



POUVOIR JUDICIAIRE

A/829/2022

ATAS/1044/2023

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 22 décembre 2023**

**Chambre 5**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Baptiste FAVEZ, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président.**

---

**EN FAIT**

**A. a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante colombienne née en 1973, a suivi une formation de styliste de l'ongle en 2007, puis d'aide-coiffeuse en 2011, en Espagne.

**b.** L'assurée a travaillé en qualité de femme de ménage à temps partiel (environ 75% en moyenne) dans un EMS dès le 8 juin 2018. À ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

**c.** Le 30 novembre 2018, l'assurée a subi un accident. Lors d'une dispute avec un tiers qui a claqué une porte vitrée, sa main gauche a heurté la vitre qui s'est alors cassée. Elle a subi une coupure au poignet gauche et elle est tombée en arrière. Elle s'est rendue au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

Selon un constat médical établi à la même date, il n'y avait au plan ostéoarticulaire pas de douleur à la palpation du cadre osseux de l'épaule, du coude, du bras et de l'avant-bras gauches. L'assurée présentait une plaie transversale palmaire du poignet gauche, zone V, avec ouverture de l'aponévrose palmaire superficielle, et une plaie longitudinale du bord radial de l'éminence thénarienne en zone IV. Elle a subi une intervention chirurgicale le même jour, consistant en une révision de plaie et une suture tendineuse et nerveuse.

Dès l'accident, l'assurée a été en incapacité de travail totale, régulièrement prolongée par ses médecins traitants.

**d.** L'unité d'électroneuromyographie des HUG a noté, le 14 août 2019, une hyperalgie et une dysesthésie de toute la main gauche juste à l'effleurement, avec une force de la main gauche conservée. L'électroneuromyographe (ci-après : ENMG) n'avait pas pu être réalisé en raison de la mauvaise tolérance de l'assurée et du refus de le poursuivre. Néanmoins, la normalité de la latence sensitive du nerf médian gauche au poignet rendait un syndrome du canal carpien peu probable.

**e.** Le 16 octobre 2019, la docteure B\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a fait état de douleurs neuropathiques et d'une perte de force. Le pronostic était réservé.

**f.** Le 18 décembre 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

**g.** Dans une note de consultation du 20 décembre 2019, la docteure C\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a rapporté des douleurs neuropathiques et une hyposensibilité palmaire des trois premiers doigts. L'ergothérapie n'avait pas permis une réelle amélioration fonctionnelle de la main

gauche. Il n'y avait pas de syndrome douloureux régional complexe mais des douleurs neurogènes.

Un rapport d'ergothérapie du 20 décembre 2019 a conclu à un manque de force ainsi qu'à un ralentissement moteur. Les activités de nettoyage avec des machines professionnelles étaient fortement limitées ou non réalisables. Le port de charges et le déplacement de meubles lourds n'étaient pas possibles. De plus, l'exclusion des trois premiers doigts de la main gauche, dominante ralentissait l'exécution des tâches. Le rythme professionnel n'était donc pas atteint. Les activités dans la coiffure et l'onglerie n'étaient pas non plus possibles, eu égard aux douleurs et aux limitations de la main,

**h.** Dans un avis du 20 janvier 2020, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu que la reprise de l'activité n'était pas évidente, car les lésions traumatiques du nerf médian pouvaient laisser des douleurs neuropathiques au long cours.

**i.** Dans une note de consultation du 7 mai 2020, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a notamment indiqué que les critères de Budapest étaient une sudation et rougeur. L'assurée présentait également des douleurs de l'épaule, il y avait une suspicion de *complex regional pain syndrome* (ci-après : CRPS) main-épaule et une allodynie sévère, mais pas de syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC).

Dans sa note de suivi du 24 septembre 2020, ce médecin a relevé un *statu quo* et un CRPS, ainsi qu'une allodynie sévère de la main gauche.

**j.** L'assurée a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 26 mai au 24 juin 2020. Les médecins ont posé, dans le rapport du 2 juillet 2021, les diagnostics de plaie transverse en face antérieure du poignet gauche, de section partielle inférieure à 50% du nerf médian et de section complète du tendon du long palmaire le 30 novembre 2018, de douleurs neuropathiques persistantes de la face palmaire de la main gauche avec irradiation dans l'avant-bras, et de probable SDRC de type 2, actuellement au décours. Ils ont également retenu les diagnostics secondaires d'enchondrome de la première phalange du quatrième doigt gauche, découvert fortuitement à la radiographie et confirmé par scanner et IRM, et de douleur de l'épaule gauche avec arthrose acromio-claviculaire et discrète bursite sous-acromiale. Lors de son arrivée, les limitations fonctionnelles et les plaintes de l'assurée étaient des douleurs de type électrique, fourmillements, et une intolérance au froid. Ses douleurs pouvaient remonter jusqu'au coude, ainsi que depuis quelques semaines jusqu'à l'épaule. Elle décrivait également des douleurs de type musculaire et des contractures qui pouvaient être invalidantes. Ces douleurs avaient commencé à affecter son moral, à l'instar de la perte d'activité professionnelle et des nombreuses ruminations sur son avenir. L'enchondrome justifiait une indication opératoire. S'agissant du SDRC, les critères de Budapest étaient remplis, mais le diagnostic restait probable, car on était à distance et tous

les critères n'étaient plus positifs, bien qu'ils aient été plus importants par le passé, selon l'anamnèse. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement pas les lésions objectivement constatées. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles et compliquer la réinsertion, tels qu'une kinésiophobie élevée, une catastrophisation très élevée, une cotation élevée de la douleur et son interférence avec le travail, une auto-évaluation très élevée du handicap mais très basse des capacités fonctionnelles, avec un niveau d'effort perçu comme inférieur à sédentaire, une absence de formation, le licenciement et la maîtrise partielle de la langue française. L'évolution était partiellement favorable. La participation de l'assurée aux thérapies avait été très élevée, et aucune incohérence n'était relevée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : pas de port répétitif et prolongé de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche, pas d'activités nécessitant des prises de force et des activités très répétitives avec la main gauche, et pas d'exposition prolongée au froid. La stabilisation était attendue dans un délai de trois à quatre mois, soit deux ans après l'accident. Le pronostic de réinsertion, dans l'ancienne activité de femme de ménage, était défavorable, mais il était favorable dans une activité adaptée, avec une capacité de travail complète attendue. Une incapacité de travail totale a été attestée par les médecins de la CRR, jusqu'au 4 juillet 2020.

**k.** Dans un avis du 19 octobre 2020, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'état était stabilisé.

Le 2 décembre 2020, ce médecin a examiné l'assurée. Il a posé les diagnostics de section partielle à 50% du nerf médian et section complète du long palmaire, et de status après suture du nerf médian. L'assurée présentait, en outre, un enchondrome de P1D4. Elle était gênée par les dysesthésies subjectivement dues à la section partielle et à la restauration de son nerf médian. Les douleurs étaient désormais stables. Sur le plan objectif, il existait une perte de force du côté dominant d'environ un tiers. Le Dr F\_\_\_\_\_ ne retenait pas le diagnostic de CRPS, en relevant qu'il était ambigu à l'examen du Dr E\_\_\_\_\_ : il ne retrouvait pas ces éléments, ni de syndrome épaule/main, les douleurs étant plutôt de type acromio-claviculaire sur une arthrose de cette articulation, et partant sans causalité en vraisemblance prépondérante avec l'évènement déclaré. Toutefois, la fonction restante était tout à fait utilisable en intensité pour des forces jusqu'à 10 kg. En fréquence et rapidité, il ne fallait pas utiliser la main au-delà de 5 kg. Compte tenu de ces éléments, la profession antérieurement exercée n'était plus exigible. Une activité complète adaptée aux limitations fonctionnelles utilisant les deux membres supérieurs était exigible, et des travaux d'exécution fine étaient tout à fait possibles. Il fallait éviter des prises de force très répétitives et des expositions prolongées au froid. Des séances d'ergothérapie pour désensibiliser la main et de physiothérapie devaient encore être prises en charge durant six mois, et le

médicament Lyrica® encore au moins deux ans. Dans l'idéal, un électromyogramme serait le bienvenu pour confirmer une bonne restauration du nerf médian, mais il avait été par deux fois très mal toléré par l'assurée. Il n'y avait pas d'indication à une reprise chirurgicale.

À la même date, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 7%, se référant au tableau n° 1 de la SUVA relatif aux atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, paralysie du nerf médian distal, musculature intrinsèque de la main qui donnait droit à une indemnité de 15%. La section du nerf médian n'ayant pas été complète et la paralysie étant en très bonne récupération, les phénomènes étaient essentiellement gênants et dysesthésiques, de sorte que cette indemnité était réduite d'un peu moins (*sic*) de la moitié de ce qui était attribué en cas d'atteinte complète distale.

**l.** Par courrier du 16 décembre 2020, la SUVA a indiqué à l'assurée que selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable des suites de l'accident. Elle mettrait ainsi un terme au remboursement des soins médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 mars 2021, hormis la prise en charge d'ergothérapie jusqu'au 30 juin 2021 et du Lyrica®. L'activité d'employée d'entretien n'était plus exigible, mais les séquelles de l'accident n'empêchaient pas la reprise d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr F\_\_\_\_\_. Dans une telle activité, la capacité de travail était totale sans baisse de rendement.

L'assurée a déclaré s'opposer à ce courrier.

**m.** Dans un rapport du 29 janvier 2021, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu que dans les suites opératoires, l'assurée, gauchère, avait développé des douleurs neuropathiques de la face palmaire de la main gauche irradiant à l'avant-bras et persistant à ce jour, ainsi qu'une allodynie persistante dans le territoire médian irradiant au coude et à l'épaule gauches, impliquant un manque de force et un ralentissement moteur conséquents, et un SDRC de type II probable du membre supérieur gauche. L'assurée présentait en outre un enchondrome P1D4 gauche découvert fortuitement en mai 2020, dont le traitement était conservateur, une tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale sans rupture tendineuse et une arthrose acromio-claviculaire à gauche. Elle souffrait d'un état anxiodépressif. Le manque de force, le ralentissement moteur ainsi que les douleurs majorées par les efforts affectaient sa capacité de travail dans les domaines qu'elle connaissait. Le port de charges et le déplacement d'objets lourds étaient exclus. L'exclusion des trois premiers doigts de la main dominante pour toutes les activités entraînant une préhension en force et fine, associée au manque de force, limitait considérablement l'utilisation de cette main dans toutes les activités professionnelles. L'utilisation de la main droite ralentissait considérablement l'activité et générait un manque important d'agilité. Actuellement, les douleurs causées par l'allodynie persistante concouraient à limiter et ralentir l'activité, et l'arthrose acromio-claviculaire parasitait également

les mouvements d'abduction et de rotation de l'épaule. Les compétences linguistiques étaient limitées au dialogue simple. Dans une activité adaptée, ne mettant pas en jeu la force et l'utilisation du membre supérieur gauche, la capacité de travail pourrait théoriquement être pleine. Les capacités de réadaptation semblaient fortement compromises par les limitations du bras dominant, les connaissances linguistiques et l'absence de formation.

**n.** Dans sa note de suivi du 15 février 2021, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé un CRPS de longue durée, toujours en phase chaude.

Le 19 mai 2021, un médecin des HUG a noté que l'assurée rapportait des douleurs généralisées au niveau de l'épaule, du poignet et de la main et des paresthésies, allant de la main gauche dorsale et palmaire en augmentation, avec des douleurs irradiantes au niveau de l'avant-bras. Un CRPS de longue durée, toujours en phase chaude, était constaté.

Selon une note de consultation du 7 juillet 2021 d'un médecin des HUG, l'assurée présentait un SDRC de longue durée. Ses plaintes étaient inchangées.

**o.** Le 12 juillet 2021, l'assurée a adressé à la SUVA et à l'OAI un rapport établi par la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, à la suite de sa consultation du 15 juin 2021. Elle a affirmé qu'il s'agissait d'un élément jusque-là inconnu qui pourrait expliquer ses fortes douleurs. Un nouveau traitement médicamenteux avait été prescrit.

Dans le rapport joint, la Dre H\_\_\_\_\_ a noté le développement d'un SDRC avec impotence fonctionnelle depuis l'accident. À l'issue de son examen clinique et de l'ENMG, elle a conclu à des allodynies prenant quasiment toute la main et l'avant-bras, ainsi qu'à une hyperalgésie de l'hémicorps gauche, la douleur se propageant à l'ensemble de l'hémicorps gauche dans le cadre d'un SDRC du membre supérieur gauche. L'ENMG révélait une réduction de l'amplitude des réponses sensitives du nerf médian gauche par rapport aux nerfs ulnaire et radial d'environ 50% sans ralentissement de la vitesse de conduction, et une réduction de l'amplitude de la réponse M du nerf médian gauche pour le thénar par rapport à l'amplitude et la surface du nerf ulnaire gauche. L'examen mettait en évidence des signes de dénervation-réinnervation chronique ancienne dans le court abducteur du pouce gauche. Ces constatations parlaient en faveur d'une lésion partielle du nerf médian gauche.

**p.** Dans une appréciation du 15 juillet 2021, le Dr F\_\_\_\_\_ a affirmé que le SDRC était au décours, et ce qui subsistait était une allodynie sur lésion du nerf médian.

**q.** Dans un avis du 20 juillet 2021, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité mais totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 2 décembre 2020. Il estimait que le trouble anxiodépressif secondaire à l'attente somatique n'était pas durablement

---

incapacitant. À l'instar du Dr F\_\_\_\_\_, il ne retenait pas le diagnostic de SRDC. Les limitations fonctionnelles étaient celles admises par ce médecin d'arrondissement, ainsi qu'une limitation dans les mouvements fins avec la main gauche.

**r.** Le 19 août 2021, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée lui octroyant une rente d'invalidité totale, du 30 novembre 2019 au 31 mars 2021.

**s.** Par décision du 6 octobre 2021, la SUVA a fixé le taux d'invalidité à 3%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. Elle a alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7%.

**t.** L'assurée s'est opposée à la décision de la SUVA le 8 novembre 2021. Elle a notamment conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières depuis le 1<sup>er</sup> avril 2020 jusqu'à la stabilisation de son état de santé, au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, et à ce qu'une expertise soit mise en œuvre pour déterminer la stabilisation de son état de santé, sa capacité de gain et son atteinte à l'intégrité.

Elle a contesté la stabilisation de son état de santé. Elle a en substance allégué ne pas disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors qu'elle avait perdu presque totalement l'usage de sa main dominante. Elle avait récemment été déclarée inapte au placement par l'assurance-chômage. Le Dr G\_\_\_\_\_ attestait son incapacité de travail totale. Elle a émis plusieurs critiques sur le calcul du degré d'invalidité. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la perte d'une main correspond à une atteinte à l'intégrité de 40% selon les tables d'indemnisation. Elle présentait en outre de très importantes douleurs irradiant dans l'hémicorps gauche.

Elle a joint la décision de l'office cantonal de l'emploi la déclarant inapte au placement en raison de son incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> avril 2021.

**u.** Par décision du 10 février 2022, la SUVA a écarté l'opposition de l'assurée.

**v.** Par décision du 5 mai 2022, l'OAI a alloué une rente entière à l'assurée du 1<sup>er</sup> juin 2020 au 31 mars 2021. Dès le 2 décembre 2020, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, le degré d'invalidité était de 3.6% et ne donnait ainsi droit ni à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel.

**B. a.** L'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision sur opposition de la SUVA le 14 mars 2022. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise à même de confirmer ou d'infirmer la stabilisation de son état de santé, son incapacité de gain et son atteinte à l'intégrité ; principalement, à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit constaté que son état de santé n'était pas stabilisé, au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux depuis le 1<sup>er</sup> avril 2020 jusqu'à la

stabilisation de son état de santé, à ce qu'aucune rente ne soit fixée tant que son état n'était pas stabilisé, à ce qu'il soit dit que la diminution de son intégrité (*sic*) était de 35% et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de ce taux ; subsidiairement, au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux depuis le 1<sup>er</sup> avril 2020 jusqu'à la stabilisation de son état de santé, au versement d'une rente d'invalidité calculée en tenant compte de son incapacité totale de travailler, à ce qu'il ce qu'il soit dit que la diminution de son intégrité était de 35% et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de ce taux ; et plus subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante a allégué avoir essayé de reprendre une activité lucrative depuis son accident à raison de deux heures par jour dès décembre 2021, qu'elle entendait augmenter à 50% dès le 10 février 2022. Elle a allégué que l'intimée ne pouvait refuser d'allouer des indemnités journalières et de prendre en charge le traitement médical avant le 6 octobre 2021, faute de décision formelle sur ce point. Elle a répété que son état de santé n'était pas stabilisé. Elle a en outre contesté les modalités de calcul de la rente d'invalidité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée ne tenait pas compte de la gravité de ses troubles. Ses lésions devaient être assimilées à une perte de l'usage des trois premiers doigts de la main, soit une atteinte de 35% selon la table 3 de la SUVA.

Elle a produit un certificat du Dr G\_\_\_\_\_ du 10 février 2022 attestant une capacité de travail de 50% et précisant que la situation devrait être réévaluée.

**b.** Dans sa réponse du 11 avril 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a souligné qu'elle avait refusé formellement le versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mars 2021 par décision du 7 (*recte* : 6) octobre suivant. L'état de santé de la recourante était stabilisé lorsque son opposition avait été tranchée. Le traitement proposé par la Dre H\_\_\_\_\_ était uniquement antalgique. Le calcul du degré d'invalidité était correct. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, aucun élément ne permettait de mettre en doute l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_.

**c.** Dans sa réplique du 20 mai 2022, la recourante a exposé qu'après avoir repris à temps partiel une activité, ses douleurs s'étaient à nouveau exacerbées en avril 2022, comme le révélaient des certificats du Dr G\_\_\_\_\_, qu'elle a produits. Elle a persisté dans ses conclusions.

**d.** Par écriture du 7 juin 2022, la recourante a également interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre de céans (procédure n° A/1877/2022). Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer sa capacité de travail, dès le 2 décembre 2020, à l'audition du Dr G\_\_\_\_\_, principalement, à l'annulation de la décision en tant qu'elle supprimait le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2021 et refusait les mesures professionnelles, à ce qu'il soit constaté que la recourante restait incapable de travailler depuis le 2 décembre 2020, à l'octroi d'une rente entière depuis le



1<sup>er</sup> avril 2021, au versement de cette rente ; subsidiairement, à ce qu'il soit dit que la recourante avait temporairement et partiellement recouvré sa capacité de travail du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 28 avril 2022 ; et à ce qu'il soit constaté qu'elle était à nouveau incapable de travailler depuis le 28 avril 2022.

**e.** Le 15 novembre 2022, la chambre de céans a informé l'intimée du recours interjeté par la recourante à l'encontre de la décision de l'OAI. Dans un souci d'économie de procédure et de simplification, elle envisageait de mettre en œuvre une expertise orthopédique comprenant une partie commune à l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité et un volet concernant chacune de ces assurances. Les parties étaient invitées à se déterminer sur ce point.

**f.** L'intimée s'est déterminée le 29 novembre 2022, notant des troubles maladifs liés à l'arthrose acromio-claviculaire ne relevant pas de l'assureur-accidents. S'agissant des troubles à la main gauche, la stabilisation était admise par tous les médecins, si bien qu'elle ne comprenait pas la nécessité d'une expertise. Elle ne s'y opposait néanmoins pas.

**g.** Le 2 décembre 2022, la recourante s'est dite favorable à la proposition d'une expertise unique.

**h.** Dans ses déterminations du 8 février 2023, l'intimée a souligné que l'expert proposé par la chambre de céans, soit le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, n'était pas spécialiste en chirurgie de la main et n'était donc pas apte à établir une expertise dans la présente cause. Elle a proposé un autre expert.

La recourante s'en est quant à elle rapportée à justice quant au choix de l'expert.

**i.** Après un échange d'écritures sur l'expert pressenti, la chambre de céans a informé les parties par courrier du 20 avril 2023 que l'expertise serait réalisée par le Dr J\_\_\_\_\_, les médecins proposés par l'intimée n'étant pas disponibles pour établir une expertise.

**j.** La chambre de céans a transmis aux parties les questions d'expertise pour déterminations le 29 juin 2023.

**k.** Par courrier du 5 juillet 2023, la SUVA s'est déterminée en joignant une demande de précision d'une question (ajout du terme « notable »), qui a été modifiée dans le présent mandat d'expertise.

**l.** Par courrier du 28 août 2023, après avoir obtenu un délai supplémentaire, la recourante a suggéré que l'expert orthopédiste s'adjoigne les services d'un co-expert neurologue, afin que ce dernier se prononce également sur ses troubles de la santé, ce point étant confirmé par un certificat daté du 10 août 2023 signé par le Dr G\_\_\_\_\_ et joint en annexe. La chambre de céans a considéré qu'il n'était pas nécessaire de donner suite à la suggestion de la recourante, dès lors que la problématique principale était de nature orthopédique.

## **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<sup>er</sup> 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.
4. Le litige porte sur le droit aux prestations pour accident dès le 1<sup>er</sup> avril 2021.
5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).
6. Les prestations que l'assureur-accidents doit, le cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).
7. Aux termes de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 2<sup>ème</sup> phr. LAA). À teneur de l'art. 19 al. 1 1<sup>ère</sup> phr. 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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Des avancées mineures ne suffisent pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références)

8. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 3).
9. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

**9.1** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

**9.2** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**9.3** S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

- 10.** En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ pour mettre un terme au versement des indemnités journalières et au remboursement des soins médicaux au 31 mars 2021.

L'appréciation de ce médecin du 2 décembre 2020 ne peut toutefois se voir reconnaître valeur probante. En premier lieu, dans la mesure où il admet la prise en charge d'un médicament, de l'ergothérapie et de la physiothérapie destinées à la désensibilisation et censées améliorer l'état de santé de la recourante, on peut douter de la stabilisation de l'état de santé à cette date – que ce médecin avait du reste déjà admise dans un premier avis en octobre 2020, consistant uniquement en cette mention, nullement motivée et émise sans examen de la recourante. De plus, le Dr F\_\_\_\_\_ écarte le diagnostic de CRPS, affirmant qu'il serait ambigu selon le Dr E\_\_\_\_\_. Si la note de consultation de ce médecin du 7 mai 2020 était effectivement contradictoire et équivoque, dans la mesure où il retenait un CRPS tout en excluant un SRDC – alors que ces termes désignent la même atteinte en anglais et français respectivement (*cf.* sur ce point

(<https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/pain/complex-regional-pain-syndrome-crps>), le médecin traitant a néanmoins admis – à l’instar du reste des médecins de la CRR – une telle atteinte dans toutes ses autres notes, notamment en septembre 2020 et en février 2021, date à laquelle ce syndrome était encore en phase chaude. Deux autres notes de consultation des HUG ont également rapporté cette atteinte en mai et juillet 2021. L’appréciation du médecin d’arrondissement sur ce point est ainsi en contradiction avec celles des autres médecins, et elle est insuffisamment motivée pour écarter tout doute quant à la persistance d’un SRDC et ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

Ce seul élément suffit déjà à écarter l’avis du Dr F\_\_\_\_\_.

Pour le surplus, on peine à comprendre comment le médecin d’arrondissement peut écarter les douleurs en affirmant qu’elles sont d’origine acromio-claviculaire, alors que la recourante rapporte bien des douleurs à la main. Sur ce point, le Dr D\_\_\_\_\_ évoquait du reste déjà en janvier 2020 que la lésion du nerf médian était apte à entraîner des douleurs persistantes. La recourante présente également une allodynie, sans que le Dr F\_\_\_\_\_ – qui a admis cette atteinte en juillet 2021 – ne paraisse en tenir compte dans l’exigibilité qu’il a retenue. Enfin, il paraît délicat d’admettre, comme il l’a fait, que des activités exigeant une motricité fine restent possibles malgré l’allodynie et les dysesthésies de la main dominante. On rappellera également que selon les médecins de la CRR, les plaintes et les limitations fonctionnelles s’expliquaient principalement par les lésions objectivement constatées, alors que le Dr F\_\_\_\_\_ affirme désormais que les dysesthésies ne seraient que « subjectivement » reliées à l’allodynie. Or, la réalité de cette atteinte n’est pas contestée, et il aurait été utile que le médecin d’arrondissement indique comment il peut exclure que ces phénomènes lui soient imputables. Enfin, comme le souligne à juste titre la recourante, l’appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ ne semble pas établie en fonction d’investigations complètes, puisqu’il ne disposait pas d’un ENMG, pourtant opportun selon lui.

En ce qui concerne l’indemnité pour atteinte à l’intégrité, s’il n’existe aucun avis médical fixant un autre taux, on peut s’interroger sur le fait que le Dr F\_\_\_\_\_ ait réduit de moitié l’indemnité prévue, notamment au motif que les phénomènes seraient « gênants ». Faute de plus ample motivation par le médecin d’arrondissement, on ne voit en effet pas en quoi il s’agirait là d’un facteur réducteur du taux d’indemnisation.

Partant, l’avis du Dr F\_\_\_\_\_ ne suffit pas à trancher le droit aux prestations de la recourante.

L’OAI n’a quant à lui pas procédé à une instruction autonome. Le fait que le Dr I\_\_\_\_\_ ait complété les limitations fonctionnelles en excluant les travaux exigeant la motricité fine ne suffit pas à pallier les autres lacunes de l’avis du médecin d’arrondissement de la SUVA. Au plan uniquement somatique, le SMR

n'a du reste pas tenu compte des problèmes de l'épaule dont la SUVA affirme ne pas répondre, ni de l'enchondrome.

- 11.** Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, elle sera confiée au Dr J\_\_\_\_\_. Quand bien même cet expert n'est pas chirurgien de la main, sa spécialité en chirurgie orthopédique lui permettra de se prononcer sur les atteintes de la recourante – incluant l'arthrose acromioclaviculaire. On note du reste que le Dr F\_\_\_\_\_, sur l'avis duquel l'intimée s'est pourtant fondée, n'est pas non plus spécialiste en chirurgie de la main.

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

**Statuant préparatoirement**

- A.** Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre la recourante, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée (SUVA), ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
- B.** Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s).
  5. S'agissant des troubles orthopédiques, répondre aux questions suivantes :
    - a. La recourante présente-t-elle des troubles orthopédiques? Si oui, depuis quand ?
    - b. Les plaintes de la recourante sont-elles objectivées du point de vue médical?
    - c. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
  6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, en pourcent.
  7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent.
  8. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, son évolution dans le temps, et indiquer le domaine d'activité adapté.
  9. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée, en pourcent.
  10. Dire s'il y a une diminution de rendement dans une activité adaptée et la chiffrer.
  11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
  12. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
  13. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des médecins de la CRR, du docteur F\_\_\_\_\_ et des médecins traitants et exposer le cas échéant pour quels motifs ceux-ci sont écartés.

14. Formuler un pronostic global.
  15. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
  16. Répondre aux questions suivantes, qui concernent uniquement la cause opposant la recourante à l'intimée :
    - a. l'accident du 30 novembre 2018 est-il la cause unique ou une cause partielle (« *conditio sine qua non* ») des atteintes de la recourante? Plus précisément, le lien de causalité avec l'accident est-il possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ? Détailler la réponse pour chacune des atteintes.
    - b. Indiquer à quelle date l'état de santé était stabilisé pour les atteintes en relation de causalité avec l'accident. Dans ce cadre, déterminer le traitement médical approprié de ces atteintes, en précisant si ce traitement permettrait une amélioration notable de son état de santé et de la capacité de travail, et à partir de quelle date.
    - c. Le cas échéant, à partir de quand les atteintes sans lien de causalité avec l'accident sont-elles devenues ou deviennent-elles, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
    - d. Indiquer si l'atteinte due à l'accident constitue une atteinte à l'intégrité physique durable ? Si oui, de quel taux ? Prière de motiver l'appréciation en référence aux tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA de la SUVA.
- C.** Commet à ces fins le docteur J\_\_\_\_\_.
- D.** Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en quatre exemplaires à la chambre de céans.
- E.** Réserve le fond.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le