

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1596/2026

ATAS/523/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 11 juin 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Jennifer SCHWARZ, avocate

contre

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

intimée

Siégeant : Joanna JODRY, présidente

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1981, a travaillé pour l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) à compter du 1^{er} juillet 2020 en qualité d'aide-soignante à 80%. À ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : la SUVA).

b. Le 12 avril 2021, l'assurée a annoncé un sinistre à la SUVA survenu le 3 avril 2021, précisant qu'elle s'était coupée au niveau du poignet droit et de la main gauche en ouvrant un pot en verre qui avait explosé dans sa main.

c. Dans un rapport du 18 octobre 2021, la docteure C_____, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique mandatée par la SUVA, a diagnostiqué une allodynie du nerf sensitif radial de l'avant-bras droit. À l'anamnèse, elle a rappelé que l'assurée avait subi une plaie thénarienne de la main gauche et une plaie à la face dorsoradiale du tiers distal de l'avant-bras droit le 3 avril 2021, et que la patiente avait été prise en charge chirurgicalement au Centre lémanique de la main le jour même. Elle avait alors subi, au niveau du poignet droit, une suture d'une section à 90% du tendon long abducteur du pouce, une suture d'une section à 70% du tendon court extenseur du pouce, un manchonnage d'une section partielle de la branche sensitive du nerf radial. S'agissant de la main gauche, elle avait subi une suture musculaire d'une lésion à 10% du muscle court abducteur du pouce. La récupération était totale, sans aucune plainte au niveau de la main gauche. En revanche, l'assurée présentait toujours des douleurs de son poignet droit, une hypoesthésie aux alentours de la cicatrice, un œdème persistant avec parfois des décharges électriques qui pouvaient être spontanées et nocturnes. Si la patiente essayait d'utiliser sa main droite de façon un peu plus importante, elle en subissait les conséquences le soir-même avec une augmentation des douleurs à la face dorsoradiale du poignet. Elle utilisait d'ailleurs énormément sa main gauche pour éviter d'utiliser la main droite. La poursuite de la prise en charge en physiothérapie était conseillée ainsi qu'une prise en charge en ergothérapie. La reprise du travail à court terme n'était pas possible à cause de l'allodynie, mais une reprise à temps partiel à moyen terme semblait envisageable.

d. Dans un rapport du 26 janvier 2022, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie de la main, a relevé que le problème consistait en une lésion de la branche sensitive du nerf radial du côté droit, ce qui entraînait souvent des douleurs très invalidantes. Le traitement d'ergothérapie n'ayant pas amélioré la situation, il en résultait un certain retentissement émotionnel. Il recommandait un traitement de Compex et de Lyrica, et éventuellement un conseil psychologique pour un soutien émotionnel. Si après deux mois aucune amélioration n'était constatée, une révision chirurgicale pourrait être envisagée avec toute la prudence que ce genre de situation requérait.

e. Par rapports des 12 avril et 31 mai 2022, le Dr D_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de traitement spécifique encore débuté ce qui augmentait le risque de pérennisation des symptômes. Il a confirmé la persistance d'une dysesthésie et d'une allodynie de la première commissure à l'effleurement et indiqué que l'évolution était longue et lente mais avec une amélioration théoriquement possible. La thérapie consistait en du Lyrica selon le besoin, de l'ergothérapie et du Compex. Il était trop tôt pour se prononcer sur une possible reprise du travail, laquelle serait probablement difficile en raison des douleurs neuropathiques chroniques.

f. Une évaluation interdisciplinaire a eu lieu à la Clinique E_____ (ci-après : E_____) où l'assurée a séjourné du 8 au 10 août 2022. Dans le rapport rédigé le 12 août 2022, le docteur F_____, spécialiste en neurologie, et le docteur G_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ont relaté que la patiente se plaignait exclusivement de dysesthésie de la cicatrice, lors d'efforts importants mais surtout au toucher, et d'une anesthésie de la première commissure et de la base de l'index. La main avait retrouvé une fonction normale pour ce qui était de la mobilité, sans séquelles tendineuses et sans signe vasomoteur parlant pour un CRPS (pour *Complex Regional Pain Syndrome*, ou Syndrome Dououreux Régional Complexe [SDRC]. La force de préhension était toutefois diminuée. L'examen neurologique spécialisé avait permis de confirmer une cicatrice chéloïdienne sur une longueur d'environ 10 cm au tiers dorso-radial de l'avant-bras, très douloureuse à la percussion sur son tiers proximal avec Tinel local sur le trajet de la branche sensitive du radial associée à une attente sensitive de la branche radiale médiale distale sur le dos de la main et l'index. L'examen électroneurographique des membres supérieurs avait confirmé la neuropathie post-traumatique de la branche sensitive distale du radial à droite avec persistance d'une micro-réponse évoquée à la stimulation antidromique comparativement au côté gauche. Il était donc retenu une neuropathie post-traumatique de la branche sensitive distale du radial favorisée par la cicatrice chéloïdienne. Le bilan psychiatrique n'avait permis de retenir aucune singularité atteignant le seuil d'un trouble. Il n'y a en particulier pas d'état de stress post-traumatique ni de trouble de l'adaptation ou anxiodépressif chez une patiente qui disposait de bonnes ressources adaptatives. Il était toutefois constaté une légère inquiétude par rapport à la persistance des douleurs et des interrogations autour d'une éventuelle intervention qui pourrait améliorer la symptomatologie sans qu'il y ait pour autant de catastrophisme. L'intéressée avait collaboré adéquatement à l'évaluation en atelier professionnel et en ergothérapie. Le pronostic de retour au travail dans la profession exercée était réservé, car le type de lésion dont souffrait l'intéressée résistait volontiers au traitement conservateur disponible. Au vu de l'absence d'amélioration clinique et de la parfaite cohérence du tableau, il paraissait pertinent d'envisager une exploration chirurgicale localisée au tiers proximal de la cicatrice avec neurolyse de la branche sensitive superficielle du radial.

g. Le 24 octobre 2022, l'assurée a été opérée par le Dr D_____, qui a procédé à une ténolyse de l'APL (pour *Abductor Pollicis Longus*) et section de la première coulisse des extenseurs au poignet droit, à une neurolyse de la branche sensitive du nerf radial droit et enveloppement veineux.

h. Dans un rapport du 8 mai 2023, le docteur H_____, médecin chef à la Clinique I_____, a écrit au Dr D_____ que la reprise chirurgicale avait permis de diminuer la symptomatologie ainsi que l'irradiation vers le 2^e et 3^e doigt qui avait pratiquement disparue, mais que la patiente présentait tous les critères de douleurs neuropathiques au niveau de la cicatrice et du dos de la main. Il lui avait proposé de prendre du Rivotril et pensait qu'une partie des douleurs pourrait être améliorée par un bloc sympathique (bloc stellaire) et par la suite par bloc sur la branche superficielle du nerf radial au niveau du coude. La patiente continuait un TENS (pour Neurostimulation Électrique Transcutanée) et les médicaments habituels.

i. Dans un rapport du 11 septembre 2023, le Dr H_____ a informé la SUVA qu'il avait effectué un bloc test sur la branche superficielle du nerf radial droit avec une anesthésie locale de cortisone le 22 mai 2023, geste qui n'avait eu aucun effet sur la symptomatologie douloureuse. Le 5 juin 2023, il avait effectué un bloc stellaire, qui n'avait pas non plus entraîné de changement sur la symptomatologie douloureuse.

j. Du 14 novembre au 20 décembre 2023, l'assurée a séjourné à la E_____ où le diagnostic de neuropathie de la branche sensitive distale du radial favorisée par la cicatrice chéloïdienne a été rappelée. À l'admission, la patiente mentionnait une perte de sensibilité à la face dorsale entre le pouce et le doigt d2 à droite. Elle décrivait une douleur importante au niveau de la cicatrice se trouvant sur le poignet, sur la face latérale radiale droite. Les douleurs pouvaient être comme des décharges électriques, comme des brûlures, comme des serremments. L'intensité pouvait varier et aller au maximum à 7/10 et elles pouvaient même être déclenchées au repos, mais les facteurs déclenchants étaient surtout le toucher, la pression et les gestes de prono-supination. La patiente sortait de moins en moins et rencontrait des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, avec une baisse de morale en lien avec le fait de ne pouvoir travailler car elle aimait beaucoup son activité d'aide-soignante. Elle avait peur de rouvrir des bocal en verre et avait également une certaine appréhension à retravailler car elle avait peur de se blesser à nouveau à la main. Sur le plan psychiatrique, l'intéressée avait été vue par un psychologue qui relevait une perte de moral sans idées noires ni idéations suicidaires. La patiente était préoccupée par la douleur et ses sensations d'endormissement, se questionnait beaucoup par rapport à une possible troisième opération chirurgicale, et se disait motivée à poursuivre l'ergothérapie. Elle présentait des symptômes de type syndrome de stress post-traumatique en lien avec son accident, et le psychologue lui avait transmis des adresses pour un suivi ambulatoire. La patiente avait bénéficié des prises en charge en physiothérapie, en

ergothérapie et aux ateliers professionnels. Elle déclarait ne pas vraiment sentir d'amélioration significative durant le séjour à la E_____ et ne se sentait pas prête à reprendre son travail. Objectivement, une pression du monofilament de 15 gr. n'augmentait plus la douleur sur la zone peri-cicatricielle du poignet et de l'avant-bras. La patiente n'avait donc plus d'allodynie. La douleur commençait à augmenter à partir d'une pression de 75 gr., contre 0.7 gr. en début de séjour. La patiente avait participé aux ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à trois heures continues et avait réalisé sans difficultés différentes activités d'un niveau d'effort léger à moyen. Elle avait décrit qu'elle était principalement préoccupée par les sensations d'anesthésie sur le trajet du nerf radial à partir du poignet et sur la cicatrice, au toucher qui la limitait pour un retour au travail. Les limitations fonctionnelles provisoires comprenaient le port de charges limités à 10 kg et les mouvements répétés du poignet droit. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec les plaintes décrites et les symptômes de type état de stress post-traumatique mis en évidence. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic était favorable, étant relevé que l'intéressée disposait de bonnes capacités organisationnelles et attentionnelles.

k. Le 12 mars 2024, le Dr H_____ a indiqué avoir effectué un bloc sur la branche cutanée du nerf radial droit le 5 février 2024, ainsi que deux perfusions de Lidocaïne, toujours sans aucun signe d'amélioration. Une stimulation périphérique ou centrale pourrait être indiquée dans ce cas de syndrome douloureux complexe régional du membre supérieur droit.

l. Dans un rapport du 28 mai 2024, la docteure J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué une phobie spécifique (F40.2) et d'autres douleurs chroniques (R52.2). Le traitement avait débuté le 29 février 2024 et consistait en une psychothérapie avec une consultation toutes les deux à trois semaines. Le pronostic était favorable avec une poursuite du traitement durant une période de six à douze mois environ.

m. Le 9 juillet 2024, le Dr H_____ a indiqué avoir répété la perfusion de Lidocaïne intraveineuse le 4 mars 2024 avec un dosage augmenté, sans aucune amélioration de la symptomatologie. Le 24 juin 2024, il avait essayé d'appliquer de la Capsaïcine au niveau de la symptomatologie péri-chéloïdienne. La symptomatologie douloureuse ayant été intolérable, l'application avait dû être interrompue.

n. Dans un rapport du 3 septembre 2024, le Dr D_____ a rapporté des douleurs intolérables, réservé le pronostic, et noté que la patiente pourrait *a priori* travailler.

o. Le 18 novembre 2024, la docteure K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la SUVA, a examiné l'assurée.

p. Dans son rapport du 21 novembre 2024, elle a diagnostiqué une plaie par bris de verre de l'éminence thénarienne de la main gauche avec section partielle du muscle abducteur court, suturée le 3 avril 2021, une plaie longitudinale face dorso-radiale de l'avant-bras distal droit, présentant une section quasi-complète de l'APL et de l'EPL (pour *Extensor Pollicis Longus*), ainsi qu'une perte de substance de la branche sensitive du nerf radial, suturés pour les tendons et enrobé d'un tube pour le nerf en urgence le 3 avril 2021, une dysesthésie et une allodynie de la branche sensitive radiale droite, une reprise chirurgicale avec ténolyse de l'EPL et l'APL et section de la première coulisse, puis neurolyse de la branche sensitive du nerf radial le 24 octobre 2022, et un syndrome de stress post-traumatique selon les psychiatres.

Lors de l'observation, elle avait constaté une tuméfaction assez marquée autour d'une longue cicatrice oblique dorso-radiale de l'avant-bras distal, ce qui rendait cette partie de l'avant-bras légèrement épaissie par rapport à celle de l'avant-bras gauche, la présence d'une cicatrice légèrement élargie sur environ 0.4 cm, longue de 12 cm à la face dorso-radiale de l'avant-bras distal. Au niveau de la main gauche, elle a noté la présence d'une cicatrice longitudinale de 5 cm de longueur, plutôt sèche et non chéloïde, située en plein contre du thénar. Le toucher de la cicatrice de l'avant-bras droit ne provoquait pas de retrait de la main, mais semblait désagréable. La cicatrice était souple et sans adhérence. Elle a également relevé la présence d'une zone d'hypo-dysesthésie autour de la cicatrice sur environ 1 cm de chaque côté de celle-ci et surtout une hypo-dysesthésie au toucher de tout le premier espace inter-métacarpien jusqu'à la base du pouce et de l'index sans trouble sur ces doigts. Il n'y avait pas de troubles sensitifs ailleurs dorsalement et en palmaire de la main.

L'examen clinique avait mis en évidence des mobilités des doigts et du poignet complètes et quasi symétriques, tant au niveau du pouce que des doigts longs et en flexion et en extension. La force de serrage de la pince pollicidigitale montrait une légère baisse du côté droit dominant par rapport au gauche, mais cela pouvait être expliqué par la non-utilisation normale de la main pendant plus de trois ans. Elle n'avait observé aucun retrait de la main droite au toucher, malgré l'hypo-dysesthésie dite douloureuse de la branche sensitive du nerf radial, qui était essentiellement focalisée dans le premier espace intermétacarpien jusqu'à la base du pouce et de l'index. La cicatrice était souple et il n'y avait pas de signe de Tinel. Il s'agissait donc de séquelles d'une plaie dorso-radiale de l'avant-bras droit, sous forme de troubles sensitifs douloureux de la première commissure jusqu'à la base du pouce et de l'index et de la région de la cicatrice sur 1 cm de large, sans aucune faiblesse importante. Il était probable que le nerf n'ait pas récupéré, avec une repousse seulement partielle, expliquant un amincissement des troubles sensitifs depuis la reprise chirurgicale mais sans disparition de ces derniers.

Au niveau des limitations fonctionnelles, seul le contact du toucher devrait être évité, mais au fil du temps cela pourrait également disparaître. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité professionnelle était plus ou moins défavorable compte tenu du risque de contact en portant, en soulevant ou en aidant des personnes âgées dans le cadre d'un travail à domicile comme aide-soignante. D'un point de vue somatique, elle confirmait que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant l'absence de contact répété sur l'avant-bras droit était favorable avec une capacité de 100% et un rendement de 100% y compris dans les tâches bimanuelles et de dextérité fine.

Concernant les symptômes de type syndrome de stress post-traumatique mis en évidence lors du séjour de trois semaines à la E_____ en 2023, elle suggérait de se renseigner auprès du médecin d'assurance psychiatrique afin d'évaluer si ce diagnostic nécessitait encore un traitement, et s'il pourrait être éventuellement un facteur de limitations.

La force pollicidigitale était légèrement diminuée à droite, mais s'améliorerait certainement lorsqu'une reprise d'activité chez une assurée droitnière, dont la main avait été exclue pendant plusieurs années, compte tenu de l'absence d'amyotrophie relevée au thénar et d'une fonction des deux tendons suturés à droite sans limitation des mobilités.

Répondant aux questions soumises, elle a répondu qu'aucune amélioration de l'état de santé résultant de l'accident ne pouvait être attendue de traitements supplémentaires. Elle ne retenait pas de CRPS, contrairement à ce que suggérait le Dr H_____, car la patiente ne s'était jamais plainte de douleurs de l'ensemble du membre supérieur droit, ou même du poignet ou de la main, en particulier depuis plus d'un an. L'intéressée relatait uniquement une hypo-dysesthésie douloureuse de la branche sensitive du nerf radial faisant suite à une plaie. Depuis la révision chirurgicale, la patiente avait confirmé un amoindrissement des symptômes dans une zone tout à fait localisée. Aucun traitement n'était proposé par le chirurgien, ni par le Dr H_____. Seul un éventuel traitement psychiatrique était encore nécessaire concernant une phobie des objets dangereux pour la main droite. Si nécessaire, elle préconisait un avis du médecin d'assurance psychiatre pour savoir si un traitement était encore nécessaire pour ce diagnostic. L'assurée présentait une absence de limitations fonctionnelles mécaniques mais il était important d'éviter les frottements, les appuis ou les saisies répétées de la zone cicatricielle de l'avant-bras droit qui pouvait déclencher des symptômes douloureux. L'assurée pouvait exercer toute fonction qui ne nécessitait pas de contacts répétés sur la zone du poignet et de la main droite dorso-radiale, à 100% et avec un rendement de 100%.

q. Le 4 novembre 2024, L_____, psychologue et psychothérapeute, a attesté que l'assurée présentait des difficultés psychologiques suite à l'accident, avec d'importantes limitations physiques.

r. Sur demande la SUVA, le 2 décembre 2024, le docteur M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil, a considéré que la phobie spécifique centrée sur les objets tranchants à la suite de l'évènement d'avril 2021 ayant provoqué des blessures au poignet droit, était probablement en lien de causalité avec l'accident assuré. Il s'agissait d'un problème envahissant la vie quotidienne et non la vie professionnelle, étant relevé que la Dre J_____ n'avait pas retenu d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques. Selon les informations à disposition, la capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique.

s. Le 11 décembre 2024, la Dre K_____, a estimé que le métier d'aide-soignante n'était probablement pas adapté aux limitations fonctionnelles.

t. Le 18 décembre 2024, la SUVA a informé l'assurée qu'elle retenait une capacité de travail exigible à 100% en temps et en rendement, dans une activité sans contacts répétés sur la zone du poignet de la main droite dorso-radiale. Elle cesserait par conséquent le versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2025 et invitait l'assurée à prendre contact avec la caisse de chômage et avec l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). Son droit à d'autres prestations d'assurance-accident était examiné.

u. Dans un rapport du 27 juin 2025, la docteure N_____, médecin généraliste, a indiqué à l'OAI que la patiente souffrait d'une neuropathie du nerf radial sensitif au poignet droit depuis son accident du 3 avril 2021 et que l'évolution était stationnaire. L'incapacité de travail était totale dans toute activité et une mesure de réadaptation professionnelle n'était pour le moment pas envisageable.

Elle a annexé un courrier du docteur O_____, spécialiste en neurologie, du 17 avril 2025, préconisant un état des lieux plus précis de l'état de fonctionnement du nerf radial par un électroneuromyographe (ci-après : ENMG). Par la suite et selon les résultats de cet examen, d'autres alternatives thérapeutiques seraient discutées afin de mieux juguler les douleurs.

- B.** a. Par décision 14 octobre 2025, la SUVA a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a retenu que l'assurée était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs du marché de l'emploi, à la condition d'éviter les frottements, les appuis ou les saisies répétés de la zone cicatricielle de l'avant-bras droit qui pouvaient déclencher des symptômes douloureux, ainsi que tout contact répété sur la zone du poignet et de la main droite dorso-radiale. Un tel emploi était exigible à plein-temps et lui permettrait de réaliser un gain de CHF 58'373.- par année, selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, niveau de compétence 1, femme, marché général de l'emploi, sans abattement). Sans la survenance de l'accident, elle obtiendrait un revenu annuel de CHF 62'655.- (ESS, niveau de compétence 1, femme, secteur activité pour la santé humaine). Il en résultait une perte de gain de 7%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

S'agissant de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, l'examen effectué le 18 novembre 2024 n'avait pas révélé d'atteinte importante, de sorte que les conditions requises pour l'octroi d'une indemnité n'étaient pas remplies. Si l'état de santé exigeait la reprise du traitement médical en rapport avec l'accident, l'intéressée aurait la possibilité de l'annoncer et son droit aux prestations d'assurance serait examiné.

b. Par courrier du 14 novembre 2025, l'assurée a contesté cette position, faisant valoir que les métiers de niveau de compétences 1 étaient très physiques et exigeaient l'utilisation permanente des mains et des bras, incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues. Les métiers qu'elle pourrait exercer étaient très limités, ce qui entraînait une notable diminution de sa capacité de gain, supérieure à 10%. S'agissant du refus de lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les conclusions de la SUVA étaient erronées, comme attestés par les certificats du Dr D_____ et de la Dre N_____, ainsi que par le compte rendu de sa physiothérapeute, P_____. En outre, le Dr H_____ avait fait des interventions pour des douleurs chroniques sur l'avant-bras post-traumatique. La lésion de la branche sensitive d'une radiale était une atteinte importante et durable à son intégrité physique. En outre, sa cicatrice sur l'avant-bras se prolongeait jusqu'au poignet, cicatrice qui était très visible et douloureuse et qui constituait une atteinte importante à l'intégrité physique. Elle était suivie par une psychologue et sa psychiatre avait fait état d'une phobie spécifique et affirmé qu'il existait une tristesse en lien avec la situation et les douleurs chroniques ainsi que certains isolements. Il y avait donc une atteinte importante et durable à son intégrité mentale et psychique. Par ailleurs, la neurologue Q_____ avait réalisé une évaluation neurophysiologique le 6 juin 2025, examen qui avait objectivé une atteinte significative pouvant entraîner de nombreux symptômes comme une perte de fonction, des douleurs chroniques ou une perte de sensation. Elle était donc persuadée que la décision contestée n'était pas justifiée et que sa situation n'avait pas correctement été évaluée.

Elle a joint un rapport du 6 juin 2025 de la Dre Q_____, spécialiste en neurologie, laquelle a indiqué que son examen avait été limité par les douleurs de la patiente, mais suffisant pour objectiver une perte d'amplitude de 55% du nerf radial droit comparativement au côté gauche. La vitesse de conduction nerveuse était diminuée en conséquence. Il lui semblait important de reprendre un suivi global en médecine I_____, voire en ergothérapie.

Elle a également produit un rapport du 28 octobre 2025 R_____, physiothérapeute, laquelle a mentionné que sa patiente présentait une cicatrice sur la face dorsale de l'avant-bras, se prolongeant jusqu'au poignet, que la zone présentait un grossissement d'origine indéterminée, que la mobilité articulaire était complète mais qu'une tension liée à la cicatrice ainsi qu'une hypersensibilité diffuse sur l'ensemble de l'avant-bras avaient été observées. Le contact fin provoquait une douleur, bien que la cicatrice semblât mobile et sans adhérences.

Lors de ses consultations des 9 septembre et 3 octobre 2025, le traitement avait consisté en de séances de TENS dans un objectif de neuromodulation des nerfs superficiels, le symptôme prédominant étant la douleur persistante. À la fin du suivi, la patiente présentait toujours une sensibilité accrue au toucher, sans limitation articulaire, avec une bonne mobilité tissulaire au niveau de la cicatrice.

Elle a aussi remis une attestation du 11 juin du Dr D_____, selon laquelle une reprise de travail dans l'activité d'aide-soignante était difficile en raison des douleurs névromateuses, mais que l'intéressée aurait la possibilité d'exercer une fonction dans le cadre de l'entreprise de son mari, et qu'il serait souhaitable que la reconversion soit assumée par l'OAI.

c. Dans un rapport du 2 octobre 2025, le docteur S_____, radiologue, a indiqué que son examen échographique objectivait une atteinte douloureuse localisée du nerf radial droit au tiers-moyen de l'avant-bras avec un épanchement liquidien de 3 mm. Les autres structures étaient normales. Une infiltration de PRP (pour Plasma Riche en Plaquettes) était conseillée.

d. Le 14 novembre 2025, la Dre N_____ a écrit à la SUVA que sa patiente souffrait encore d'une douleur neurogène chronique du membre supérieur droit avec une lésion traumatique du nerf radial, qu'elle présentait un œdème et des dysesthésies de l'avant-bras et de la main droite, ainsi que des démangeaisons de la cicatrice. Elle ne pourrait probablement plus exercer son activité d'aide-soignante, étant donné le caractère physique de ce métier. À cela s'ajoutait un état anxieux et dépressif en lien direct avec le dommage subi en 2021, ce qui était également l'avis de la psychiatre traitante. En conclusion, l'accident assuré avait causé des dommages somatopsychiques importants et durables, et elle considérait que sa patiente devrait se voir octroyer une rente ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

e. Le 23 janvier 2026, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assurée toute prestation en raison de son défaut de collaborer à l'instruction de la demande.

f. Par décision sur opposition du 19 février 2026, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 14 octobre 2025. Elle a relevé que la Dre Q_____ avait mentionné une diminution de 55% de la vitesse de conduction nerveuse à droite par rapport au côté gauche, ralentissement qui était connu de longue date et qui avait déjà fait l'objet d'une prise en charge thérapeutique adéquate, comprenant notamment un examen neurologique à la E_____ ainsi que des séances d'ergothérapie. Sur le plan clinique, la Dre Q_____ avait constaté l'absence de déficits moteurs, avec une force de serrage mesurée au dynamomètre Jamar à 25 kg à droite et à 21 kg à gauche. Elle n'avait mis en évidence ni hypoesthésie marquée, ni altération de la dextérité. La seule constatation notable résidait dans la présence d'une allodynie dans le territoire radial en aval de la cicatrice. Ces éléments objectifs confirmaient en réalité les

appréciations concordantes du médecin d'assurance et des médecins de la E_____, à savoir que les atteintes constatées étaient essentiellement sensibles, sans répercussion fonctionnelle significative sur la capacité globale d'utilisation de la main et du membre supérieur droit dans une activité adaptée. Dans ces conditions, elle avait retenu l'existence d'une pleine capacité de travail théorique dans une activité adaptée tenant compte des seules limitations fonctionnelles objectivées, soit l'évitement des contacts répétés sur l'avant-bras droit, sans restriction supplémentaire quant au rendement ou à la dextérité. S'agissant du revenu d'invalidité, elle s'était référée aux données issues de l'ESS 2022. Le salaire avec invalidité avait été fixé à CHF 58'373.- (ESS 2022, niveau de compétence 1 pour une femme, CHF 4'367.- par mois correspondant à un montant de CHF 54'631.17 après adaptation à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 41h70 et annualisation). Compte tenu de l'évolution des salaires jusqu'en 2025, le revenu d'invalidité avait été porté à CHF 58'372.90. Comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 62'655.-, la perte de capacité de gain s'élevait à 6.83%, arrondi à 7%. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il ressortait du rapport d'examen du 21 novembre 2024 que le médecin d'assurance a objectivé des séquelles limitées à une plaie dorso-radiale de l'avant-bras droit, se manifestant par des troubles sensitifs douloureux localisés à la première commissure, s'étendant jusqu'à la base du pouce et de l'index ainsi qu'à la région cicatricielle sur une largeur d'environ 1 cm, sans déficit moteur associé ni faiblesse significative. Pour le surplus, l'assurée demeurait pleinement en mesure d'accomplir des tâches bimanuelles ainsi que des activités exigeant une dextérité fine, ce qui excluait l'existence d'une atteinte fonctionnelle notable. Le médecin d'assurance avait estimé à juste titre que les cicatrices au bras droit ne présentaient pas, en tant que telles, une gravité suffisante pour ouvrir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. S'agissant des troubles psychiques allégués, aucune atteinte psychiatrique objectivée d'une intensité et d'une permanence suffisantes n'avait été démontrée au dossier médical. La simple évocation d'une phobie spécifique, non documentée par des constatations médicales probantes établissant une limitation durable et objectivable, ne pouvait suffire à fonder un droit à indemnisation. C'était à bon droit qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'avait été allouée, étant encore rappelé que cette prestation dépendait uniquement de facteurs médicaux objectifs valables pour tous les assurés, sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Les désagréments invoqués par l'assuré au niveau de sa vie privée, respectivement professionnelle, ne pouvaient être pris en considération que dans un cadre médical objectif.

- C. a. Par acte du 30 avril 2026, l'assurée, représentée par une avocate, a interjeté recours contre la décision précitée par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à la restitution de l'effet suspensif, et principalement, à l'annulation de la décision litigieuse, à ce qu'il soit constaté qu'elle présentait un taux d'invalidité supérieur à 10% et une atteinte importante et durable à son intégrité, à ce que l'intimée soit

condamnée à lui verser une rente d'invalidé et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont les montants devraient être déterminés par la justice. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision contestée et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Concernant la demande d'effet suspensif, la recourante a soutenu qu'en l'état, le dossier témoignait du fait que l'accident avait eu un impact extrêmement lourd sur sa vie et que la décision sur opposition de l'intimée était injustifiée car elle se fondait sur une analyse médicale qui présentait des erreurs de diagnostics. Ainsi, ses chances de succès sur le fond paraissaient importantes à première vue. Dès lors, son intérêt à obtenir le versement de prestations faisant l'objet du recours l'emportait sur celui de l'intimée à l'exécution immédiate de la décision. L'issue de la procédure était en effet encourageante, le risque qu'elle ne puisse pas rembourser les prestations qui lui seraient versées à tort par l'intimée pendant la procédure était ainsi nul.

Sur le fond, la recourante a reproché à l'intimée une double erreur d'appréciation : d'une part, une évaluation manifestement lacunaire et irréaliste de sa capacité de travail exigible et, d'autre part, une détermination erronée du revenu d'invalidé qui omettait d'appliquer les correctifs jurisprudentiels indispensables. S'agissant de la capacité de travail exigible, l'intimée s'était fondée sur une appréciation médicale réductrice, qui limitait les séquelles de l'accident au seul événement des contacts répétés sur l'avant-bras droit, ce qui constituait une vision en contradiction flagrante avec les pièces médicales au dossier, en particulier les rapports récents. Ses limitations fonctionnelles physiques étaient largement sous-évaluées, comme attesté par son ergothérapeute, qui faisait état d'une perte de force de 20%, d'une incapacité à porter des charges de plus de 5 kg, d'une faible dextérité et de douleurs irradiantes invalidantes. Ces éléments, mesurables et documentés, démontraient que son rendement dans toute activité manuelle, même légère, serait nécessairement et significativement diminuée. En outre, l'impact des séquelles psychiques sur le rendement était totalement ignoré et sa psychiatre avait établi un lien de causalité direct entre l'accident et les atteintes psychiques invalidantes. Son rendement dans une activité adaptée était objectivement et durablement diminué, ce qui devait être pris en compte dans le calcul de son revenu. S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé, l'intimée avait omis d'appliquer un abattement, alors que sa situation le justifiait à plusieurs titres. Ainsi, la combinaison d'une hypersensibilité au contact, de douleurs chroniques, d'une perte de force et d'une phobie constituait un profil de handicap très particulier qui restreignait considérablement le marché du travail réellement accessible. En outre, elle était âgée de 45 ans, n'avait pas de formation spécifique en-dehors des soins qui lui étaient désormais fermés, et les possibilités de réinsertion étaient limitées. L'effet cumulatif des limitations physiques et psychiques diminuait ses chances de trouver un employeur prêt à s'accommoder de ces contraintes et à lui verser un

salaire correspondant à la moyenne statistique. Ces éléments justifiaient un abattement qui, même modéré, combiné à la prise en compte de la diminution de rendement, porteraient nécessairement le taux d'invalidité au-delà du seuil de 10% ouvrant le droit à une rente. S'agissant du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée avait procédé à une analyse segmentée et minimisante de chaque séquelle, alors qu'une appréciation correcte des pièces du dossier démontrait qu'elle subissait une atteinte globale qui remplissait clairement les conditions légales. Son atteinte neurologique était une lésion objective et grave, à laquelle s'ajoutaient des douleurs chroniques qui constituaient une pathologie invalidante, ainsi qu'une atteinte psychique en raison de la phobie médicalement attestée et invalidante. L'effet combiné des différentes atteintes cédait son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le taux devrait être fixé en tenant compte de la gravité de l'ensemble des atteintes. La Dre Q_____ avait établi une lésion neurologique mesurable, permanente et irréversible, qui affectait durablement la sensibilité de la fonction d'un nerf essentiel de la main et constituait à elle seule une altération évidente et grave de l'intégrité physique. L'allodynie diagnostiquée n'était pas un simple désagrément, les douleurs chroniques neuropathiques étaient reconnues par la médecine comme une pathologie à part entière qui affectait de manière significative et durable le bien-être physique et mental. En ignorant l'impact invalidant de ces douleurs sur la qualité de sa vie, l'intimée avait contrevenu à l'esprit de la loi. Son atteinte psychique était solidement documentée, avec un diagnostic clair de phobie spécifique avec des conduites d'évitement massives et des conséquences directes. Cette atteinte psychique objectivable était durable et importante et altérait profondément son autonomie et sa vie sociale.

La recourante a produit, entre autres, un rapport du 16 avril 2026 T_____, ergothérapeute, relevant que dans l'ensemble, le membre supérieur droit avait une assez bonne mobilité. La flexion de l'épaule avait un déficit d'environ 20 degrés. L'abduction, l'extension, la rotation interne et externe étaient bonnes, mais étaient marquées toutes par une tension et douleur sur l'épaule qui pouvaient irradier jusqu'au poignet. La flexion et extension, et prosupination du coude étaient bonnes, mais aussi caractérisées par des douleurs et tension sur le poignet. Le poignet droit avait presque une aussi bonne mobilité qu'à gauche : F/E : 60-0-62. Les doigts pouvaient faire le poing complet ainsi que la griffe, de même que les prises pouce-doigts. Il y avait peu de différences entre droite et gauche. Au Jamar, elle notait une moyenne de 27.33 kg à droite et, à gauche, 26.3 kg. Au Pinch, il y avait une perte de force d'environ 20% : 6 kg à droite et 8.3 à gauche. Pour l'endurance dans le portage des poids, il était possible à la recourante de porter environ 5 kg à droite. Le pack de six bouteilles de 1.5 l. était impossible à droite. La recourante s'était organisée : elle portait soit dans son sac à dos ou tirait un caddie, le plus souvent avec la main gauche et quelquefois avec la main droite, et ceci pour les objets lourds. En général, elle ressentait une tension dans son épaule et sur la cicatrice dès le port de 1,5 kg. Au Purdue

Pegboard, test de dextérité et de rapidité, le score pour la main droite était presque pareil à celui de la gauche (9 contre 9.66). Il était noté toutefois que les scores obtenus, que cela soit les mains séparées, l'une après l'autre ou ensemble, ou encore dans l'assemblage de pièces, étaient faibles. Les mouvements étaient lents et demandaient du temps. Enfin, le poignet de la recourante présentait déjà en 2021 une allodynie (douleur à 15 gr de pression avec un mono-filament de Semmes-Wettstein) située sur la face dorsale du poignet droit depuis la base des doigts jusqu'à la moitié environ de l'avant-bras. La surface concernée avait diminué : elle comprenait toute la cicatrice et le bord radial de l'avant-bras jusqu'au pouce. Le dos de la main et le bord cubital de l'avant-bras allaient mieux. En résumé, il était relevé que la recourante ressentait de fortes douleurs au toucher de sa cicatrice, ce qui diminuait l'usage en force et en endurance de sa main droite pour ce qui était du port de charge et de la dextérité/manipulation fine d'objets (couteau).

Elle a également produit un rapport du 21 avril 2026 de la Dre J_____, laquelle a notamment relevé que, durant le suivi, un travail psychothérapeutique TCC avait été effectué avec des expositions progressives aux situations phobogènes qui avaient partiellement amélioré la symptomatologie. La patiente avait repris contact le 21 avril 2026, après avoir interrompu le suivi depuis le mois de septembre 2025. Elle rapportait la persistance de douleurs au niveau de sa cicatrice ou lorsqu'elle portait des objets, et rapportait éviter encore certaines situations, notamment par peur de se blesser, mais également en raison des douleurs.

b. Dans sa réponse du 11 mai 2026 sur la demande de restitution de l'effet suspensif, l'intimée a conclu au rejet de la requête. Elle a notamment relevé que la recourante n'avait plus aucune attache avec la Suisse, était de nationalité française et résidait en France, sans contrat de travail en Suisse. Les prestations qu'elle servirait à la recourante durant toute la durée de la procédure lui seraient donc définitivement acquises en raison de la quasi-impossibilité de réclamer leur restitution en France, notamment auprès de la sécurité sociale de ce pays. Par ailleurs, il n'apparaissait pas, au vu de la décision sur opposition attaquée, que les chances de succès de la recourante soient données. En particulier, le rapport d'ergothérapie produit témoignait d'une bonne mobilité de l'ensemble du membre supérieur et d'une différence insignifiante entre le poignet droit et gauche. Il confortait ainsi les pièces médicales sur lesquelles elle s'était fondée pour conclure que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'elle ne présentait pas d'atteinte à l'intégrité.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [(LPA - E 5 10)]).

2. La recourante requiert la restitution de l'effet suspensif à son recours.

2.1 Depuis le 1^{er} janvier 2021, les art. 49 al. 5 et 52 al. 4 LPGA prévoient que l'assureur peut, dans sa décision ou dans sa décision sur opposition, priver toute opposition ou tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces. Les décisions et les décisions sur opposition ordonnant la restitution de prestations versées indûment sont exceptées.

Selon le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA (FF 2018 1597), l'art. 49 al. 5 LPGA correspond à l'ancien art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, qui s'appliquait par analogie à l'assurance-invalidité et aux prestations complémentaires (cf. art. 66 LAI et 27 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires du 6 octobre 2006 [LPC – RS 831.30] dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020), et selon la jurisprudence, également par analogie à l'assurance-chômage et à l'assurance-maladie. Il était alors possible, par une application étendue de l'art. 55 al. 2 de la loi du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 107.021) en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA, de priver de l'effet suspensif tout recours éventuel contre une décision qui ne portait pas sur une prestation en espèces. De plus, conformément à la jurisprudence et à la majorité de la doctrine, mais contrairement à la lettre de la loi, seule une décision qui engageait son destinataire à une prestation en espèces était considérée comme une décision portant sur une prestation en espèces. Par conséquent, les décisions d'octroi de prestations des assurances sociales ne constituaient pas des décisions portant sur une prestation en espèces au sens de la PA. Si une prestation en espèces (durable ou non) était interrompue ou réduite, l'effet suspensif pouvait donc être retiré. Le Conseil fédéral a estimé que pour prévenir tout flou juridique dans ce domaine – puisqu'il est courant, dans les assurances sociales, de qualifier de prestations en espèces des prestations comme les rentes, les indemnités journalières, l'allocation pour impotent, etc. (cf. à ce

sujet la définition des prestations en espèces à l'art. 15 LPGa) –, il était nécessaire d'élaborer une base légale claire pour toutes les assurances sociales soumises à la LPGa. La nouvelle réglementation assure ainsi la sécurité juridique et elle est essentielle, notamment en lien avec la règle relative à la suspension des prestations à titre provisionnel prévue par le nouvel art. 52a LPGa, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021. La pratique fondée sur l'ATF 130 V 407, qui n'autorise pas le retrait de l'effet suspensif en cas de créances en restitution de prestations indûment perçues, n'est en revanche pas modifiée en vertu de cette harmonisation de la LPGa (cf. art. 49 al. 5 2^e phrase LPGa).

Les dispositions de la PA continuent à s'appliquer pour les questions liées à l'effet suspensif qui ne sont pas réglées par l'art. 49 al. 5 LPGa (cf. art. 55 al. 1 LPGa). Le juge saisi du recours peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré ; la demande de restitution de l'effet suspensif étant traitée sans délai, conformément à l'art. 55 al. 3 PA.

2.2 Selon la jurisprudence, le retrait de l'effet suspensif est le fruit d'une pesée des intérêts qui s'inscrit dans l'examen général du principe de la proportionnalité, lequel exige qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés (règle de l'aptitude) et que ceux-ci ne puissent pas être atteints par une mesure moins incisive (règle de la nécessité). En outre, il interdit toute limitation allant au-delà du but visé et il exige un rapport raisonnable entre celui-ci et les intérêts publics ou privés compromis (ATF 142 I 76 consid. 3.5.1 et la référence).

La possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération ; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2).

Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier des prestations qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution ou la suppression des prestations. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des

prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée ; il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3 et les références).

La jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente à la suite d'une procédure de révision couvrirait également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal cantonal des assurances pour instruction complémentaire, pour autant que la procédure de révision n'a pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 consid. 4 ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 7.1 et 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3).

Cette jurisprudence est également applicable en matière de suppression de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical par l'assureur-accidents, la problématique étant identique à celle d'une procédure en révision. En effet, il se pose dans les deux cas la question de savoir si les prestations doivent être versées à titre provisoire pour la durée de la procédure (dès le renvoi de la cause à l'assureur pour complément d'instruction et jusqu'au moment de l'entrée en force de la nouvelle décision), alors qu'il n'est pas établi - et fait précisément objet du litige - si les conditions requises pour la suppression (ou la diminution) de ces prestations sont effectivement remplies, par exemple si, au moment de la première décision, il n'existait plus de lien de causalité ou si l'état de santé était déjà stabilisé. Les résultats de l'instruction complémentaire montreront donc si la décision originelle pourra être confirmée ou non. Dans l'affirmative, l'assurance aura cessé de prester à juste titre dès la première décision. Autrement, elle devra continuer de prester jusqu'à un moment ultérieur, où les conditions pour la suppression des prestations seront données (arrêts du Tribunal fédéral 8C_739/2022 précité consid. 5.1.2 ; 8C_45/2008 du 16 décembre 2008 consid. 3 ; U 115/06 du 24 juillet 2007 consid. 6.3, *in* SVR 2008 UV n. 27 p. 103).

2.3 L'autorité peut d'office ou sur requête ordonner des mesures provisionnelles, lesquelles sont ordonnées par le président, s'agissant d'une autorité collégiale, selon l'art. 21 de la loi sur la procédure administrative (LPA – E 5 10).

Les mesures provisionnelles ne sont légitimes que si elles s'avèrent nécessaires au maintien de l'état de fait ou à la sauvegarde des intérêts compromis (ATF 119 V 506 consid. 3).

Elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper le jugement définitif (Isabelle HÄNER, *Vorsorgliche Massnahmen in Verwaltungsverfahren und Verwaltungsprozess*, *in* RDS 1997 II 253-420, 265) ; par ailleurs, l'octroi de mesures provisionnelles présuppose l'urgence, à savoir que le refus de les ordonner crée pour l'intéressé la menace d'un dommage difficile à réparer

(ATF 130 II 149 consid. 2.2 ; 127 II 132 consid. 3 = RDAF 2002 I 405) ; constitue notamment un tel préjudice un dommage de nature juridique qui ne peut pas être réparé ultérieurement par un jugement final ou une autre décision favorable au recourant (ATF 133 IV 139 consid. 4 ; 133 IV 288 consid. 3) ; en revanche, un dommage de pur fait, comme la prolongation de la procédure ou un accroissement des frais de celle-ci, n'est pas considéré comme irréparable (ATF 137 V 314 consid. 2.2.1 ; 134 I 83 consid. 3.1).

2.4 Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

L'art. 18 al. 1 LAA prévoit que si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence.

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

2.5 Selon la jurisprudence, la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la cessation des prestations provisoires avec l'examen du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la cessation des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_243/2021 du 11 octobre 2021 consid. 1.4.3 et les références).

L'assureur-accidents ne peut pas statuer définitivement sur la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical avant de statuer sur le droit à la rente, en raison du rapport étroit existant entre ces prestations (ATF 144 V 354 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2023 du 10 avril 2024 consid. 5.3).

3. En l'occurrence, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 1^{er} février 2025, en précisant que l'octroi d'autres prestations était examiné. Par

décision du 14 octobre 2025, confirmée sur opposition le 19 février 2026, elle a nié les droits de l'assurée à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a par ailleurs retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

La recourante conclut à la restitution dudit effet, en faisant valoir que ses chances de succès paraissent importantes et que son intérêt à obtenir le versement des prestations « faisant l'objet du recours » l'emporte sur celui de l'intimée à l'exécution immédiate de la décision.

3.1 La chambre de céans constate tout d'abord que, selon les conclusions de la recourante, les prestations litigieuses sont la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Or, en refusant ces prestations à la recourante, l'intimée a rendu une décision négative, dont les effets ne sont pas susceptibles d'être suspendus pendant une procédure de recours.

Si la recourante avait voulu obtenir le versement de ces prestations durant la procédure de recours, elle aurait dû présenter une demande de mesures provisionnelles.

3.2 Elle observe ensuite que la requête de la recourante tendant à la restitution de l'effet suspensif ne vise manifestement pas les indemnités journalières.

En effet, la question du bien-fondé de la cessation du versement des indemnités journalières est liée à celle de savoir si l'état de santé de la recourante était stabilisé au 1^{er} février 2025. Or, l'intéressée ne reproche pas à l'intimée d'avoir clôturé son dossier, ni ne remet pas en cause la stabilisation de son cas à la date précitée, ni ne soutient que la continuation du traitement médical permettrait une sensible amélioration de son état. Son argumentation porte uniquement sur, d'une part, l'appréciation de sa capacité de travail et la détermination du revenu d'invalidé, et d'autre part, sur l'existence d'atteintes à la santé durables et importantes.

Dans ces conditions, la cessation du versement des indemnités journalières n'apparaît pas critiquable.

3.3 À toutes fins utiles, il sera encore relevé que la décision de l'intimée de mettre fin aux indemnités journalières, puis la décision litigieuse, ont été rendues à l'issue d'une procédure d'instruction étendue, en particulier sur le plan médical.

Ainsi, l'intimée a obtenu les rapports des différents spécialistes consultés par la recourante, organisé un premier séjour à la E_____ afin de procéder à une évaluation pluridisciplinaire, puis un second séjour de réadaptation de plus de cinq semaines. Elle a en outre demandé à son médecin-conseil d'examiner personnellement l'intéressée et, conformément aux recommandations de ce médecin, a encore sollicité l'avis de son psychiatre-conseil.

Les pièces au dossier ne permettent pas d'admettre, selon l'analyse sommaire effectuée dans le cadre de l'examen de la restitution éventuelle de l'effet suspensif au recours, que la recourante, selon toute vraisemblance, l'emportera dans la cause principale.

Les chances de succès de la recourante sur le fond ne paraissent pas évidentes, *prima facie*, et l'intérêt de l'intimée au non-octroi de l'effet suspensif ou de toute autre mesure provisionnelle l'emporte sur celui de l'intéressée à obtenir le versement de prestations. En effet, l'issue de la procédure étant incertaine, il existe un risque important qu'elle ne puisse rembourser les prestations qui lui seraient versées à tort par l'intimée pendant la procédure.

4. Partant, la demande de restitution de l'effet suspensif sera rejetée en tant qu'elle est recevable, et la suite de la procédure réservée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant selon l'art. 21 al. 2 LPA

1. Rejette la demande de restitution de l'effet suspensif en tant qu'elle est recevable.
2. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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