...] j'ai suivi ce patient de longue date et le dernier examen clinique [a eu lieu] le 6 mars 2018. Cliniquement, le patient présente toujours des douleurs importantes malgré le traitement médicamenteux par Ibuprofène, paracétamol et Lyrica. Malgré ce traitement et la rééducation sensitive auprès de notre ergothérapeute, [l'assuré] présente toujours une forte limitation fonctionnelle avec une flexion-extension à 30/0/30° et une prosupination à 60/0/60°. Vu son état actuel, [l'assuré] ne peut pas reprendre d'activité professionnelle. Je continue à le suivre cliniquement, avec un suivi tous les trois mois. J'aimerais que ce patient soit vu par un de vos médecins, afin de corréler le status clinique et de permettre au patient de se projeter dans une reconversion professionnelle [...] ». 17. Le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à un examen final le 5 avril 2018. L'assuré se plaignait d'une mobilité réduite des doigts et de douleurs persistantes du poignet, y compris la nuit, qui n'avaient pas été améliorées par sa dernière intervention chirurgicale, en juin 2017. Il portait en permanence une orthèse immobilisant son poignet, déclarait ne plus conduire de voiture et être à peine capable de tenir un stylo. Il se rasait de la main gauche et avait beaucoup de difficultés pour couper de la viande. Il parvenait encore à utiliser le clavier d'ordinateur de sa main gauche, sans trop de difficultés, et à appuyer sur le clavier avec l'extrémité des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts de la main droite, moyennant l'utilisation d'un appui pour son avant-bras. Après avoir retenu le diagnostic de « mauvaise évolution clinique du traitement chirurgical d'une pseudarthrose du scaphoïde carpien », le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que la mobilité active du poignet droit était nulle, tandis la moindre mobilisation passive en flexion-extension engendrait des douleurs. En outre, il a constaté une impossibilité de fermer le poing, ainsi qu'une distance pulpe des doigts-paume de la main de 3 cm et une incision au niveau de la face dorsale du carpe calme. Le Dr D\_\_\_\_\_ a rappelé qu'à la suite de la chute de l'assuré dans les escaliers le 8 septembre 2014, avait été mis en évidence un traumatisme du poignet droit, puis, lors d'une consultation d'urgence aux HUG, une pseudarthrose du scaphoïde carpien. Au vu de la lésion radiologique constatée sur l'examen du 8 septembre 2014, il s'agissait, de manière certaine, d'un état antérieur préexistant. Les fractures du scaphoïde étaient réputées être difficiles à diagnostiquer en urgence, de sorte que la fracture était probablement passée inaperçue à l'époque. L'ancienne profession de déménageur ne pouvait plus être pratiquée.

En revanche, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce à plein temps, sans diminution de rendement, une activité lucrative sans port de charges du côté droit, permettant le port d'une attelle visant à immobiliser le poignet, avec possible utilisation d'un clavier informatique (surtout de la main gauche et partiellement de la main droite). S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, la pseudarthrose préexistante, mise en évidence sur le scaphoïde carpien de la main droite avait, vu son stade avancé, évolué défavorablement et nécessité une résection de la 1<sup>ère</sup> rangée du carpe. Le résultat fonctionnel était mauvais, avec un poignet enraidé. Conformément à la table d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité n°5, on se trouvait dans le cas d'une résection du carpe, avec un mauvais résultat clinique. Compte tenu toutefois de l'état antérieur, mettant en évidence une pseudarthrose ancienne et des stigmates d'arthrose débutante intra-carpienne dès l'accident, il convenait d'appliquer une pondération de 50% sur le taux de 15%, ce qui aboutissait finalement à une atteinte à l'intégrité de 7.5%. 18. Par courrier du 11 avril 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2018, dans la mesure où la situation était médicalement stabilisée. Elle a ajouté que, selon l'examen final du Dr D\_\_\_\_\_, on pouvait s'attendre à ce qu'il exerçât à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 19. Le 16 avril 2018, l'assuré a protesté par téléphone, arguant qu'il ne pouvait rien faire avec sa main droite et s'attendait à ce que la situation progresse encore un peu. Il avait par ailleurs reçu une décision de l'assurance-invalidité lui accordant une rente d'invalidité limitée dans le temps et lui refusant des mesures d'ordre professionnel. 20. Le 16 mai 2018, l'assuré a adressé à la SUVA un courrier à la teneur suivante : 21. « [s]elon l'ergothérapeute et le chirurgien traitant aux HUG, il y a une marge de progression à explorer au niveau de la mobilité de la main droite [...]. À presque un an de la dernière intervention du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'intensité de la douleur chronique est [sous] contrôle en raison de l'immobilisation de l'avant-bras droit et de la prise de médication. Nous avons aussi récemment constaté que l'intensité de la douleur chronique est aussi liée au changement de temps au niveau de la température. En raison de la faible activité physique résultant de l'immobilisation de l'avant-bras droit et de la prise de médication, la perte de poids totale est aussi importante, de 95 kg il y a un an à 72 kg ce jour [...]. Dans [votre] dernier courrier du 11 avril 2018, vous affirmez la stabilisation de mon état de santé et vous maintenez les termes du courrier du 15 janvier 2018, [mettant fin au] versement des indemnités journalières au 31 mai 2018. Nous pouvons constater surtout dans les séances d'ergothérapie [que] la stabilisation de l'état de santé est liée à l'immobilisation de l'avant-bras, comme j'ai référé ultérieurement dans cette lettre. Selon les rapports effectués par le chirurgien traitant, je ne suis pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. C'est-à-dire qu'en ce moment, il ne subsiste aucune capacité de travail résiduelle, dans la mesure où l'avant-bras droit, côté dominant, est en ce moment immobilisé. De plus, dans le rapport de consultation du 24 avril 2018 annexé à cette lettre [du] chirurgien traitant, nous pouvons vérifier que je ne suis apte à effectuer tout travail avec une utilisation de mon poignet droit, soit dans les mouvements répétitifs ou le port de charges, [ce qui] démontre un contexte d'évolution lente mais favorable. En regardant tous les nouveaux éléments, nous constatons qu'il y a encore lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident [...] ». 21. L'assuré a produit par ailleurs un rapport établi le 25 avril 2018 par la Dresse E\_\_\_\_\_ indiquant : « [l'assuré] est à presque un an d'une intervention chirurgicale avec résection de la 1<sup>ère</sup> rangée des os du carpe et une dénervation totale du poignet, dans un contexte de SNAC WRIST stade 3 à droite. L'évolution est lentement favorable, actuellement le patient prend encore du Lyrica le matin

et du Brufen en réserve. Il est suivi de plus par notre ergothérapeute pour des douleurs mixtes mécaniques et nerveuses. Il bénéficie d'une rééducation sensitive. Du point de vue des mobilités, on retrouve une flexion-extension 30/0/30° et en pronosupination 70/0/70°. On retrouve une distance pulpe-paume à 2 cm. Un Jamar à gauche à 54 kg contre 0 kg à droite. Le patient porte constamment son attelle Bort en cuir. [...] Dans ce contexte, le patient poursuit la rééducation avec l'ergothérapeute et traitement antalgique à la demande. Il n'est actuellement pas apte à effectuer tout travail avec utilisation de ce poignet, que ce soit dans les mouvements répétitifs ou dans le port de charges. Dans ce contexte, une réadaptation professionnelle serait nécessaire ». 22. Invité à se déterminer, le Dr D\_\_\_\_\_, dans un rapport du 25 mai 2018, a rappelé avoir mentionné, dans son rapport final, que l'assuré pouvait travailler de la main droite, sans port de charges et avec l'utilisation partielle d'un clavier informatique. En outre, il devait pouvoir conserver son attelle. Les remarques de la Dresse E\_\_\_\_\_ concernant l'activité « permise » allaient dans le même sens que les siennes, puisqu'il s'agissait d'exclure le port de charges et les mouvements répétitifs. Il convenait de déterminer dans quelle activité professionnelle l'assuré pourrait mettre en valeur ses capacités résiduelles. 23. Par décision du 21 juin 2018, la SUVA a refusé d'accorder à l'assuré une rente de l'assurance-accidents, considérant qu'il était apte, malgré ses séquelles accidentelles, à exercer à 100% une profession ne nécessitant pas l'utilisation du membre supérieur droit. Le revenu d'invalidé qu'il pourrait réaliser dans une telle profession, après abattement de 15%, étant supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident, il ne subissait aucune perte de gain, ce qui excluait son droit à une rente. Par ailleurs, au regard de l'appréciation médicale, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7.5%. 24. Le 28 juin 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision, qu'il a jugée prématurée, dans la mesure où il demeurerait incapable de travailler pour une durée indéterminée. La question de savoir s'il était en mesure d'exercer une activité adaptée ne se posait donc pas encore, selon lui. En outre, il reprochait à la décision litigieuse de ne pas tenir compte du courrier adressé à la SUVA le 16 mai 2018. Enfin, la Dresse E\_\_\_\_\_ avait prolongé son arrêt de travail en avril 2018. 25. Le 3 août 2018, la SUVA a reçu un rapport de la doctoresse F\_\_\_\_\_, daté du 24 juillet 2018 et dont la teneur était la suivante : « [...] À l'examen clinique ce jour, nous retrouvons des douleurs de type allodymique sur la cicatrice palmaire du poignet [...]. Nous constatons également une perte de mobilité avec une pronation limitée à 30°, une supination à 60°, une flexion à 10° et une extension nulle. La mobilité des doigts est également difficile en rapport avec la douleur, avec ce jour une distance pulpe - paume à 2 cm et une difficulté à l'extension et la flexion complète, mais le patient décrit pouvoir arriver à une distance pulpe - paume à 0 lors de certaines séances d'ergothérapie. Il existe également une perte de force importante, avec un indice de Jamar à 0 kg. D'après [l'assuré], ses symptômes douloureux évoluent depuis 2016 sans amélioration notable, bien que le démarrage de rééducation sensitive par son ergothérapeute ait permis d'améliorer la tolérance de ses douleurs au quotidien. Nous constatons un retentissement psychologique et social très important de cette pathologie sur [l'assuré], qui évoque un suivi pour dépression avec un traitement récemment arrêté devant son amélioration. Au total, [l'assuré] semble surtout en recherche d'une réassurance et d'un plan de traitement pour poursuivre la prise en charge, notamment dans la rééducation sensitive. Ainsi, comme nous lui expliquons, dans les limites des examens en notre possession, nous évoquons deux problèmes principaux : le premier problème consiste en la présence de douleurs sensitives pathologiques, en cours de traitement par une rééducation sensitive adaptée. Nous ne pouvons que confirmer l'importance de la rééducation sensitive

entreprise et de sa poursuite. Nous évoquons également avec le patient la possibilité de s'adresser à une équipe, de type équipe mobile de douleurs et soins palliatifs. Le deuxième problème consiste en la présence de douleurs mécaniques et d'une perte de mobilité et de force. Nous expliquons à [l'assuré] que la rééducation réalisée par son ergothérapeute est tout à fait adaptée, mais que la solution à ce problème ne pourrait être envisagée qu'après la récupération sur le plan des douleurs pathologiques initialement décrites. Nous évoquons à titre informatif, en fonction de l'évolution sensitive, la possibilité à terme en cas d'antalgie obtenue, d'arthrodèse du poignet ou prothèse du poignet. Ces solutions ne sont absolument pas d'actualité, comme [l'assuré] l'a bien compris ». 26. Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assuré a persisté dans les termes de son opposition le 3 septembre 2018, réitérant que son état de santé n'était pas définitif, comme en témoignaient le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_, mais également un rapport des HUG, annexé à son écriture. Il s'apprêtait à débiter un nouveau traitement auprès de l'Hôpital de la Tour, au sujet duquel il transmettrait prochainement de nouveaux documents. Partant, il invitait la SUVA à annuler sa décision et à reprendre le versement des indemnités journalières. Du rapport établi le 29 août 2018 par Monsieur G\_\_\_\_\_, ergothérapeute auprès des HUG, il ressortait : « [l'assuré] est suivi dans notre service depuis le 7 février 2018 après dénervation du poignet et ablation de la 1<sup>ère</sup> rangée du carpe à droite. Il y a une lente amélioration des douleurs neuropathiques ainsi que de la mobilité de la main. L'évolution est oscillante et dépendante de l'état émotionnel du patient. La rééducation devrait être poursuivie afin de continuer la progression ». 27. Invité par la SUVA à se prononcer sur le remboursement des traitements proposés par la Dresse F\_\_\_\_\_ (rééducation sensitive et prise en charge par une équipe de spécialistes de la douleur), le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu, le 29 septembre 2018, que « les propositions du Dr F\_\_\_\_\_ [pouvaient] être prises en charge au titre de l'art. 21 ». 28. Invité par la SUVA à indiquer si les traitements proposés par la Dresse F\_\_\_\_\_ étaient propres à permettre une amélioration notable de l'état de santé en rapport avec l'accident, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu, le 4 octobre 2018 : « on peut accepter ce traitement et la rééducation sensitive et refaire le point au bout de trois mois sur son efficacité ». 29. Par décision du 17 octobre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a écarté les arguments selon lesquels l'état de santé de l'assuré ne serait pas encore stabilisé, retenant que la prothèse du poignet droit n'était plus d'actualité, selon le rapport établi par la Dresse F\_\_\_\_\_ en juillet 2018, et que la « rééducation sensitive » poursuivie à l'Hôpital de la Tour visait à atténuer la symptomatologie douloureuse, de sorte que conformément à la jurisprudence, il ne s'agissait pas d'un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait estimé en octobre 2018 que la SUVA pouvait prendre en charge les traitements préconisés par la Dresse F\_\_\_\_\_ pendant encore trois mois, mais sans remettre en cause le principe d'une stabilisation de l'état de santé. En l'absence d'une intervention chirurgicale prévue dans un avenir proche, la SUVA estimait être en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2018. Lors de l'examen réalisé en avril 2018, puis confirmé en mai 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ avait constaté qu'une mobilité active du poignet droit nulle, et une mobilisation passive douloureuse lors des flexions-extensions. Le médecin avait néanmoins jugé l'assuré capable d'exercer à 100% une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. En outre, le Dr D\_\_\_\_\_ avait relevé que le point de vue de la Dresse E\_\_\_\_\_ rejoignait le sien. S'agissant de la comparaison des revenus, la méthode des descriptions de postes de travail ne pouvait être appliquée dans le cas d'espèce, car en raison du fait que l'assuré ne pouvait plus utiliser sa main droite, seul un nombre insuffisant de postes pouvait entrer en considération. Compte

tenu d'un abattement de 15% lié au fait qu'il ne pouvait se servir que de sa main gauche, la comparaison du revenu d'invalidé envisageable dans une activité adaptée selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS, soit CHF 57'795.-), avec celui que l'assuré aurait pu réaliser en tant que chauffeur-déménageur selon la convention collective de travail genevoise « transports et déménagements » (CHF 55'343.-), ne mettait pas en évidence de perte de gain, de sorte que le droit à une rente d'invalidité devait être nié. S'agissant enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le bilan pratiqué en septembre 2014, après la chute sur le poignet, avait mis en évidence une pseudarthrose préexistante sur le scaphoïde carpien de la main droite. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, la situation avait évolué défavorablement pour aboutir à un cas de « résection du carpe avec un mauvais résultat clinique », ce qui donnait lieu à un taux de 15%. En tenant compte de l'état antérieur et des stigmates d'arthrose débutante intracarpienne apparus dès le jour de l'accident, le Dr D\_\_\_\_\_ avait estimé qu'une pondération de 50% devait être appliquée à ce taux, ce qui conduisait au final à une atteinte à l'intégrité de 7.5%. Contrairement à ce qu'affirmait la représentante du recourant, le Dr D\_\_\_\_\_ avait dûment expliqué les raisons de cette pondération, de sorte que la SUVA se ralliait aux conclusions formulées par ce médecin.

30. Par acte du 19 novembre 2018, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 17 octobre 2018, au renvoi de la cause à la SUVA pour calcul des rentes et nouvelle décision. À titre préalable, il a requis son audition et celle de la Dresse E\_\_\_\_\_, l'apport des dossiers des docteurs E\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant fait valoir que sa capacité de travail reste nulle et que l'intimée ne pouvait mettre fin au versement des indemnités journalières, tant que son traitement médical n'était pas terminé : d'un rapport établi le 16 octobre 2018 par la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès de la clinique Hirslanden, il ressortait pourtant qu'une nouvelle intervention chirurgicale était envisagée. Dès lors, la SUVA ne pouvait exiger l'exercice d'une activité adaptée dès le 31 mai 2018. Vu l'existence de rapports contradictoires, il se justifiait, si la SUVA confirmait son point de vue, de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, le salaire d'invalidé retenu ne tenait pas compte d'une baisse de rendement. Enfin, compte tenu de la nouvelle intervention chirurgicale prévue, ses limitations fonctionnelles ne pouvaient être définies à ce stade. Il était donc également trop tôt pour envisager une atteinte à l'intégrité. L'assuré a notamment produit un rapport adressé le 16 octobre 2018 aux HUG par la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès de la clinique Hirslanden, indiquant : « [...] Le patient est venu me voir pour un autre avis, car il ne désire plus être pris en charge par la Dresse E\_\_\_\_\_. Ses plaintes actuelles sont une douleur principalement à la face dorsale de son poignet, un déficit de mobilité et une aggravation actuelle, en raison de la baisse des températures. Il a arrêté les séances d'ergothérapie avec J\_\_\_\_\_ à l'hôpital depuis environ un mois et demi. Son prochain contrôle à l'hôpital est prévu l'année prochaine. Son traitement médicamenteux actuel est : Lyrica, Ibuprofène, Paracétamol, Oméprazole. Cliniquement, les mobilités sont effectivement limitées, avec F/E 10-0-0, P-S 20-0-50, distance pulpe-paume 2 cm. Ce jour, il présente une légère tuméfaction à la face dorsale de la main, centrée sur les métacarpophalangiennes R2-3-4 [...]. Pour ma part, je pense également que la suite de sa prise en charge doit continuer à l'hôpital. [...] Concernant la prise en charge des douleurs du nerf sensitif radial, je lui ai proposé d'essayer une prise en charge en rééducation en ergothérapie en ville. Si les douleurs sont stabilisées (avec ou sans amélioration), pourquoi ne pas lui proposer une prise en charge chirurgicale, à savoir soit

une arthrodeuse totale du poignet, soit une arthroplastie prothétique. Je pense que la situation mérite d'être discutée avec le patient ». 31. Dans sa réponse du 31 janvier 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens. L'intimée relève que les conclusions du recours ne concordent pas avec sa motivation, car le recourant y demande un renvoi de la cause pour « calcul des rentes », tout en contestant la stabilisation de son état de santé et en alléguant qu'il est trop tôt pour déterminer ses limitations fonctionnelles et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle soutient qu'en tout état de cause, à la date de la décision litigieuse, l'état de santé de l'intéressé était stabilisé, de sorte que c'est à juste titre qu'il a été statué sur le droit à une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son rapport d'avril 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que si l'activité antérieure de déménageur était désormais exclue, on pouvait s'attendre à ce que le recourant exerce à plein temps et avec un plein rendement une profession adaptée (permettant le port d'une attelle au niveau du poignet, avec possible utilisation d'un clavier d'ordinateur, sans port de charges du côté droit). Les constatations de la Dresse E\_\_\_\_\_ ne remettent pas en cause celles du Dr D\_\_\_\_\_ puisqu'elle a confirmé en avril 2018 que le patient poursuivait sa rééducation, prenait un traitement antalgique « à la demande » et était inapte à effectuer tout travail requérant l'utilisation du poignet droit, mais sans faire état d'un traitement qui permettrait une amélioration notable de sa capacité de travail. En outre, les remarques de la Dresse E\_\_\_\_\_ concernant l'activité « permise » rejoignent celles du Dr D\_\_\_\_\_. Quant au rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_, il en ressort seulement la possibilité qu'une opération soit réalisée. La Dresse F\_\_\_\_\_, pour sa part, considérait en juillet 2018 qu'une prothèse du poignet droit n'était pas d'actualité. La SUVA en déduit qu'en juin 2018, date de sa décision initiale, l'état de santé du recourant était stabilisé. Aucun avis médical ne permettait d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé, permettant une augmentation de la capacité de travail. Les seuls traitements prescrits à l'assuré, dont la rééducation sensitive, ne visaient qu'à atténuer ses douleurs. Faute de traitement susceptible d'augmenter la capacité de travail, son état de santé était stabilisé. Le traitement proposé par la Dresse F\_\_\_\_\_ avait été pris en charge sur la base de l'art. 21 de la loi sur l'assurance-accidents, ce qui ne remettait pas en cause la stabilisation de l'état de santé. À toutes fins utiles, l'intimée précise avoir reconnu, dès le 4 décembre 2018 (date d'un rapport docteur K\_\_\_\_\_), une rechute de l'accident de 2014, en lien avec une intervention chirurgicale visant l'installation d'une prothèse totale du poignet, opération dont le lien de causalité avec l'accident a été jugé probable. Selon elle, aucun élément objectif ne permettait de douter de la pleine capacité de travail retenue dès le 1<sup>er</sup> juin 2018. La baisse de rendement évoquée par le recourant est non étayée médicalement. Quoi qu'il en soit, au vu de ses limitations fonctionnelles, il a été tenu compte d'un abattement de 15% sur le salaire d'invalidé. En définitive, l'intimée estime avoir statué à juste titre sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Pour le reste, il lui paraît superflu d'entendre le recourant et la Dresse E\_\_\_\_\_, laquelle s'est déjà exprimée au travers de ses rapports. 32. Dans sa réplique du 2 avril 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Selon lui, son état de santé ne pouvait être qualifié de rechute, ce qui aurait impliqué une guérison. Or, il ressort du dossier qu'il n'a pas formulé de nouvelles plaintes et que le traitement préconisé n'était pas « nouveau », mais s'inscrivait dans la continuité des traitements antalgiques et ergothérapeutiques (rééducation sensitive) suivis jusqu'alors, sans interruption. Grâce à ces traitements, le Dr K\_\_\_\_\_ a pu agencer une opération propre à lui permettre d'augmenter sa capacité de travail, de sorte que l'on n'était pas en présence d'une guérison et encore moins d'un état de santé stabilisé au sens de la loi. Faute d'une

stabilisation, l'intimée ne pouvait valablement statuer sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En outre, le médecin d'arrondissement a retenu à tort qu'il pourrait travailler sur ordinateur : il peut certes écrire des lettres de temps en temps pour ses besoins personnels, mais est loin d'être apte à travailler dans le domaine de l'informatique, pour lequel il n'a aucune formation, de sorte que le revenu d'invalidé retenu par l'intimée apparaît erroné et irréalisable. 33. Dans sa duplique, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle rappelle que, dans son rapport de décembre 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'une prothèse totale du poignet avait été choisie, afin de tenter d'obtenir une meilleure mobilité et une force supérieure, qui permettrait à l'assuré de reprendre une activité. La SUVA a accepté de prendre en charge la pose de cette prothèse, prévue le 15 janvier 2019. La légalité d'une décision s'apprécie au moment où celle-ci a été rendue. En l'occurrence, l'opération proposée par le Dr K\_\_\_\_\_ constituait un fait nouveau par rapport à la situation prévalant au 21 juin 2018, respectivement au 17 octobre 2018, date de la décision sur opposition. Auparavant, il ressortait des rapports versés au dossier que l'état de santé était stabilisé et qu'aucun traitement n'était de nature à l'améliorer sensiblement. Bien que le rapport établi par le Dr K\_\_\_\_\_ en décembre 2018 propose une opération, on ne pouvait en déduire que l'état de santé n'était pas stabilisé au 31 mai 2018. En cas d'évolution des circonstances postérieurement à la décision litigieuse, le recourant peut faire valoir d'éventuelles prestations futures au titre d'une rechute. Vu l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ d'avril 2018, qui préconisait l'exercice d'une profession adaptée aux limitations fonctionnelles, il convient d'admettre que l'état de santé était stabilisé au 31 mai 2018. Enfin, le grief selon lequel l'exercice d'une profession dans l'informatique serait irréaliste est dénué de pertinence, le Dr D\_\_\_\_\_ n'ayant mentionné dans son rapport qu'une « possible utilisation d'un clavier informatique ». Le revenu d'invalidé a été évalué au moyen des salaires statistiques, moyennant un abattement incontesté de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. L'intimée produit à l'appui de sa position un courrier adressé le 4 décembre 2018 par le Dr K\_\_\_\_\_ au médecin d'arrondissement de la SUVA rédigé en ces termes : « [j]'ai vu à ma consultation ce patient, qui a été victime d'une fracture du scaphoïde évoluant en pseudarthrose et qui a subi deux cures de pseudarthrose, suivies d'une résection de la première rangée des os du carpe. Il a actuellement un poignet qui est raide, beaucoup moins douloureux qu'il le fut, mais avec une force quasi absente malgré ses efforts. Le patient est très motivé pour récupérer une fonction de son poignet. Nous avons envisagé avec lui les diverses possibilités chirurgicales, l'arthrodèse totale, le resurfaçage du capitatum par une prothèse de pyrocarbone ou la prothèse totale de poignet. C'est cette dernière possibilité qui été choisie pour tenter de donner une meilleure mobilité et une force supérieure, qui lui permettrait de reprendre une activité. L'opération pourrait avoir lieu le 15 janvier 2019, sous réserve de votre feu vert pour la prise en charge ». 34. Par écriture du 15 mai 2019, le recourant a défendu l'opinion que l'indication opératoire du Dr K\_\_\_\_\_ ne constituait pas un fait nouveau par rapport à la situation prévalant au 21 juin 2018, respectivement au 17 octobre 2018. La Dresse E\_\_\_\_\_ avait indiqué dans ses rapports de mars-avril 2018 qu'il ne pouvait reprendre une activité lucrative, tandis que la Dresse F\_\_\_\_\_ avait préconisé, en juillet 2018, une évaluation par un médecin de la SUVA. Les mesures proposées devaient permettre d'améliorer son état de santé, non stabilisé. Du reste, la SUVA avait accepté, en octobre 2018, de prendre en charge les traitements proposés par la Dresse F\_\_\_\_\_, sans attendre l'issue de la procédure d'opposition. De son côté, l'ergothérapeute avait suggéré, dans un rapport du 29 août 2018, de poursuivre la rééducation afin de « continuer la progression ». Le recourant relève que le Dr D\_\_\_\_\_ ne s'est plus prononcé

postérieurement au mois d'avril 2018, de sorte que l'on ignore s'il aurait modifié sa position après lecture des rapports produits à l'appui du recours. Il produit un nouveau certificat d'arrêt de travail signé par la Dresse E\_\_\_\_\_, valable du 1<sup>er</sup> mai au 17 juillet 2018. 35. Par écriture du 6 juin 2019, l'intimée a estimé que les rapports produits par le recourant ne permettaient pas de retenir une amélioration sensible de l'état de santé, laquelle devait être évaluée au regard de l'augmentation de la capacité de travail escomptée du traitement. Or, il ne peut y avoir d'amélioration de l'état de santé lorsque la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire. 36. Cette écriture transmise au recourant, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant un samedi - au premier jour ouvrable suivant, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

3. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte essentiellement sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2018 et à passer, dès cette date, à l'examen du droit à une rente d'invalidité, respectivement à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 4. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 119 V 335 consid. 1). c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). d. 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. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 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). 5. 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). 6. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin. La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, 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 (art. 19 al. 1 LAA). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au

traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). Le droit au traitement médical cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 , consid. 4.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4). 7. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). 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 (art. 19 al. 1 LAA). 8. 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 LPGGA), 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). 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). 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). 9. 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). 10. En l'espèce, la décision sur opposition du 17 octobre 2018, fondée sur le rapport d'examen final établi par le Dr D\_\_\_\_\_ en avril 2018, met un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2018, « en l'absence d'une nouvelle intervention chirurgicale prévue dans un proche avenir ». Elle retient par ailleurs qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré est pleinement capable d'occuper à plein temps, sans diminution de rendement, une profession adaptée, excluant le port de charges du côté droit et permettant le port d'une attelle visant à immobiliser le poignet, le cas échéant en utilisant un clavier informatique. Comme le revenu exigible de sa part dans une telle activité est supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident, l'assuré ne subit pas de perte de gain et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité. De son côté, le recourant conteste le point de vue selon lequel il disposerait, depuis le 31 mai 2018, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée. Il soutient essentiellement que son état de santé n'est pas stabilisé, de sorte que l'intimée est passée trop tôt à l'examen du droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à

l'intégrité, respectivement qu'elle a mis fin prématurément au versement des indemnités journalières. Il expose que le Dr K\_\_\_\_\_ lui a proposé une nouvelle opération du poignet, à savoir l'installation d'une prothèse totale, laquelle a été fixée au 15 janvier 2019 et était propre à augmenter sa capacité de travail. Contrairement à l'intimée, il estime que cette nouvelle intervention ne peut être qualifiée de rechute, dans la mesure où elle s'inscrit dans la continuité des traitements qu'il a suivis de manière ininterrompue jusqu'alors, sans guérison. En effet, il a poursuivi son traitement médicamenteux et sa rééducation sensitive auprès de l'ergothérapeute, comme l'a préconisé la Dresse F\_\_\_\_\_. De plus, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué, dans ses rapports de mars-avril 2018, qu'il ne pouvait reprendre une activité lucrative. Le recourant conteste également l'affirmation selon laquelle l'opération du 15 janvier 2019 constituerait un « fait nouveau » par rapport à la situation prévalant au 21 juin 2018, respectivement au 17 octobre 2018, date de la décision sur opposition. 11. Au regard des griefs soulevés par le recourant, il convient d'examiner si l'intimée était fondée à mettre fin, avec effet au 31 mai 2018, au versement des indemnités journalières et à passer à l'examen du droit à une rente d'invalidité, respectivement à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. a. En l'occurrence, il ressort du dossier que le Dr K\_\_\_\_\_ a formellement requis la prise en charge, le 4 décembre 2018, d'une (nouvelle) intervention chirurgicale, consistant à installer une prothèse totale du poignet droit. Dans son courrier adressé à la SUVA, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué : « [...] [l'assuré] a actuellement un poignet qui est raide, beaucoup moins douloureux qu'il le fut, mais avec une force quasi absente malgré ses efforts. Le patient est très motivé pour récupérer une fonction de son poignet. Nous avons envisagé avec lui les diverses possibilités chirurgicales, l'arthrodèse totale, le resurfaçage du capitatum par une prothèse de pyrocarbone ou la prothèse totale de poignet. C'est cette dernière possibilité qui a été choisie pour tenter de donner une meilleure mobilité et une force supérieure, qui lui permettrait de reprendre une activité. L'opération pourrait avoir lieu le 15 janvier 2019, sous réserve de votre feu vert pour la prise en charge ». L'intimée a précisé, dans son écriture du 25 avril 2019, qu'elle avait accepté de prendre en charge l'intervention préconisée par le Dr K\_\_\_\_\_. b. Il est vrai que, comme le relève l'intimée, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5). La Cour de cassation constate que si la date de l'opération fixée par le Dr K\_\_\_\_\_, à savoir le 15 janvier 2019, est effectivement postérieure à la décision sur opposition attaquée, datée du 17 octobre 2018, cette opération était déjà préconisée et discutée par les médecins du recourant antérieurement au prononcé de ladite décision, de sorte que l'on ne saurait en faire abstraction dans le cadre de la présente procédure, d'autant moins que l'on est en présence d'un fait étroitement lié à l'objet du litige et propre à influencer l'appréciation sur la question litigieuse de la stabilisation de l'état de santé. À ce propos, il convient de rappeler que, dans son rapport du 24 juillet 2018, la Dresse F\_\_\_\_\_ relatait que l'assuré était confronté à deux problèmes : d'une part, des « douleurs sensibles pathologiques » - pour lesquelles elle préconisait la poursuite de la rééducation sensitive et une consultation auprès de spécialistes de la douleur -, d'autre part, une perte de mobilité et de force, associée à des douleurs mécaniques - pour laquelle il s'agissait dans un premier temps de poursuivre la rééducation avec l'ergothérapeute. La Dresse F\_\_\_\_\_ indiquait

cependant qu'à terme, dès qu'une récupération aurait été obtenue sur le plan des douleurs sensibles (la précision selon laquelle l'opération n'était pas encore d'actualité en août 2018 doit être comprise en ce sens), le problème de la perte de mobilité et de force, associé aux douleurs mécaniques, pourrait être solutionné par une arthrodeèse ou une prothèse du poignet. Se ralliant au point de vue de sa consœur, la Dresse H\_\_\_\_\_, dans son rapport du 16 octobre 2018, exposait en substance que la mobilité du poignet restait déficitaire, qu'elle préconisait une rééducation par un ergothérapeute et que, lorsque les douleurs seraient « stabilisées », une prise en charge chirurgicale pourrait être proposée à l'assuré, sous la forme d'une arthrodeèse totale du poignet ou d'une arthroplastie prothétique. Contrairement à ce qu'affirme l'intimé, on constate donc qu'au moment où la décision sur opposition a été rendue, certains avis médicaux permettaient d'envisager une amélioration sensible de l'état de santé, moyennant la poursuite d'un traitement, notamment chirurgical. c. Au vu des différents rapports précités, il appert que l'intervention préconisée par les chirurgiens de l'assuré visait à apporter à ce dernier une amélioration sensible de la fonction de son poignet droit, tant en ce qui concerne la mobilité que la force, ainsi qu'à soulager ses douleurs, de manière à favoriser sa réinsertion professionnelle (à tout le moins en étendant le spectre des professions envisageables, eu égard à son atteinte). L'amélioration escomptée de l'état de santé dépendait donc de la poursuite d'un traitement, de sorte que la décision de mettre fin au versement des indemnités journalières au 31 mai 2018 ainsi que de passer à l'examen du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se révèle, au vu de ces propositions thérapeutiques, prématurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4). De surcroît, il importe de relever que l'intimée a accepté de prendre en charge plusieurs traitements postérieurement à la date à laquelle elle a jugé l'état de santé « stabilisé », à savoir le 31 mai 2018. En effet, elle s'est engagée à prendre en charge non seulement l'intervention chirurgicale précitée, mais encore un suivi par des spécialistes de la douleur et une rééducation sensitive. Interrogé par l'intimée sur la question de savoir si ces deux derniers traitements étaient propres à permettre une amélioration notable de l'état de santé, le médecin d'arrondissement, dans son rapport du 3 octobre 2018, n'a en tout cas pas exclu une telle perspective d'amélioration, puisqu'il a recommandé à la SUVA de prendre en charge ces traitements et de refaire le point sur leur efficacité, quelques mois plus tard. d. Enfin, on relèvera que la qualification, faite par l'intimée, de l'intervention du 15 janvier 2019 de « rechute » de l'accident du 8 septembre 2014 est sujette à caution, dans la mesure où cela impliquerait, à tout le moins en apparence, une guérison de l'atteinte du poignet droit (cf. supra consid. 5). Or, les différents rapports versés au dossier ne suggèrent aucune guérison (même apparente) de cette atteinte, mais tendent au contraire à démontrer qu'au-delà du 31 mai 2018, persistaient des douleurs, ainsi qu'un manque de force et de mobilité du poignet, limitations que certains traitements - dont l'opération préconisée par les chirurgiens de l'assuré - étaient encore susceptibles d'améliorer. L'intimée a d'ailleurs pris en charge ces propositions thérapeutiques. e. En présence d'une perspective d'amélioration sensible de l'état de santé, l'une des conditions de l'art. 19 al. 1 LAA n'était pas remplie. Partant, le recours doit être partiellement admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée, à charge pour celle-ci de statuer à nouveau - cas échéant, à l'issue d'éventuelles mesures d'instruction complémentaires qu'elle jugerait opportunes - sur la date de la stabilisation de l'état de santé et sur la fin du droit aux indemnités journalières, respectivement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Vu l'issue du litige, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF

122 III 219 consid. 3c). Le requérant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). \*\*\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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