

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3463/2017 et A/1734/2018

ATAS/1068/2018 et ATAS/1069/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à ANNECY,
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Guy BRAUN

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970, a travaillé du 1^{er} septembre 2014 au 31 décembre 2016 en qualité de manutentionnaire puis de déménageur pour l'entreprise C_____ SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 25 octobre 2016, son employeur a transmis à la SUVA une déclaration d'accident, dans laquelle il a indiqué que l'assuré avait chuté le 17 octobre 2016 dans les escaliers en portant des étagères. Il était tombé sur sa main droite et s'était blessé au poignet.
3. Un arrêt de travail a été prescrit à l'assuré dès le 24 octobre 2016.
4. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.
5. Par pli du 3 avril 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'au vu du manque de renseignements médicaux en sa possession, elle émettait des réserves sur la prise en charge d'une opération annoncée pour le 6 avril 2017.
6. Le 6 avril 2017, l'assuré a été opéré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du pouce droit (arthroplastie prothétique trapézo-métacarpienne).
7. Le 12 avril 2017, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie de la main auprès des HUG, a rempli un rapport médical à l'adresse de la SUVA. Il y a retenu le diagnostic d'« arthrose et instabilité post-traumatique trapézo-métacarpienne au pouce droit ». L'évolution postopératoire était bonne. De la physiothérapie avait été prescrite et la durée prévisible du traitement était comprise entre quatre et six mois. Une réorientation professionnelle était toutefois préconisée.
8. Le 13 avril 2017, la SUVA a reçu un second rapport du Dr D_____, daté du 31 mars 2017 :

« [...] Le patient a présenté deux traumatismes successifs de son pouce droit, ayant entraîné une subluxation postérieure du premier métacarpien et une arthrose consécutive, empêchant le patient de poursuivre son travail de déménageur. Actuellement, il rapporte des douleurs constantes à l'effort et au repos et une intervention chirurgicale est indispensable. Compte tenu de la profession du patient, nous avons parlé d'une possibilité de traitement par arthrodèse trapézo-métacarpienne mais après discussion, le patient ne souhaite pas perdre la mobilité, même partiellement, de son pouce et nous avons donc opté pour une arthroplastie prothétique de cette articulation. Ce type d'intervention donne de bons résultats fonctionnels mais ne permettra en aucun cas la reprise d'une activité en tant que déménageur. Il faudra donc prévoir chez ce patient une réorientation professionnelle [...] ».

-
9. Invité à se déterminer, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a conclu dans un rapport du 8 mai 2017 que la rhizarthrose pour laquelle l'assuré avait été opéré ne pouvait résulter d'un traumatisme survenu seulement six mois auparavant. Il a précisé qu'il n'y avait pas d'élément médical pouvant justifier une déstabilisation définitive de l'état antérieur, tel qu'une fracture ou une luxation.
 10. Par décision du 11 mai 2017, la SUVA a mis fin à ses prestations avec effet au 5 avril 2017 – soit à la veille de l'intervention chirurgicale du Dr D_____ –, au motif que l'événement du 17 octobre 2016 n'était pas en lien de causalité probable avec l'opération du 6 avril 2017.
 11. L'assuré a formé opposition le 18 mai 2017 : il avait subi dans le cadre de son activité de déménageur un accident « fin 2014-début 2015 », lequel avait été fallacieusement déclaré comme une maladie par son ex-employeur. La SUVA devait prendre en charge cet accident ainsi que celui d'octobre 2016. Il se disait prêt à rencontrer le médecin d'arrondissement de la SUVA et désignait deux témoins de son accident ainsi que son chef d'équipe au moment du sinistre.

À l'appui de son opposition, l'assuré a notamment joint un certificat du 13 mai 2017, par lequel la doctoresse F_____ (anciennement G_____), médecin généraliste, attestait l'avoir examiné le 16 février 2015 dans son ancien cabinet en France. Son patient présentait alors une douleur du pouce droit de type tendinite et une gêne fonctionnelle, ayant nécessité un arrêt de travail de quatorze jours.
 12. En mai 2017, l'assureur-maladie de l'assuré a transmis à la SUVA son dossier, dont une déclaration de maladie transmise par l'ex-employeur le 18 février 2015 pour une tendinite du pouce droit.
 13. Le 8 juin 2017, l'assuré a été entendu par la SUVA. Il a exposé qu'en décembre 2014, alors qu'il travaillait comme déménageur sur un chantier, il avait dû porter un lit avec un collègue. Une lourde charge qu'il soulevait avait basculé et son pouce droit s'était retourné sous l'effet du poids, en présence de son chef d'équipe. Souffrant de fortes douleurs à la base du pouce droit, qui était enflé, ainsi qu'au niveau du poignet droit, il avait dû immédiatement cesser de travailler. Il avait consulté en France la Dresse F_____ et avait subi une incapacité de travail d'environ quinze jours. Par la suite et pour des raisons financières, il avait repris son travail malgré des douleurs persistantes de la main droite. Comme la situation n'évoluait pas, il était retourné chez la Dresse F_____ en février 2015, laquelle lui avait prescrit des médicaments et une attelle. Malgré cela, il avait gardé d'importantes séquelles au niveau de la main, du pouce droit, et la situation avait perduré jusqu'à son deuxième accident, le 17 octobre 2016.
 14. Invité à se déterminer sur l'accident de décembre 2014 et l'arrêt de travail évoqués dans l'opposition, le Dr E_____ a indiqué le 9 juin 2017 que la documentation médicale était insuffisante. A priori, la rhizarthrose pour laquelle l'assuré avait été opéré n'était pas en lien de causalité avec l'accident de 2014, à la suite duquel une tendinite avait été diagnostiquée.

-
15. À la demande de la SUVA, la Dresse F_____ a rempli, le 27 juin 2017, un rapport concernant l'événement de décembre 2014. Elle y a retenu le diagnostic de « tendinite / contusion du pouce droit avec contusion du carpe » et précisé que des douleurs persistaient.
 16. Par décision du 19 juin 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. Son médecin d'arrondissement avait considéré qu'il n'y avait pas de lien de causalité probable entre l'événement d'octobre 2016 et l'opération d'avril 2017 ; l'évolution habituelle d'une rhizarthrose était de longue durée et ne pouvait donc pas être consécutive à un traumatisme survenu six mois auparavant. Dans son opposition puis lors de son audition par la SUVA, l'assuré avait indiqué qu'en décembre 2014, son pouce droit s'était retourné suite au basculement d'une charge sur un chantier. Il avait consulté la Dresse F_____ et interrompu le travail pendant environ quinze jours. En février 2015, il avait reconsulté et conservé depuis d'importantes séquelles, toujours présentes au moment de son deuxième accident en 2016. La SUVA avait récemment invité la Dresse F_____, respectivement l'assuré, à lui transmettre des documents complémentaires ; à réception de ces documents, elle réexaminerait sa responsabilité s'agissant de l'accident de décembre 2014.
 17. Par acte du 23 août 2017, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un premier recours (enregistré sous le n° de cause A/3463/2017), concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 19 juin 2017, à la prise en charge intégrale de ses frais de traitement dès le 17 octobre 2016 – dont les frais liés à l'intervention chirurgicale du 6 avril 2017 – et au versement par la SUVA d'indemnités journalières durant ses périodes d'incapacité de travail, avec intérêts à 5 % dès le 17 octobre 2017. À titre préalable, il a requis son audition ainsi que celle de divers témoins.

L'appréciation du médecin d'arrondissement sur laquelle reposait la décision attaquée entrainait en contradiction avec les rapports rendus par les Drs F_____ et D_____, dont il ressortait que ses lésions étaient en relation causale avec l'accident qu'il avait subi en décembre 2014, et « dans lequel l'accident du 17 octobre 2016 [trouvait] sa source ». En outre, le médecin d'arrondissement n'avait pas suffisamment motivé sa conclusion selon laquelle la rhizarthrose ne pouvait résulter d'un traumatisme survenu six mois auparavant. Enfin, il se prévalait des règles relatives aux lésions assimilées à un accident. À l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport de la Dresse F_____ :

« [...] cette rhizarthrose est à imputer à des microtraumatismes répétitifs qui sont venus aggraver des accidents plus importants (ce qui semble [avoir été] le cas à deux reprises pendant le travail [...]). En effet, la rhizarthrose du pouce est rare chez l'homme et encore plus rare à moins de 50 ans ».

18. Le 15 septembre 2017, la SUVA a obtenu les rapports d'imagerie suivants :

-
- un bilan radiographique du pouce droit, daté du 28 octobre 2016 et signé par la doctoresse H_____, relatant une absence d'altération manifeste de la structure osseuse et de lésion osseuse traumatique objectivable ;
 - un bilan radiographique du premier rayon de la main droite, établi le 17 novembre 2016 par le docteur I_____, faisant état d'une rhizarthrose d'intensité modérée, sans signe d'arthrose significative au niveau scapho-trapézo-trapézoïdien, ni de trouble dégénératif significatif aux niveaux métacarpo-phalangien et inter-phalangien ;
 - le bilan d'une IRM du pouce et du poignet droit effectuée le 21 novembre 2016 par le docteur J_____ : « rhizarthrose évoluée avec une ostéophytose marginale et une subluxation latérale du premier métacarpe. À noter une petite ossification (mesurée à 5 mm) adjacente à la face palmaire de la base de M1 [...] pouvant par conséquent correspondre à un ostéochrome dans le cadre d'une ostéochondromatose secondaire [...] ».
19. Le 5 octobre 2017, les HUG ont transmis à la SUVA le compte-rendu de l'opération effectuée le 6 avril 2017, dont il ressortait le diagnostic d'« arthrose post-traumatique trapézo-métacarpienne avec instabilité et subluxation postérieure droite ».
20. La SUVA a soumis le dossier à la doctoresse K_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement, laquelle a rendu un rapport le 13 octobre 2017 :
- « [...] Nous savons que le développement d'une arthrose ne s'effectue pas en l'espace de quelques mois, mais que c'est un processus qui évolue sur bien des années. La rhizarthrose ne fait pas exception. De plus, l'IRM de la main droite effectuée le 21 novembre 2016, à un petit mois de l'accident du 17 octobre 2016, révèle déjà des ostéophytes, signe d'une arthrose avancée évoluant de longue date. Par conséquent, l'accident du 17 octobre 2016, qui n'a pas entraîné d'atteinte structurelle, a tout au plus décompensé de manière transitoire une pathologie préexistante.
- Lors de l'entretien avec le service extérieur de la SUVA le 8 juin 2017, [l'assuré] fait état d'un événement en décembre 2014, ayant motivé un arrêt de travail de quinze jours et une consultation médicale en février 2015. Des différents rapports médicaux établis par la Dre F_____, nous apprenons qu'en effet une première consultation a lieu le 16 février 2015 pour des douleurs perdurant depuis décembre 2014, qu'il n'y a pas eu d'icongraphie pratiquée, mais que le diagnostic retenu a été celui de tendinite du pouce droit et qu'un arrêt de travail a été attesté pour une durée de quinze jours. Cet arrêt de travail a donc eu lieu plus de deux mois après l'évènement ayant eu lieu en décembre 2014, relaté par [l'assuré].
- Comme nous l'avons déjà dit, l'accident du 17 octobre 2016 [...] n'a pas entraîné d'atteinte structurelle, mais une décompensation passagère d'une pathologie préexistante. En présence d'un status dégénératif préexistant, la pratique médicale

et assécurologique nous enseigne qu'un traumatisme n'ayant entraîné aucune lésion structurelle a des conséquences symptomatiques plus importantes que si ce traumatisme survenait sur une articulation indemne de toute lésion. Les symptômes en relation avec ce traumatisme [...] persistent jusqu'à trois voire maximum six mois [après] l'accident. Un statu quo sine chez [l'assuré] peut être retenu à trois mois, étant donné que le premier bilan radiologique n'a eu lieu que onze jours plus tard, ce qui signe le fait que le traumatisme n'a pas été suffisamment important pour entraîner de symptomatologie aigüe telle qu'elle puisse décompenser une pathologie préexistante sur une très longue durée. Toute causalité entre les troubles de [l'assuré] présentés postérieurement au 5 avril 2017 et l'accident du 17 octobre 2016 est exclue au degré de la vraisemblance prépondérante. L'intervention chirurgicale subie par [l'assuré] le 6 avril 2017 n'est pas à la charge de la SUVA [...] ».

21. Dans sa réponse du 16 octobre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle avait refusé de couvrir l'opération du 6 avril 2017, au motif que les troubles dont l'intéressé avait souffert au-delà du 5 avril 2017 n'étaient plus en relation causale avec l'accident de 2016. Postérieurement au dépôt du recours, elle avait soumis le dossier à la Dresse K_____, laquelle avait conclu que le traumatisme avait décompensé une atteinte préexistante pendant trois mois au maximum. Les rapports des Drs D_____ et F_____ ne permettaient pas de s'écarter de cette appréciation, car ils ne se prononçaient pas précisément sur le lien de causalité litigieux. Pour le reste, la rhizarthrose ne pouvait être qualifiée de lésion corporelle assimilée à un accident. C'était donc à juste titre qu'elle avait nié tout lien de causalité entre l'accident de 2016 et les troubles postérieurs au 5 avril 2017.
22. Le recourant a répliqué le 14 décembre 2017. Le rapport de la Dresse K_____ ne se prononçait que sur la relation de causalité entre ses troubles et l'accident d'octobre 2016, sans examiner la question de savoir s'ils étaient imputables à l'accident de décembre 2014. Or, ses troubles résultaient bien de l'accident de décembre 2014 et celui d'octobre 2016 n'en était que le « succédané ». C'était en raison de cet accident et des douleurs en résultant qu'il avait consulté la Dresse F_____ en février 2015. Il ressortait d'un certificat établi par la Dresse F_____ que sa rhizarthrose avait été déclenchée par l'accident de 2014 puis aggravée par celui de 2016. Dans le certificat précité, la Dresse F_____ écrivait :

« [l'assuré] présente une rhizarthrose sévère du pouce droit ayant nécessité une intervention chirurgicale en avril 2017. Je certifie que cette rhizarthrose a été provoquée par des traumatismes relatifs au travail, puis été déclenchée par l'accident de décembre 2014, puis aggravé par celui d'octobre 2016, depuis lequel [l'assuré] a dû être en arrêt de travail. Il existe donc une causalité présentant un degré de vraisemblance prépondérante entre les troubles présentés postérieurement au 5 avril 2017 et l'accident de décembre 2014. Certificat établi à la demande de l'intéressé, remis en mains propres ».

-
23. L'intimée a dupliqué le 19 janvier 2018. Sa décision portait uniquement sur la prise en charge de l'événement d'octobre 2016 et elle entendait rendre une décision distincte sur la question du lien de causalité avec l'accident de 2014. Pour le reste, le rapport de la Dresse K_____ était probant.
 24. Par décision du 28 février 2018, la SUVA a accepté d'engager sa responsabilité pour l'accident de décembre 2014, mais seulement jusqu'au 31 janvier 2015, au motif que cet accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard après deux mois.
 25. L'assuré s'y est opposé le 16 avril 2018, arguant qu'à teneur des rapports établis par la Dresse F_____, sa rhizarthrose avait été déclenchée par l'accident de 2014 puis aggravée par celui de 2016, de sorte que les troubles dont il avait souffert au-delà du 5 avril 2017 étaient toujours en relation causale avec son accident de 2014.
 26. Invité à se déterminer sur la causalité éventuelle entre l'opération réalisée en 2017 et le traumatisme survenu en décembre 2014, le Dr L_____ a relevé, le 26 février 2018, que les imageries d'octobre-novembre 2016 avaient montré une subluxation dégénérative du pouce et une usure importante de l'articulation trapézo-métacarpienne. En revanche, il ne disposait d'aucune imagerie antérieure au 28 octobre 2016. La rhizarthrose dont souffrait l'assuré correspondait à une pathologie dégénérative, qui n'avait été « déstabilisée » que de manière temporaire par l'événement de décembre 2014, d'après le certificat initial. On pouvait considérer que l'événement de décembre 2014 avait cessé ses effets délétères après deux mois et donc fixer le *statu quo sine* au 1^{er} février 2015, ce d'autant que l'assuré avait pu reprendre le travail après deux semaines.
 27. Par décision du 23 avril 2018, la SUVA a rejeté l'opposition : selon le Dr L_____, la rhizarthrose n'avait été décompensée que pendant deux mois au plus par l'événement de décembre 2014. La Dresse K_____ avait également souligné qu'une arthrose se développait sur plusieurs années et que l'assuré avait consulté la Dresse F_____ plus de deux mois après l'événement de décembre 2014, ensuite de quoi il s'était fait diagnostiquer une tendinite du pouce et prescrire un arrêt de travail. Les avis exprimés par les médecins de l'assuré ne permettaient pas de remettre en cause l'appréciation du Dr L_____ : la Dresse F_____ n'expliquait pas en quoi les accidents de 2014 et 2016 auraient définitivement aggravé l'état antérieur et elle reconnaissait que la rhizarthrose était imputable à des microtraumatismes répétés. De son côté, le Dr D_____ avait certes qualifié l'arthrose de « post-traumatique », mais selon la jurisprudence, cela ne suffisait pas à démontrer qu'elle était en lien de causalité naturelle avec les accidents de 2014 et 2016.
 28. Par acte du 22 mai 2018, l'assuré a saisi la CJCAS d'un nouveau recours (enregistré sous le n° de cause A/1734/2018), concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 23 avril 2018, à la prise en

charge par la SUVA des suites de son intervention du 5 avril 2017 et au versement par celle-ci d'indemnités journalières du 5 avril 2017 au 14 janvier 2018, avec intérêts à 5 %. À titre préalable, il a requis que soient jointes les causes ouvertes par la CJCAS sous les numéros A/3463/2017 et A/1734/2018.

Comme en témoignaient les rapports de la Dresse F_____, ses lésions – et notamment sa rhizarthrose – étaient en relation causale avec l'accident qu'il avait subi en décembre 2014. Le nouvel accident dont il avait été victime en octobre 2016 les avait aggravées. En effet, comme il l'avait expliqué lors de son entretien avec la SUVA, c'était en raison de cet accident et des douleurs en résultant qu'il avait consulté la Dresse F_____ en février 2015. Auparavant, il n'avait jamais eu de problème au niveau de son pouce, lequel n'avait depuis lors pas recouvré son *statu quo ante*. Certes, son employeur avait annoncé l'accident de 2014 à son assureur-maladie, mais cela tenait vraisemblablement au diagnostic de tendinite posé superficiellement à l'époque, en l'absence d'imagerie. Il incombait à l'intimée de lui verser des prestations en relation avec son accident de 2014.

29. Dans sa réponse du 21 juin 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Ce n'était qu'après le prononcé de la décision refusant la prise en charge de l'opération de 2017 que l'assuré avait annoncé avoir subi un accident en décembre 2014, ayant entraîné un arrêt de travail. Cette allégation n'avait pas été corroborée par son médecin traitant, lequel ne lui avait prescrit un arrêt de travail qu'en février 2015, soit deux mois plus tard. En tout état de cause, les appréciations probantes des médecins de la SUVA permettaient d'exclure toute relation de causalité entre la rhizarthrose et l'événement de décembre 2014. C'était donc à bon droit qu'elle avait refusé de prester au-delà du 31 janvier 2015 pour l'événement de décembre 2014.
30. Le recourant a présenté des observations le 20 juillet 2018 : il avait toujours indiqué qu'à la suite de son accident, il avait continué de travailler malgré ses douleurs jusqu'en février 2015, lorsqu'elles étaient devenues insupportables. Par ailleurs, l'accident de décembre 2014 était la cause de ses lésions, comme en témoignait le rapport du Dr D_____ du 31 mars 2017, lequel évoquait « deux traumatismes successifs » au niveau du pouce.
31. Cette écriture a été transmise à l'intimée, pour information, le 23 juillet 2018.

EN DROIT

1. a. 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.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

c. Aux termes de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En l'occurrence, les deux recours ont été interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, et le recourant dispose de la qualité pour recourir. Partant, les deux recours sont recevables (art. 59 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B LPA).

2. Est litigieuse la prise en charge par l'intimée, au-delà du 5 avril 2017, des troubles dont souffre l'assuré au niveau du pouce droit. Il se pose plus particulièrement la question de savoir si ces troubles – et l'intervention chirurgicale à laquelle ils ont donné lieu le 6 avril 2017 – sont en lien de causalité avec les accidents qu'a subis l'intéressé en 2014 et 2016.
3. Le recourant requiert une jonction des causes LAA ouvertes par la chambre de céans sous les numéros A/3463/2017 et A/1734/2018.

Selon l'art. 70 LPA l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2). Selon la doctrine et la jurisprudence, l'art. 70 LPA est une norme potestative. La décision de joindre ou non des causes en droit administratif procède ainsi avant tout de l'exercice du pouvoir d'appréciation du juge, qui est large en la matière. Elle peut également reposer sur des considérations d'économie de procédure, ce que l'art. 70 al. 2 LPA rappelle du reste expressément. Une jonction des causes ne présente d'utilité que si elle permet de simplifier la procédure ; elle se justifie en présence de situations identiques (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, p. 237 et références jurisprudentielles citées).

En l'occurrence, le recourant fonde ses prétentions sur les séquelles consécutives à deux accidents – intervenus respectivement en décembre 2014 et octobre 2016 –, pour lesquels l'intimée a rendu deux décisions distinctes. Les complexes de faits concernant ces deux sinistres étant largement imbriqués, une jonction de causes serait envisageable. En vertu de son large pouvoir d'appréciation, la chambre de céans ne le fera formellement pas, mais statuera en revanche sur les deux recours par le biais d'un seul arrêt, portant les deux numéros de causes.

4. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Les accidents étant survenus avant cette date, le droit du

recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
6. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).
b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.
Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).
c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
d. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le

cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

7. Conformément à 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 cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1) et adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d ; 139 consid. 3c ; 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état

maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, il convient préalablement de rappeler ce qui suit.

L'ex-employeur de l'assuré a transmis à l'intimée une déclaration d'accident, dans laquelle il a indiqué que, le 17 octobre 2016, l'intéressé était tombé sur la main droite et s'était blessé au poignet en chutant dans les escaliers.

Le 21 novembre 2016, une IRM a mis en évidence chez l'assuré une rhizarthrose évoluée et une subluxation latérale du premier métacarpe du pouce droit. Le 6 avril 2017, l'assuré a été opéré aux HUG du pouce droit (arthroplastie prothétique trapézo-métacarpienne). Son chirurgien, le Dr D_____, a rédigé un rapport le 31 mars 2017, dans lequel il a fait état de « deux traumatismes successifs [du] pouce droit, ayant entraîné une subluxation postérieure du premier métacarpien et une arthrose consécutive, empêchant le patient de poursuivre son travail de déménageur ».

Par décision du 11 mai 2017, confirmée sur opposition le 19 juin 2017, l'intimée a mis fin à ses prestations le 5 avril 2017 et refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale précitée, au motif qu'elle n'était pas en lien de causalité avec l'événement d'octobre 2016. Elle a fondé sa décision sur un rapport du Dr E_____ (daté du 8 mai 2017), au terme duquel ce médecin a considéré que la rhizarthrose

pour laquelle l'assuré avait été opéré ne pouvait résulter d'un traumatisme survenu seulement six mois auparavant. Le Dr E_____ a précisé qu'il n'y avait pas d'élément pouvant justifier une déstabilisation définitive de l'état antérieur, tel qu'une fracture ou une luxation.

Dans son opposition puis lors d'une audition devant la SUVA, l'assuré a exposé qu'en décembre 2014, son pouce droit s'était retourné suite au basculement d'une charge sur un chantier, ce dont il subissait toujours les séquelles.

Par décision du 28 février 2018, confirmée sur opposition le 23 avril 2018, l'intimée a accepté d'engager sa responsabilité pour l'accident de décembre 2014, mais seulement jusqu'au 31 janvier 2015, au motif que cet accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard après deux mois. Elle a motivé cette seconde décision en se référant d'une part à un rapport du Dr L_____ (daté du 26 février 2018), à teneur duquel la rhizarthrose – pathologie dégénérative – avait seulement été décompensée pendant deux mois par l'événement de décembre 2014, d'autre part à un rapport de la Dresse K_____ (daté du 13 octobre 2017), selon lequel une rhizarthrose évoluée nécessitait plusieurs années pour se développer.

12. La chambre de céans constate que les médecins d'arrondissement de la SUVA se sont limités à discuter la question de savoir si et pendant combien de temps l'arthrose du pouce droit (rhizarthrose) mentionnée par le chirurgien de l'assuré était en relation causale avec les accidents de 2014 et 2016 : les Drs L_____ et K_____ semblent avoir tiré de la faible durée de l'arrêt de travail prescrit par la Dresse F_____ en février 2015 (deux semaines) et de l'absence d'imagerie réalisée à l'époque la conclusion que l'accident de décembre 2014 aurait seulement décompensé une rhizarthrose préexistante pendant deux mois. De son côté, le Dr E_____ a considéré en substance que la durée (six mois) séparant l'accident d'octobre 2016 de l'opération d'avril 2017 était insuffisante pour permettre le développement d'une rhizarthrose.

Toutefois, dans leurs rapports, les médecins d'arrondissement de la SUVA n'ont en réalité pas tenu compte du fait que ce n'est pas seulement en raison d'une rhizarthrose que l'assuré a été opéré mais aussi d'une subluxation, accompagnée d'une instabilité articulaire. En effet, une subluxation dorsale du premier métacarpe est précisément mentionnée dans le rapport d'IRM du 21 novembre 2016, ainsi que dans le rapport du Dr D_____ du 31 mars 2017 et le rapport opératoire du 26 avril 2017.

Pourtant, aucun médecin ne s'est prononcé de manière circonstanciée sur la question de savoir si la subluxation dorsale du premier métacarpe était en relation de causalité naturelle avec les accidents de 2014 et/ou 2016, question qui paraît néanmoins décisive puisque c'est cette atteinte-là qui semble avoir justifié, à tout le moins partiellement, l'opération dont l'intimée a refusé la prise en charge. Le Dr L_____ a certes indiqué qu'il ressortait d'une imagerie réalisée en octobre 2016 une subluxation « dégénérative » du pouce, mais à défaut de motivation qui

permettrait d'étayer l'origine supposément dégénérative de cette atteinte, son opinion n'a pas de valeur probante. À l'opposé, le Dr D_____ impute la subluxation à « deux traumatismes successifs [du] pouce droit », mais également sans en motiver l'étiologie de manière circonstanciée.

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

En l'occurrence, en l'absence de rapport circonstancié examinant le lien de causalité éventuel entre les accidents de 2014 / 2016 et toutes les atteintes ressortant de l'IRM du 21 novembre 2016, y compris la subluxation du premier métacarpe, l'instruction médicale se révèle insuffisante pour confirmer la fin des prestations LAA au 5 avril 2017 et refuser la prise en charge de l'opération du 6 avril 2017. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, les causes seront renvoyées à l'intimée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA.

Partant, les deux recours sont partiellement admis, les décisions sur opposition des 19 juin 2017 et 23 avril 2018 annulées et les causes renvoyées à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis statue à nouveau sur le droit éventuel aux prestations LAA au-delà du 5 avril 2017.

13. Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle incomplète, ce qui justifie que les causes lui soient renvoyées, il est inutile d'auditionner le recourant et les témoins proposés, par appréciation anticipée des preuves.
14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
15. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare les recours A/3463/2017 et A/1734/2018 recevables.

Au fond :

2. Les admet partiellement et annule les décisions sur opposition des 19 juin 2017 et 23 avril 2018.
3. Renvoie les causes à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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