

GE_GERICHTE A/908/2018 vom 17. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_908_2018

FR: GE_GERICHTE A/908/2018 du 17 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/908/2018 del 17 settembre 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurice UTZ recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sis Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1986, a été engagé le 1 er janvier 2012 par B_____ SA (ci-après : l'employeur) en qualité de carreleur-peintre à plein temps (45 heures par semaines), 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 (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA).! [endif]>! [if> 2. 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.! [endif]>! [if> 3. 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 annoncé à la SUVA par l'employeur le 6 août 2013.! [endif]>! [if> 4. Le 26 août 2013, la SUVA a indiqué à l'assuré et son employeur qu'elle prenait le cas du 2 août 2013 en charge. Des indemnités journalières seraient versées dès le 5 août 2013 et les frais médicaux pris en charge.! [endif]>! [if> 5. Dans un rapport du 14 octobre 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie de la main et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de cal vicieux de la base du cinquième métacarpien gauche.! [endif]>! [if> 6. 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 traité 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.! [endif]>! [if> 7. Une tomodensitométrie (CT-scan) du poignet gauche réalisée le 7 janvier 2014 a relevé un alignement optimal des fragments sur les deux versants de l'articulation, deux mois et demi après l'opération. La congruence articulaire était optimale. Les solutions de continuité étaient encore bien visibles, sans évidence de consolidation.! [endif]>! [if> 8. Le 28 avril 2014, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpiens 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.! [endif]>! [if> 9. Le 12 mai 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a

considéré que les troubles de la main ayant nécessité l'opération du 28 avril 2014 étaient certainement en relation de causalité avec l'accident du 2 août 2013. Une reprise du travail à 100% était éventuellement compromise dans un travail de force.!

10. Le 30 juin 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une échographie de la main gauche de l'assuré. Il a relevé un status post-opératoire au niveau des tissus mous dorsaux à la base du cinquième métatarsien et de l'hamatum, un aspect un peu irrégulier de la partie pré-insertionnelle du tendon ECU et une très discrète ténosynovite des tendons fléchisseurs de D4, sans signe particulier ou inflammatoire.!

11. 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'assurée 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.!

12. En septembre 2014, des doutes sont apparus quant à l'identité de l'assuré. Cela a conduit à une interruption de la prise en charge du cas, à une instruction de la SUVA, à une décision de restitution des prestations servies, à une procédure administrative puis judiciaire, et enfin à un arrêt rendu par la chambre de céans le 10 août 2016 (ATAS/611/2016), lesquels ont permis de lever ces doutes.!

13. L'assuré a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : CRR) du 10 au 18 septembre 2014, étant précisé que ce séjour a été interrompu en raison des doutes en lien avec l'identité de l'assuré.!

14. Dans un rapport du 2 octobre 2014, les docteurs F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et G_____ de la CRR 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 Drs F_____ et G_____ ont résumé les résultats de l'examen clinique, listé les examens réalisés à la CRR (rapport de physiothérapie, rapport d'ergothérapie, radiographie des mains du 15 septembre 2014, scintigraphie osseuse du 15 septembre 2014 et deux électrocardiogrammes [ci-après : ECG] les 11 et 15 septembre 2014) et exposé les plaintes de l'assuré, avant de livrer leur appréciation du cas. La radiographie des mains mettait en évidence un status post-ablation de matériel d'ostéosynthèse à gauche, ainsi qu'une très discrète asymétrie de minéralisation osseuse en défaveur de la gauche. La scintigraphie osseuse parlait en faveur d'une algodystrophie de la main gauche de stade II. Sur le plan psychiatrique, une consultation avait été organisée, mais n'avait pas eu lieu, l'assuré étant sorti avant la date prévue (arrestation par la police). Un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) avait dû être abandonné en raison des douleurs intenses rapportées par l'assuré. 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. En effet, le contexte socio-professionnel était défavorable, dans la mesure où l'assuré n'avait pas de permis de séjour en Suisse et compte tenu de son identité incertaine, de son absence de maîtrise de la langue française et du fait qu'il était très centré sur la douleur avec une kinésiophobie élevée. La participation de l'assuré aux thérapies était considérée comme moyenne. Des incohérences étaient relevées, soit une boiterie d'étiologie peu claire et sans relation avec la pathologie initiale, une attitude d'épargne du membre supérieur gauche importante en présence des thérapeutes alors qu'il pouvait marcher avec ledit membre qui balançait normalement. 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 situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. 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. 15. Le 30 septembre 2016, la doctoresse H_____, 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. 16. 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. 17. Le 19 janvier 2017, la SUVA a soldé le paiement des indemnités journalières dues à l'assuré jusqu'au 31 décembre 2016. Par la suite, le versement des indemnités journalières a repris sur une base mensuelle. 18. Dans un rapport du 29 mars 2017, la doctoresse I_____, cheffe de clinique 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).! [endif]>! [if> 19. Le 22 mars 2017, le docteur J_____, 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).! [endif]>! [if> 20. Dans un rapport d'examen du même jour, le Dr J_____ 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. Il a rappelé le contexte de l'examen pratiqué, résumé l'évolution du cas sur la base des pièces communiquées, exposé les plaintes de l'assuré et fait état de ses constatations objectives avant de livrer son appréciation du cas.! [endif]>! [if> Le contrôle intervenait plus de trois ans et demi après une chute avec réception sur la main gauche, étant précisé que l'assuré était droitier. Un traitement conservateur avait été mis en place dans un premier temps, puis, en raison du cal vicieux, une ostéotomie de réaxation de la base du cinquième métacarpe et de l'os hamatum avait été réalisée. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse était intervenue de manière précoce, compliquée par une 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. Le traitement médicamenteux était à poursuivre, de même que l'ergothérapie, à une fréquence d'une fois par semaine. Un contrôle annuel chez un chirurgien de la main était indiqué, afin de permettre l'ajustement du traitement médicamenteux et de la rééducation. 21. Dans une appréciation psychiatrique du 17 mai 2017, le docteur K_____, 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 J_____, 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 K_____ recommandait d'adresser l'assuré à la CRR pour une évaluation pluridisciplinaire. S'agissant du lien de causalité entre cette situation et l'atteinte psychique, elle était au mieux probable.! [endif]>! [if> 22. L'assuré a été séjourné au sein de la CRR du 11 juillet au 2 août 2017.! [endif]>! [if> Dans un rapport du 7 août 2017, les docteurs L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et M_____ de la CRR 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

pousse 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. Les Drs L_____ et M_____ ont résumé le status à l'entrée et les tests fonctionnels à l'entrée et à la sortie et listé les examens réalisés à la CRR (rapport d'ergothérapie, rapport de physiothérapie, rapport final des ateliers professionnels, consilium psychiatrique du 14 juillet 2017, ENMG du 27 juillet 2017, ECG du 20 juillet 2017 et examens de laboratoire du 24 juillet 2017) et fait état des plaintes de l'assuré, avant de livrer leur appréciation du cas. 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 demande il se disait très triste avec des idées noires et même suicidaires scénarisées dans le passé récent, et indiquait ne presque pas dormir. Son appétit était moyen mais il avait repris du poids depuis l'accident. Il exprimait des idées d'inutilité et de dévalorisation avec l'impression de déranger tout le monde. Les contacts sociaux étaient rares selon lui. Au status, sa mimique était plutôt inexpressive mais modulée en fonction du sujet abordé et il pouvait ébaucher quelques sourires. Ce qui frappait le plus était sa pensée focalisée sur la douleur qui semblait avoir envahi tout le champ de sa conscience, de son comportement et de ses activités quotidiennes. L'angoisse était éprouvée mais pas observée. Les affects paraissaient émoussés et il était très difficile de se faire une idée correcte concernant une éventuelle majoration des symptômes ou l'authenticité des propos avancés par le patient. 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 tels que l'absence de qualification, l'absence de permis de séjour et la menace d'une nouvelle expulsion jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré. Ils influençaient défavorablement le retour au travail. Sur le plan antalgique, il n'avait pas été possible de diminuer le traitement, à l'exception de la baisse de concentration d'un antidouleur à base de Paracétamol. L'évolution subjective et objective n'était pas significative. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme faible. Il était tellement centré sur les douleurs qu'il n'avait pas été possible de mettre en route un programme de rééducation. Hormis le fait que l'assuré sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser, 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 évolué vers un SDRC, actuellement au décours, on pouvait retenir les limitations fonctionnelles médico-théoriques suivantes : pas de ports 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. 23. Le 26 septembre 2017, la SUVA a demandé au Dr J_____ si, à la lumière du rapport de la CRR 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 J_____ lui a répondu que les limitations fonctionnelles retenues par la CRR après un séjour d'environ trois semaines étaient précises et pouvaient être utilisées dans le cadre de l'exigibilité. 24. Dans un document interne du 29 septembre 2017, la SUVA a recensé, en Suisse romande, 284 postes compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient respectivement à CHF 45'326.-, CHF 76'600.- et CHF 57'585.-. La SUVA a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré, soit ceux de monteur de pignons d'horlogerie (ouvrier de fabrication) à Chêne-Bourg (GE), d'ouvrier magasinier (magasinier) à Satigny (GE), de conducteur de machine d'emballage (ouvrier emballage couleur) à Thônex (GE), de collaborateur de production (montage, câblage/tt) à Renens (VD) et d'ouvrier façonneur (façonneur de lumière/ « CI ») à Renens (VD). En 2017, le revenu moyen tiré de ces cinq activités était de CHF 58'477.-. Les exigences physiques inhérentes aux activités retenues étaient listées pour chacun des DPT. 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. 25. Par courrier du même jour, la SUVA a informé l'assuré que selon la CRR, 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. 26. 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. 27. Le 21 novembre 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à cette décision. Il contestait la stabilisation de son état de santé, se référant à des documents produits en annexe et attestant, selon lui, que la poursuite du traitement contre la douleur était souhaitée par ses thérapeutes. Subsidiairement, il contestait être capable de travailler dans une activité adaptée. Il avait fait des tests lors de son séjour à la CRR, notamment en atelier. Très rapidement, le responsable de l'atelier avait constaté qu'il n'était pas apte à faire les travaux proposés en raison des douleurs que cela lui occasionnaient. Il demandait également la restitution de l'effet suspensif. Son intérêt privé primait l'intérêt public, compte tenu du fait qu'il avait toujours collaboré au mieux avec l'autorité, qu'il avait été privé de ses prestations pendant près de deux ans et qu'en raison de son jeune âge, il pouvait être présumé que son état de santé n'allait pas s'améliorer. À l'appui de son opposition, l'assuré

a produit deux rendez-vous pour une consultation en médecine de premier secours à la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (ci-après : CAMSCO) des HUG les 20 novembre et 20 décembre 2017, un rendez-vous pour une consultation auprès du Dr C _____ le 8 décembre 2017 et un rendez-vous pour une consultation auprès du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG le 15 novembre 2017.

28. Par décision incidente du 22 janvier 2018, la SUVA a refusé de restituer l'effet suspensif à sa décision du 19 octobre 2017. 29. Dans une appréciation médicale du 6 février 2018, le Dr J _____ a rappelé l'évolution du cas et les dernières conclusions de la CRR. 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 CRR. 30. 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. Selon le rapport du 7 juillet 2017 de la CRR, la situation médicale était stabilisée. Le Dr J _____ avait également repris ces conclusions. Dans le cadre de son opposition, l'assuré avait produit des convocations ou rendez-vous émanant de divers médecins, qui attestaient que la poursuite du traitement contre la douleur était souhaitée par ses thérapeutes. Ces documents ne permettaient pas de remettre en question les conclusions de la CRR. En particulier, ils ne démontraient pas qu'il existerait des traitements reconnus scientifiquement susceptible d'améliorer sensiblement son état de santé. Elle était donc légitimée à mettre un terme à la prise en charge des soins et au versement des indemnités journalières. S'agissant de la question du droit à une rente d'invalidité, les troubles psychogènes du recourant n'étaient pas liés à l'accident, ce que le recourant ne contestait pas. En ce qui concerne les seules séquelles de l'accident, la CRR 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 J _____ avait fait siennes ces limitations et précisé dans son appréciation médicale du 6 février 2018 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. Lors des tests effectués aux ateliers professionnels de la CRR, l'assuré était centré sur ses douleurs. Par ailleurs, il sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser, selon les médecins de la CRR. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr J _____ sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans la mesure où l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative, son revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base des DPT. En l'occurrence, les DPT sélectionnés tenaient compte du profil d'exigibilité posé sur le plan médical. Ils englobaient des activités légères ne nécessitant pas de préhension en force avec la main gauche et permettaient d'estimer le revenu d'invalidité à hauteur de CHF 58'478.-. Le revenu sans invalidité se montant à CHF 58'097.-, ce qui n'était pas contesté, aucune incapacité de gain ne subsistait, de sorte qu'aucune rente d'invalidité n'était due. 31. Par acte du 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 préalablement à l'audition des parties et des Drs C _____ et N _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et pharmacologie et toxicologie cliniques, principalement à l'annulation de la décision et à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1^{er} 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 1^{er} novembre 2017, sous suite de dépens. Le suivi médical actuel, notamment au centre d'étude et de traitement

de la douleur, était propre à démontrer que les thérapeutes considéraient qu'une amélioration de son état de santé était réelle et possible. Ce pronostic ne pouvait être établi qu'après l'audition des Drs C_____ et N_____. Son état n'étant pas stabilisé, il devait continuer à percevoir les indemnités journalières. Si par impossible aucune amélioration de son état de santé ne devait être retenue, une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée. L'intimée ne contestait pas son incapacité totale de travail dans son domaine d'activité. Elle considérait cependant à tort qu'il était en mesure d'exercer une activité adaptée. À cet égard, les limitations fonctionnelles retenues étaient trop restrictives, l'intimée ne prenant pas en considération les limitations importantes liées aux douleurs ressenties. En outre, l'intimée ne se basait que sur l'appréciation sommaire et non motivée du Dr J_____. Préalablement, ce même médecin avait pourtant considéré que seule une activité ne nécessitant pas l'usage de la main gauche pouvait être envisagée. Ainsi, les DPT retenus étaient sans pertinence, dans la mesure où ils impliquaient des activités légères ne nécessitant pas de préhension en force avec la main gauche. Or, il existait une différence notable entre l'inutilisation complète d'une main dans un travail et l'exercice d'une activité impliquant de ne pas saisir avec force des objets avec sa main. 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 N_____, le docteur O_____, psychiatre consultant, et du docteur P_____, 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-tendus 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 médicamenteux par antidépresseur à visée antalgique et thymique, de l'ergothérapie de désensibilisation, l'application d'un stimulateur électrique transcutané et d'un suivi psychologique auprès du CAMSCO, 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 permanente de type arrachement et d'une intensité de 8/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) avec les médicaments. Les facteurs aggravants étaient les positions prolongées et les mouvements du membre supérieur gauche. Le recourant était partiellement soulagé par le traitement médicamenteux actuel, le stimulateur électrique transcutané et les bains chauds. En journée, il sortait parfois pour se promener. La nuit, il était réveillé par les douleurs. Le score de dépression sur l'auto-questionnaire de BECK était compatible avec un épisode dépressif modéré. Sur le plan médicamenteux, quelques aménagements lui avaient été proposés. Sur le plan physique, le recourant les avait informés qu'il avait terminé ses séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Il était encouragé à continuer les exercices enseignés en ergothérapie et à reprendre progressivement une vie un peu plus active. Des cours gratuits lui avaient été proposés pour apprendre et perfectionner son français. Une consultation de contrôle était prévue dans trois mois. 32. Dans sa réponse du 15 mai 2018, l'intimée a, par l'intermédiaire de son conseil, conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.!

Rappelant les conclusions de la CRR, elle considérait que la situation était stabilisée du point de vue médical, dans la mesure où aucune intervention pouvant notablement améliorer la situation n'était envisageable. Après un examen du recourant, le Dr J_____ avait fait siennes les conclusions de la CRR. Il était donc inexact

de soutenir que l'intimée s'était fondée sur le seul avis du Dr J_____. Le recourant n'ayant repris aucune activité professionnelle, il était légitime de recourir aux DPT, lesquels tenaient compte du profil exigé sur le plan médical et ne visaient que des activités légères ne nécessitant notamment pas de préhension en force avec la main gauche. Les DPT ayant été recueillis en conformité avec la jurisprudence, le revenu avec invalidité se montait bien à CHF 58'478.-, de sorte qu'aucune rente d'invalidité n'était due. 33. À la suite de quoi 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) en vigueur dès le 1^{er} 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.

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).

3. Le 1^{er} 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.!

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

5. Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2017, son droit à la rente et son degré d'invalidité.!

6. Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions tendant au paiement des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2017.!

a) Selon l'art. 49 al. 1 à 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4 ; arrêt U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 3.2). La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière

suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision, de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une décision sur opposition mais à celle d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008). La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b p. 24; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt K 172/04 du 13 mars 2006). En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V 145). b) Conformément à l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. Selon la jurisprudence, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable «moyen juridictionnel» ou «moyen de droit» (ATF 125 V 121 consid. 2a ; ATF 118 V 185 consid. 1a et les références). À ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation (ATF 102 Ib 372 consid. 6 ; RCC 1988 p. 486 sv. consid. 3a ; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 285). Il appartient donc à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a ; ATF 119 V 350 consid. 1b). Le principe de l'obligation d'invoquer les griefs, qui vaut en règle générale également dans la procédure d'opposition, pose ainsi une limite au principe de l'application du droit d'office. L'administration n'a à examiner la décision litigieuse que dans la mesure où elle est attaquée ou qu'elle donne lieu à un contrôle sur la base des griefs des parties ou d'après les indices ressortant des pièces (ATF 119 V 347 -351 ; RAMA 1997 295-297). c) Conformément aux art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la

forme d'une décision. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b ; pour la procédure d'opposition : ATF 119 V 347). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 , 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1). 7. En l'espèce, dans son courrier du 29 septembre 2017, l'intimée a clairement indiqué au recourant qu'elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017, compte tenu de la stabilisation de son état de santé. L'examen d'un éventuel droit à la rente était en cours d'examen et le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allait être confirmé dans la décision d'attribution. Ce courrier du 29 septembre 2017 ne constitue pas une décision. En effet, il n'est pas qualifié comme tel et il ne contient pas non plus l'indication des voies de droit (voir dans le même sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008 consid. 4.2 et les références citées). Il s'agit donc d'une simple communication rendue conformément à la procédure simplifiée. Dans la mesure où elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières, l'intimée aurait dû adresser au recourant une décision en bonne et due forme. Quand bien même la procédure ordinaire n'a pas été suivie, le courrier du 29 septembre 2017 acquiert les mêmes effets qu'une décision à l'expiration d'un délai d'un an. Dans ce délai, le recourant peut toutefois contester l'application de la procédure simplifiée et solliciter la notification d'une décision formelle. Dans son recours du 15 mars 2018, le recourant a conclu principalement à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1 er novembre 2017 et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1 er novembre 2017. En outre, dans le cadre de son opposition du 21 novembre 2017 à la décision du 19 octobre 2017, le recourant avait déjà contesté la stabilisation de son état de santé, relevant que la poursuite du traitement contre la douleur était préconisée par ses médecins. Certes, le recourant n'a pas formellement conclu à la notification d'une décision sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression du versement des indemnités journalières. Toutefois, au vu de la teneur de son opposition puis de son recours et du fait qu'il conclut à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1 er novembre 2017, le recourant a en réalité contesté la stabilisation de son état de santé au 31 octobre 2017. L'intimée l'a d'ailleurs bien compris puisqu'elle s'est prononcée sur ladite stabilisation dans sa décision sur opposition du 12 février 2018 et dans sa réponse du 15 mai 2018. Or, la date de la stabilisation de l'état de santé du recourant a fait l'objet du courrier du 29 septembre 2017. Les conclusions du recourant tendant à la poursuite du versement des indemnités journalières dès le 1 er novembre 2017 doivent être interprétées comme une demande de décision formelle sur la question de la stabilisation du cas et, partant, sur la suppression du

versement des indemnités journalières, avec effet au 31 octobre 2017. Cette demande intervient en outre dans le délai d'un an prévu par la jurisprudence dès lors que le courrier litigieux a été adressé au recourant le 29 septembre 2017 et que le recours a été interjeté le 15 mars 2018. Partant, il y a lieu de déclarer irrecevables les conclusions tendant à la poursuite du versement des indemnités journalières, l'intimée étant toutefois invitée à rendre une décision formelle sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression des indemnités journalières, décision contre laquelle le recourant pourra faire valoir ses droits. 8. Reste à déterminer le sort de la décision entreprise, soit la décision sur opposition du 12 février 2018. > En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA). Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Selon l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). En résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, 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, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGa ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). 9. Il ressort de ce qui précède que le versement d'indemnités journalières exclut le versement d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et inversement. > Ainsi, dans la mesure où la stabilisation du cas est contestée par le recourant et qu'aucune décision n'est entrée en force sur cette question, il y a lieu de considérer que l'intimée s'est prononcée de manière prématurée sur les questions de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut qu'annuler la décision du 19 octobre 2017 et la décision sur opposition du 12 février 2018. 10. Cela étant, il convient encore de relever que même si les décisions précitées n'avaient pas été annulées en raison de leur prématurité, elles auraient de toute manière dû l'être sur le fond. > En premier lieu, il apparaît que le rapport de la CRR du 7 août 2017 ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Si les Drs L_____ et M_____ semblent admettre l'existence d'une capacité de travail dans une telle activité, ils ne déterminent pas son taux et ne se prononcent pas clairement sur les conclusions du rapport des ateliers professionnels de la CRR, pourtant manifestement en lien avec les douleurs invoquées au niveau du membre supérieur gauche et de ses conséquences sur un retour à l'emploi. En outre, l'anamnèse est quasiment inexistante et le

rapport ne contient aucun développement au sujet des autres pièces médicales figurant au dossier, en particulier les rapports du Dr C_____, de sorte que l'on ignore si les Drs L_____ et M_____ en ont eu connaissance et les ont pris en considération. Les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante faisant défaut, l'intimée ne pouvait pas se fonder sur les conclusions de la CRR pour nier au recourant le droit à toute rente d'invalidité (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il en va de même s'agissant de l'avis du 26 septembre 2017 et de l'appréciation médicale du 6 février 2018 du Dr J_____. L'avis du 26 septembre 2017 est extrêmement bref et dénué de toute motivation. Quant à l'appréciation médicale du 6 février 2018 elle ne contient qu'un simple résumé des pièces médicales du dossier et une brève appréciation du Dr J_____, l'anamnèse et les plaintes du recourant faisant défaut. En outre, bien que ce médecin retienne une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il ne motive pas ses conclusions et ne se prononce pas sur les traitements contre la douleur en cours et dont le recourant fait part dans son opposition. Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait pas se fonder sur ces documents pour nier au recourant le droit à une rente d'invalidité. Enfin, l'intimée a retenu cinq DPT, dont un concernant une activité d'ouvrier magasinier, pour déterminer le revenu d'invalidité du recourant. L'activité de magasinier consiste à assurer le stockage et la distribution de matières, de produits ou de pièces (définition selon le dictionnaire Larousse : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/magasinier_magasini%C3%A8re/48520). En d'autres termes, cette activité implique la manutention d'objets et ou de cartons ou de caisses de manière très fréquente, ce qui nécessite inévitablement une préhension en force des deux mains. Or, la préhension en force de la main gauche est incompatible avec l'état de santé du recourant, selon la CRR et le Dr J_____. Dès lors, l'intimée ne pouvait pas déterminer le revenu d'invalidité du recourant sur la base des DPT retenus (cf. arrêt 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_2014 in SVR 2016 UV n° 14 p. 43 consid. 4.4). 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 19 octobre 2017 et la décision sur opposition du 12 février 2018 seront annulées. L'intimée sera invitée à se prononcer, dans une décision formelle, sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression du droit aux indemnités journalières. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). 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.