

EN FAIT

1. Depuis 1989, H_____ a travaillé auprès de X_____ en qualité de leueur de boîtes aux lettres, à plein temps. A ce titre, il est assuré contre les accidents auprès de la SUVA.
2. Le 20 avril 2002, en parquant son scooter devant son domicile, l'assuré (droitier) a perdu l'équilibre et est tombé, se fracturant le poignet droit.
3. Consultée le lendemain, la Dresse L_____, du département de chirurgie des H.U.G., a diagnostiqué une fracture à l'extrémité distale du radius droit. Elle a prescrit un arrêt de travail complet dès le 21 avril 2002 (certificat du 19 mai 2002).
4. Selon un rapport du 11 juillet 2002, le Dr M_____, rhumatologue traitant, a attesté une évolution défavorable dès le 25 juin 2002 et recommandé la poursuite de physiothérapie. En outre, l'arrêt de travail de son patient devait être poursuivi jusqu'à « mi-août au moins ».
5. Dans un rapport de scintigraphie osseuse du 7 août 2002, le Dr N_____ a attesté une hyperperfusion et hypercaptation au niveau du radius droit secondaire à la fracture, ainsi qu'une hyperperfusion et hypercaptation des os du carpes, des métacarpes et des phalanges de la main droite, traduisant une algoneurodystrophie.
6. Dans un nouveau rapport de scintigraphie osseuse du 3 octobre 2002, le Dr N_____ a constaté une nette diminution de l'hyperfusion et de l'hypercaptation au niveau de l'extrémité distale du radius droit, « témoignant d'une évolution radiologique favorable ».
7. Le 30 octobre 2002, le Dr O_____, chirurgien orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 30 octobre 2002, celui-ci a indiqué que, dans l'ensemble, la collaboration était correcte, malgré un ou deux moments d'hyperréactions (notamment lors du testing de la mobilité du poignet et au Phalen) et que, malgré une certaine disproportion entre ses constatations et les plaintes de l'assuré, il ne disposait pas d'argument permettant de revenir sur le taux d'incapacité de travail prescrit par le Dr M_____. Le status local ne permettait pas d'exclure avec certitude une légère laxité radio-cubitale distale, ainsi qu'une composante de neuropathie du nerf médian au canal carpien. Afin d'approfondir le bilan lésionnel et de procéder à une observation fonctionnelle du poignet, il a préconisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), ainsi que des examens par EMG à la recherche d'un syndrome du canal carpien et par une IRM à la recherche de lésions du complexe ligamentaire radio-ulnaire distal. Ces investigations devaient être complétées par une observation stationnaire avec une appréciation psychosomatique.

-
8. Du 13 novembre au 4 décembre 2002, l'assuré a séjourné à la CRR. Dans leur rapport du 2 janvier 2003, les docteurs P_____ et Q_____ ont diagnostiqué un status post fracture extrémité distale radius droit traitée conservativement (S 52.20), une algodystrophie du poignet droit et des douleurs au poignet droit (M 79.6). Ils ont conclu à la reprise d'un travail à 50%, dès le 9 décembre 2002, puis à temps complet, dès le 23 décembre 2002, dans la mesure où l'activité de l'assuré à la Poste était légère (manutention de courrier), hormis pendant de courtes périodes où celui-ci devait porter des sacs de 25-30 kg (soit 4-5 fois par jour pendant 1- 2 minutes). Dans leur appréciation du cas, ces médecins ont en particulier relevé qu'un ENMG pratiqué le 14 novembre 2002 n'avait pas permis d'imputer une participation neurogène significative de la symptomatologie douloureuse résiduelle du poignet droit. Une IRM du poignet droit effectuée le 20 novembre 2002 avait retrouvé un status post fracture de l'extrémité distale du radius légèrement engrainée, consolidée avec un minime bascule postérieure. Le consilium de chirurgie de la main était en faveur de la poursuite du traitement conservateur. Sur le plan des douleurs, l'évolution subjective ne relevait pas d'amélioration. Objectivement, une mobilité active complète du poignet et des doigts avait été obtenue. La motivation avait été faible. Durant les ateliers professionnels, le patient n'avait émis aucune plainte, même en portant des charges d'une quinzaine de kg.

Dans le rapport d'IRM précité du poignet droit du 20 novembre 2002, le Dr R_____ indiquait également la présence de petites expansions synoviales palmaires au niveau de l'articulation radio-cubitale distale radio-carpienne, ainsi qu'à la face palmaire entre le grand os, l'os crochu et les bases des 3^{ème} et 4^{ème} métacarpiens.

9. Le 17 décembre 2002, le Dr M_____ a attesté que son patient disposait d'une capacité de travail de 50% dès le 23 décembre suivant.
10. A la demande du Dr O_____, le Dr S_____, spécialiste en radiologie médicale, a examiné l'assuré. Dans un courrier du 10 février 2003, ce médecin a indiqué qu'il n'y avait pas de Sük_____ manifeste au niveau du poignet droit. La fracture semblait avoir été bien consolidée. Il n'y avait pas de fracture résiduelle sur les os du carpe, ni de chondrocalcinose ou de nécrose aseptique. Seule la face palmaire du poignet droit, au niveau des tendons fléchisseurs, présentait une zone douloureuse et fluctuante évoquant une ténosynovite au niveau des gaines des fléchisseurs plutôt qu'un kyste arthrosynovial à cause de la localisation relativement proximale.
11. Dans un nouveau rapport d'examen du 10 février 2003, le Dr O_____ a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 75% à plein temps (ie : diminution de rendement de 25%), dès le 17 février 2003 et une capacité à 100% dès le 1^{er} mars 2003. Ce médecin a en particulier retenu que, malgré la

disproportion entre les constatations objectives et l'intensité des plaintes subjectives (absence de signes d'épargne ou de limitation fonctionnelle significative), ces dernières pourraient très partiellement s'expliquer par le léger raccourcissement post-fracturaire radial observé, sans toutefois que des mesures chirurgicales soient par ailleurs nécessaires à ce stade.

12. Par courrier du 12 février 2003, la SUVA a informé l'assuré qu'au vu des résultats dudit examen, l'indemnité journalière serait adaptée, « en conséquence », dès le 17 février 2003, respectivement supprimée dès le 1^{er} mars suivant. Elle a également confirmé la poursuite de la prise en charge du traitement médical encore nécessaire.
13. Dès le 1^{er} mars 2003, l'assuré a repris son travail à 100%.
14. Dans un courrier à l'employeur du 24 mars 2003, le Dr M_____ a indiqué que le patient a suivi une ergothérapie afin d'améliorer sa réinsertion au travail. En raison d'une certaine limitation fonctionnelle du poignet, liée à un léger raccourcissement radial post-fracturaire, le port de charge devait être limité à 10 kg au maximum. Le médecin encourageait par ailleurs le patient à garder son activité.
15. Dans un courrier du 12 mai 2003, adressé au Dr M_____, le Dr T_____, chirurgien de la main, a attesté la présence d'une déformation secondaire avec un tassement relatif du radius. Le cubitus était ainsi trop long et venait buter contre les os du carpe, ce qui provoquait les douleurs dont le patient se plaignait. Une ostéotomie de raccourcissement du cubitus était donc souhaitable.
16. Le 22 mai suivant, la SUVA a accepté de prendre en charge cette intervention, qui a eu lieu le 23 juillet 2003.
17. Dès le 29 septembre 2003, l'assuré a récupéré une capacité de travail de 100%, moyennant une limitation du port de charges à 5-10 kg au maximum (attestation du Dr M_____ du 5 septembre 2003).
18. Vu la persistance de faibles douleurs, le Dr T_____ a effectué une infiltration corticoïde le 2 mars 2004, tout en confirmant que son patient disposait d'une pleine capacité de travail.
19. Dans un courrier au Dr T_____ du 18 mai 2004, le Dr U_____, neurologue, a attesté que l'ENMG, réalisé le même jour, montrait uniquement la présence de signes électrophysiologiques d'un ancien syndrome du tunnel carpien caractérisé par un ralentissement de la vitesse de conduction sensitive du nerf médian au carpe et un allongement de la latence motrice distale de ce même nerf. La symptomatologie présentée par le patient ne semblait ainsi pas être en rapport avec une neuropathie du médian ou de l'ulnaire.

20. Dans un rapport destiné à la SUVA du 30 juillet 2004, le Dr T_____ a signalé que son patient présentait toujours des douleurs au poignet droit, ainsi que des paresthésies.
21. Dans un courrier du 2 décembre 2004, le Dr T_____ a indiqué que le patient se plaignait de douleurs à l'effort dans le poignet droit. Ces douleurs étaient des séquelles de sa fracture du radius distal ayant entraîné une lésion (partielle) du ligament triangulaire sur une inégalité de longueur des deux os. Elles étaient très certainement liées à cette lésion. A ce niveau, aucun geste chirurgical ne serait approprié. Le patient devait donc s'accommoder de son état ou changer de travail.
22. Selon un courrier à la SUVA du Dr M_____ du 25 avril 2005, le patient nécessitait de manière régulière la prise de médicaments anti-douleurs et anti-inflammatoire. Il ressentait en outre toujours des douleurs lors du port de charges dépassant 25 kg.
23. Selon une notice d'entretien téléphonique du gestionnaire du dossier du 4 janvier 2005, l'employeur a confirmé que l'assuré exerçait toujours la même activité (relever les boîtes aux lettres et trier le courrier).
24. Dans un courrier à la SUVA du 25 avril 2005, le Dr M_____ a indiqué que le patient nécessitait un nouveau bandage de soutien du poignet, « car il n'arrivait pas à travailler sans, ressentant toujours des douleurs lors du port de charge dépassant 25 kg ». En raison de ses douleurs, il nécessitait de manière régulière la prise de médicaments anti-douleurs et anti-inflammatoires.
25. Le 11 août 2005, en essayant de retenir des sacs déséquilibrés sur un chariot lors d'un levé de boîte aux lettres, l'assuré a ressenti une douleur au poignet droit. A ce titre, il a été mis un arrêt de travail à 100%.
26. Selon un courrier du Dr T_____ du 25 août 2005, le patient présentait des douleurs à l'extrémité distale du cubitus avec une tuméfaction antérieure, qui était probablement d'origine kystique et méritait d'être explorée chirurgicalement. D'autre part, la plaque du cubitus pourrait alors être extraite, car elle était douloureuse dans sa partie proximale.
27. L'intervention eu lieu le 22 septembre 2005. L'assuré a été mis en arrêt de travail complet jusqu'au 24 octobre 2005, et à 50% du 24 octobre au 7 novembre 2005. Dès le 7 novembre suivant, il a récupéré une capacité de travail entière.
28. Auparavant, dans un rapport médical intermédiaire du 3 septembre 2005, le Dr M_____ a indiqué que, le 28 juillet précédent, l'assuré avait fait une chute avec entorse du poignet droit en supination.

29. La SUVA a pris en charge le cas, au titre des suites de l'accident du 20 avril 2002, retenant que la nouvelle interruption de travail était intervenue alors que le traitement initial n'était pas encore terminé.
30. Dans son rapport opératoire du 7 octobre 2005, le Dr T_____ a relevé qu'un volumineux corps musculaire s'était développé sur le fléchisseur superficiel de l'annuaire s'engageait dans le canal carpien et semblait être la cause des douleurs. Il existait une synovite réactionnelle. D'autre part, le nerf médian était cravaté par le tendon du petit palmaire, si bien qu'il avait fallu exciser ledit tendon. A cette occasion, un petit rameau nerveux sous-cutané avait été lésé.
31. Dans un courrier à la SUVA du 19 décembre 2005, le Dr M_____ a indiqué que son patient présentait un handicap fonctionnel qui l'empêchait de faire son travail à 100%. Malgré une reprise totale depuis le 7 novembre 2005, le patient gardait un problème douloureux chronique du poignet, avec une faiblesse et des difficultés à effectuer son travail de manière complète. A son avis, cet handicap était définitif, si bien qu'il convenait de « statuer sur une invalidité ». Par ailleurs, son emploi à la Poste ne semblait pas tout à fait adapté, puisqu'il était encore obligé de porter des charges de 25 kg et plus.
32. Une IRM pratiquée le 4 août 2006 a mis en évidence une neuropathie d'enclavement du nerf médian au carpe relativement marquée, caractérisée par une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices, aggravée par rapport au dernier contrôle du 18 mai 2004 (cf. supra, § 19). Dans un courrier au Dr T_____ du même jour, le Dr U_____ a estimé que la symptomatologie associant douleurs au carpe, hypoesthésie et paresthésies des trois premiers doigts ainsi que des symptômes nocturnes était vraisemblablement à mettre sur le compte de ladite neuropathie. Il préconisait en outre une infiltration loco-régionale de stéroïdes, voire une nouvelle intervention.
33. Dans un courrier du 24 août 2006, le Dr T_____ a attesté la présence de douleurs dans la main droite, d'un manque de force (14 kg à droite pour 38 kg à gauche) et d'une récurrence du syndrome du tunnel carpien.
34. Depuis le 11 septembre 2006, l'assuré a présenté une nouvelle incapacité complète de travail (cf. certificat du 10 janvier 2008 du Dr V_____, généraliste traitant depuis l'été 2006).
35. Selon un procès-verbal d'entretien du 28 septembre 2006, l'employeur a confirmé au représentant de la SUVA que l'assuré était amené à porter des charges allant jusqu'à 25 kg (poids maximal des sacs contenus dans les boîtes aux lettres) et rarement des charges de plus de 25 kg. La levée des boîtes aux lettres prenait 6 heures environ. Les deux heures restantes étaient destinées à la manutention de courrier gros format (poids maximal 25 kg).

36. Le 26 octobre 2006, l'assuré a subi une nouvelle intervention, afin de procéder à une cure du canal carpien. A cette occasion, le Dr T_____ a constaté que le nerf médian était comprimé avec un épinièvre épaissi sur une longueur de 3 cm et que les tendons fléchisseurs étaient enrobés dans une synovite avec production de liquide. La synovite a été excisée et le canal carpien a été laissé ouvert.
37. Selon un certificat du Dr T_____ du 7 février 2007, le patient se plaignait d'une douleur dans l'épaule et dans la colonne cervicale, avec irradiation dans la main droite. Ces douleurs semblaient exacerbées par son problème social et familial. Un nouveau traitement chirurgical était exclu. Les radiographies pratiquées ce jour-là ne montraient aucune lésion ostéo-articulaire évidente, ni de calcification pathologique, ni de pincement articulaire.
38. Par courrier du 22 février 2007, le Dr T_____, suspectant une évolution vers un syndrome épaule-main algodystrophique et craignant un dommage permanent, a proposé un examen du patient par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Il a également invité l'assurance à s'adresser à l'employeur afin que celui-ci procure un travail approprié à l'assuré.
39. Dans un rapport d'examen du 15 mars 2007, le Dr W_____, chirurgien, médecin d'arrondissement, a relevé que les radiographies ne montraient pas de lésion dégénérative, ni d'élément en faveur d'une algodystrophie. Il existait une importante divergence entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques. On ne relevait pas de signe en faveur d'une algodystrophie. Il n'y avait pas d'asymétrie musculaire évidente au niveau du MSD. Les signes de Tinel et Fallen semblaient positifs. L'examen du rachis, de l'épaule et globalement de tout le MSD déclenchait des douleurs aussi bien à la palpation qu'à la mobilisation. Il n'y avait pas de véritable contracture musculaire, mais plutôt une attitude de défense généralisée. La douleur limitait immédiatement l'examen. On n'observait pas non plus d'ankylose au niveau du poignet ni des doigts, la limitation fonctionnelle étant essentiellement liée au phénomène algique. Depuis l'intervention de fin octobre 2006, la situation s'était ainsi péjorée et justifiait à nouveau un séjour à la CRR. Toutefois, en raison de sa fille de 10 ans handicapée mentale, l'assuré s'y était refusé. Il était néanmoins disposé à suivre un traitement intensif quotidien à Genève. Même si le syndrome épaule-main qui s'était installé depuis la dernière intervention était en rapport avec le traumatisme initial, des éléments sans rapports avec celui-ci avaient compliqué la situation. Celle-ci était toutefois susceptible d'amélioration. Dans ce but, une prise en charge intensive par physio – et ergothérapie était souhaitable. Il n'y avait « bien sûr » pas lieu d'envisager de nouvelle intervention chirurgicale en l'état. Par ailleurs, il semblait opportun d'annoncer d'ores et déjà le cas à l'assurance invalidité.
40. Par courrier du 16 mars 2007, la SUVA a invité le Dr T_____ à organiser une telle prise en charge.

-
41. A cet effet, le 8 mai 2007, le Dr T_____ s'est adressé au Dr A_____ (orthopédiste spécialisé en médecine physique et réadaptation) de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, préconisant un traitement aux corticoïdes à haute dose afin d'enrayer le syndrome douloureux algodystrophique et indiquant par ailleurs que le patient était suivi, désormais, également en raison d'une dépression par la Dresse B_____, psychiatre.
 42. Entre-temps, le 26 mars 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OAI).
 43. Dans un courrier du 8 mai 2007 à la Dresse B_____, le Dr T_____ s'est inquiété de l'évolution défavorable du patient, en raison de l'enraidissement progressif de son membre supérieur droit, en particulier au niveau de l'épaule et du coude. L'état dépressif que celui-ci présentait depuis plusieurs mois, état lié à ses problèmes familiaux et professionnels, était un facteur aggravant.
 44. Dans un courrier du 24 septembre 2007, le Dr A_____ a indiqué au médecin-conseil de la SUVA que le patient était suivi en ergothérapie (Madame I_____) et physiothérapie (Monsieur J_____) et psychiatrie (Dr B_____).
 45. Dans un rapport médical du 14 décembre 2007, les Dr A_____ et C_____ ont attesté que le patient présentait des douleurs chroniques exclusivement consécutives à son accident du 20 avril 2002, aucune autre circonstance ne jouant un rôle dans l'évolution du cas. Selon ces praticiens, le cas était médicalement stabilisé et un dommage permanent, sous la forme d'une chronicisation de la douleur, était à craindre.
 46. Selon un rapport radiologique du 24 janvier 2008, établi à la demande du Dr O_____, le Dr S_____ a constaté que les fractures étaient consolidées et qu'il persistait une angulation dorsale de l'épiphyse distale du radius de profil au lieu de l'inclinaison palmaire habituelle de 8°. Par ailleurs, la colonne cervicale présentait des discarthroses étagées de C4 à C7, avec pincement des disques et une uncarthrose dans la région cervicale moyenne qui faisait saillie dans les trous de conjugaison et pouvant expliquer aussi un syndrome cervico-brachial « si il n'y a pas d'autres causes évidentes ». Sur l'humérus droit, il n'y avait pas de kyste intra-osseux, contrairement à ce qu'avaient laissé supposer des clichés précédents.
 47. Dans un rapport d'examen final du 24 janvier 2008, le Dr O_____ a estimé que les fractures post-accidentelles du 20 avril 2002 était guéries, sans séquelles ostéo-articulaires objectives. En revanche, les radiographies cervicales révélaient une cervicarthrose qui pourrait partiellement expliquer les plaintes de l'assuré et justifierait des investigations spécifiques complémentaires (IRM cervicale). Ces investigations relevaient cependant d'une comorbidité vertébrale indépendante de l'accident et devraient être annoncées à l'assurance-maladie. Il n'en restait pas

moins que le tableau clinique était dominé par des facteurs psychosociaux et non-organiques importants chez un assuré particulièrement fixé sur ses troubles dont l'extension et l'impact fonctionnel évoquaient des phénomènes d'amplifications. Selon ce médecin, l'examen clinique avait été marqué par des signes de non-organicité, des hyper-réactions et une collaboration limitée qui ne permettaient pas une évaluation fiable de la fonction réelle du membre supérieur droit. La gestuelle était figée, le bras étant maintenu en flexion coude au corps de façon plus ou moins permanente. Un examen fiable du membre supérieur avait été pratiquement impossible en raison des hyper-réactions et de l'opposition active et de l'absence globale de collaboration à l'examen. En outre, il n'y avait pas d'asymétrie significative du galbe deltoïdien, ni du relief des loges sus et sous-épineuses. On notait aussi quelques fluctuations dans l'impotence fonctionnelle dudit membre, en particulier lorsque l'assuré ne se sentait pas observé (not. quelques mouvements spontanés lors du déshabillage ; résistance active et raideur de la colonne cervicale contrastant avec les mouvements spontanés observés en cours d'examen). En outre, le bilan radiologique témoignait de la parfaite consolidation de l'ostéotomie cubitale et de la fracture radiale. Il existait une légère bascule postérieure du radius, mais sans impact sur l'articulation radio-carpienne dont l'espace était tout à fait conservé. Il n'existait pas non plus de déminéralisation significative de type algodystrophique. Sur le plan ostéo-articulaire, rien ne s'opposerait à ce que l'assuré mette en valeur une pleine capacité de travail, même dans la dernière activité exercée. Par ailleurs, au vu du bilan radiologique, il n'existait aucune séquelle somatique objective de l'accident, qui atteindrait un degré indemnifiable selon les barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. Enfin, le médecin précisait que son appréciation du cas ne tenait pas compte de la composante psychiatrique, dont l'« adéquation » avec l'accident restait à établir.

48. Par décision du 28 janvier 2008, la SUVA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement), dès le 1^{er} février suivant, tout en retirant par ailleurs l'effet suspensif à une éventuelle opposition. A cet égard, elle a estimé que l'assuré ne présentait plus de séquelles dues à son accident du 20 avril 2002. De plus, les troubles psychogènes qui réduisaient éventuellement sa capacité de travail n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.
49. Dans un rapport d'examen du 13 février 2008 adressé au Dr A_____, le Dr U_____ a indiqué que l'examen ENMG du même jour était superposable au dernier contrôle effectué le 4 août 2006 (cf. ci-dessus, § 32). Compte tenu du résultat de cet examen et de la clinique, il semblait qu'il persistait une symptomatologie irritative du nerf médian droit. Ce médecin a ainsi proposé de compléter le bilan par une échographie locale afin de déterminer s'il existait une cicatrice hypertrophique ou tout autre problème pouvant être responsable d'une compression du médian droit. En outre, compte tenu du caractère neurogène des douleurs, il proposait un traitement de Neurotin ou de Lyrica.

50. Par l'intermédiaire de K_____, juriste à la Permanence juridique sur l'assurance-maladie/accident du Bureau central d'aide sociale (GE), du 21 février 2008, l'assuré a formé « opposition provisoire » à la décision de la SUVA. Expliquant devoir requérir un complément d'information, il a, en outre, sollicité un délai supplémentaire pour motiver ou retirer ladite opposition.
51. Le 25 février 2008, la SUVA lui a accordé à cet effet un délai au 31 mars suivant.
52. Par courrier de sa mandataire du 27 mars 2008, l'assuré a maintenu son opposition. A cet égard, il a produit un certificat du Dr A_____ du 29 février 2008, indiquant, d'une part, que le dernier ENMG effectué le 13 février 2008 ne montrait pas d'évolution par rapport au précédent du mois d'août 2006, « c'est-à-dire une irritation persistante du nerf médian » ; d'autre part, une échographie effectuée le 21 février 2008 montrait une synovite touchant les tendons fléchisseurs du poignet droit, soit « autant d'arguments en faveur d'une pathologie directement liée à l'accident du 20 avril 2002 ». L'opposant a également joint un certificat de la Dresse B_____, du 4 février 2008, attestant qu'il présentait encore une importante thymie dépressive en raison de cet accident qui avait réduit l'usage de son membre supérieur droit et qui continuait à lui procurer des douleurs ; « sa qualité de vie en était fortement appauvrie, autant sa vie sociale que tout espoir de vie professionnelle ».
- Dans ce même courrier, la mandataire a précisé que l'assuré « ne contestait pas le fait que les troubles psychogènes dont il était atteint n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident ».
53. Par acte du 5 mars 2008, MUTUEL ASSURANCE, assurance-maladie de l'assuré, a également formé une opposition provisoire contre la décision de la SUVA du 28 janvier 2008, tout en requérant la production du dossier médical complet.
54. Le 4 avril 2008, MUTUEL ASSURANCES a informé la SUVA qu'elle retirait son opposition et qu'elle prendrait en charge les frais relatifs aux affections de l'assuré (soit les douleurs au poignet droit et au dos, ainsi que les troubles psychogènes), dès le 1^{er} février 2008.
55. Par décision sur opposition du 9 mai 2008, reçue le 14 mai suivant, la SUVA a confirmé sa décision du 28 janvier 2008. Elle a tout d'abord relevé que la mandataire de l'assuré n'avait pas contesté, à juste titre, que le lien de causalité adéquate entre les troubles de la sphère psychique l'affectant et l'accident assuré n'était pas donné. A cet égard, elle s'est référée à un avis complémentaire du Dr O_____ du 29 avril 2008. Selon le médecin d'arrondissement, le tableau de douleurs diffuses et d'exclusion fonctionnelle du MSD observé lors de son examen du 24 janvier 2008 dépassait largement celui qui serait observé lors de séquelles irritatives stabilisées du nerf médian même associées à une tendinite irritative des

fléchisseurs. Celui-ci ne pouvait dès lors que confirmer ses conclusions concernant la composante psychiatrique qui « se greffait sur le cas ».

56. Par courrier du 30 mai 2008, la nouvelle mandataire de l'assuré, Me Doris VATERLAUS, a demandé une copie du dossier à la SUVA, qui a déféré à sa demande le 3 juin suivant.
57. Dans son recours posté le 11 juin 2008, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 9 mai 2008, respectivement à la « fixation de l'invalidité », ainsi qu'à l'octroi d'une rente LAA et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, il a fait valoir que le dossier médical ne permettait pas d'arriver à la conclusion que les fractures étaient guéries sans séquelles et que ses autres troubles relevaient de l'assurance maladie. Son activité actuelle était inadaptée. Même en admettant qu'il pût encore exercer ladite activité à plein temps, son rendement était forcément limité, et cela également dans toute autre activité. L'assureur aurait dès lors dû établir la capacité résiduelle de travail et procéder à une comparaison de gain, afin de déterminer le taux d'invalidité. En outre, le recourant a estimé que la SUVA avait violé les règles de la bonne foi en niant la causalité de l'aggravation de son état de santé et de la chronicisation des douleurs avec l'accident du 20 avril 2002, puisque l'assureur l'avait enjoint à reprendre une activité à plein temps, en dépit des recommandations du Dr M_____ de 2003 attestant qu'il ne pouvait plus manipuler des charges allant jusqu'à 25 kg, voire au-delà. Ce n'était qu'en 2006 que la SUVA avait réellement évalué son poste de travail. Or, selon le rapport correspondant (cf. supra, § 35), celui-ci n'était pas adapté à son état de santé. Par ailleurs, c'était en raison d'une erreur de plume que sa précédente mandataire avait indiqué à la SUVA, dans un courrier du 27 mars 2008, ne pas contester le fait que les troubles psychogène n'étaient plus en relation de causalité adéquate avec l'accident. En effet, dans le même courrier, elle avait transmis une attestation de la Dresse B_____ (du 4 février 2008) confirmant que la thymie dépressive était en relation avec l'accident. En cas de doute, l'assureur aurait donc dû faire des investigations supplémentaires, ce d'autant que, dans son avis du 24 janvier 2008, le médecin d'arrondissement avait indiqué que son appréciation ne tenait pas compte de la composante psychiatrique dont l'adéquation avec l'accident restait à établir. Enfin, bien que l'atteinte dont il souffrait n'était pas mentionnée en tant que telle dans les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA, il a requis l'application analogique de celles-ci ; compte tenu des douleurs chroniques et du dommage durable subi, l'indemnité correspondante devait être calculée sur la base d'un taux de 10%.
58. Dans un avis du 11 août 2008 (transmis spontanément par le recourant le 5 septembre suivant), le Dr D_____, chirurgien-conseil de la SUVA, a estimé que la fracture distale du radius faisant suite à l'accident du 20 avril 2002 et l'ostéotomie de raccourcissement de l'ulna du 23 juillet 2003 avaient guéri sans suites invalidantes, ainsi que la symptomatologie d'algodystrophie qui s'était

manifesté entre-temps. L'assuré était resté en principe apte au travail jusqu'au 15 août 2006. L'évolution clinique faisant suite au syndrome du canal carpien diagnostiqué secondairement avait toutefois pris une tournure tout-à-fait inattendue. Le rapport opératoire du 22 septembre 2005 avait mis en évidence dans le tunnel carpien, deux anomalies, soit, d'une part, un corps musculaire aberrant appartenant au tendon du fléchisseur superficiel de l'annulaire et, d'autre part, un nerf médian « cravaté » par le tendon du muscle long palmaire. Selon la littérature médicale, dans la très grande majorité des cas, on ne décelait pas de raison évidente à cette pathologie. L'anomalie musculaire constatée chez l'assurée était congénitale. Elle affectait aussi vraisemblablement le poignet gauche. Elle n'était toutefois devenue symptomatique que dans le contexte de la fracture du radius subie (en avril 2002). Il était possible que cette mutation ait eu lieu en automne 2002 déjà, bien que l'examen électroneurographique n'ait pas permis de mesurer à ce moment-là de diminution significative de la vitesse de conduction du nerf médian dans le canal carpien. L'entorse du poignet droit du 28 juillet 2005, au sujet de laquelle on ne disposait pas de détails précis, pourrait, elle aussi, avoir provoqué la symptomatologie. De ce fait, le syndrome du canal carpien avait un rapport de causalité partiel avec l'accident du 20 avril 2002, bien que son origine ne soit pas accidentelle. Il était en outre étonnant que ces constatations inhabituelles concernant le tunnel carpien n'aient pas été observées lors de la première intervention de décompression du nerf médian de l'ostéotomie du 23 juillet 2003. Contrairement à l'avis du Dr U_____ du 18 mai 2004, les signes électrophysiologiques constatés alors ne révélaient pas un ancien syndrome du canal, mais au contraire une récurrence d'un tel syndrome ou une neuropathie par compression persistante du nerf médian, telle qu'elle avait pu être confirmée lors de l'intervention du 22 septembre 2005, et que le Dr U_____ avait d'ailleurs évoquée dans son rapport du 4 août 2008.

Par ailleurs, faute d'un examen histologique des tendons fléchisseurs, on pouvait se demander pour quelle raison des synovites récidivantes du tendon fléchisseur s'étaient développées en dépit des interventions répétées pratiquées en l'occurrence (« cicatrices ? tissu inflammatoire ? »). Par ailleurs, se référant à une appréciation du Dr E_____, neurologue, du 5 août 2008 (non produite au dossier), le Dr D_____ a relevé que, sur le plan neurologique, un traitement n'était pas indispensable, compte tenu des valeurs mesurées dans le cadre de la neurographie. De ce point de vue, on ne pouvait toutefois parler d'un état final stable. Une nouvelle opération du tunnel carpien en vue d'obtenir une amélioration significative de la symptomatologie était délicate, les précédentes interventions s'étant soldées par des échecs ; de plus, le Dr O_____ avait constaté une exclusion fonctionnelle de l'ensemble du bras de droit et des facteurs non organiques et psychosociaux avaient marqué de plus en plus l'évolution de la situation clinique de l'assuré. Afin d'éclaircir la situation, le Dr D_____ préconisait qu'un nouvel examen (le cas échéant par échographie ou IRM) soit effectué par un chirurgien de

la main, afin de confirmer ou non la présence d'une récurrence d'un syndrome du canal carpien. A défaut, il n'était pas en mesure d'apprécier « la problématique de la capacité de travail ».

59. Par ordonnance du 8 septembre 2008, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause d'entente entre les parties, ces dernières ayant convenu, à l'initiative de l'assureur, de la nécessité de réaliser une instruction médicale complémentaire.
60. A la demande de la SUVA, les Dr F_____ et G_____, respectivement médecin adjoint et chef de clinique après de l'Unité de chirurgie de la main aux H.U.G., ont examiné l'assuré le 6 février 2009. Dans le rapport d'expertise du 20 mai 2009 (transmis par le recourant au Tribunal le 5 septembre suivant), ces médecins ont diagnostiqué un syndrome douloureux de l'ensemble du membre supérieur droit. Concernant le poignet droit, il était possible que les interventions itératives et par conséquent le tissu cicatriciel engendré par ces dernières soient à l'origine de la persistance de la symptomatologie irritative du nerf médian au canal carpien. En revanche, les séquelles osseuses de l'accident du 20 avril 2002 étaient résolues : en effet tant l'examen clinique que radiologique se montraient satisfaisants en termes de mobilité et de stabilité du poignet. Le syndrome douloureux global touchant le coude et l'épaule ne montrait pas de causalité naturelle avec l'accident, mais plutôt une attitude d'exclusion du MSD, en tout cas lors des examens d'expertise. Enfin, la discarthrose étagée de C4 à C7 avec pincement des disques et uncarthrose dans la région cervicale moyenne pouvaient expliquer partiellement les plaintes actuelles, mais n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident ou les interventions chirurgicales subies. Il était par ailleurs difficile de déterminer si des facteurs extérieurs, singulièrement les troubles anxio-dépressifs présentés par l'assuré étaient latents et s'étaient révélés suite à l'accident ou si ceux-ci avaient été purement induits par l'accident. Un avis spécialisé concernant ce point pourrait dès lors être utile. Concernant la cervicarthrose, des investigations complémentaires et un traitement adapté pourraient améliorer la prise en charge globale de ce syndrome douloureux du MSD. Concernant le poignet, une nouvelle solution chirurgicale n'était pas appropriée étant donné les antécédents locaux déjà importants, en particulier le fait que l'intervention du Dr LA_____ du 26 octobre 2006 (dans laquelle le nerf médian avait bénéficié d'une endoneurolyse par épinevrotomie) n'avait pas amené les bénéfices escomptés puisqu'il persistait un status quo tant à l'examen ENMG qu'à l'examen clinique. Toutefois, le test de discrimination de Weber n'était pas altéré et il semblait qu'une prise en charge plus spécialisée de la douleur neurogène (par introduction de Lyrica® ou de Neurontin®) pourrait être susceptible d'apporter une amélioration de la symptomatologie douloureuse et donc de la capacité de travail. Les troubles organiques imputables à l'accident étaient de discrètes douleurs résiduelles au niveau du TFCC (*ie : Triangular Fibrocartilage Complex*) du poignet droit, sans laxité résiduelle, justifiant une limitation fonctionnelle limitée dans les ports de charge conséquents (plus de 15 kg). En tant

que chauffeur-livreur, une incapacité de travail basée uniquement sur les troubles organiques imputables à l'accident était de l'ordre d'une diminution d'un tiers du rendement et de 0% dans l'incapacité si le port de charge était limité à 15 kg. Un autre travail adapté (secrétariat, travaux légers) était exigible à 100%. Il n'existait pas d'atteinte à l'intégrité.

Par ailleurs, au cours du bilan d'ergothérapie, la spécialiste avait été frappée par l'attitude de protection du MSD, main et poignet en flexion, coude fléchi collé au corps, épaule en rotation interne. Sur demande, la mobilisation du MSD était possible, mais d'une extrême lenteur. Les compensations étaient difficiles du fait que le MSD était déficitaire au niveau de la main, du coude et de l'épaule.

Enfin, ils ont relevé que l'expertisé prenait du Durogesic© (antidouleurs) (1 x toutes les 72 h.) et du Seroquel© (antidépresseur) (2 cp le matin et le soir, depuis environ 3 ans).

61. A la demande de la SUVA, les experts ont précisé qu'il était possible que la persistance de la symptomatologie irritative du nerf médian au canal carpien soit rattachée au tissu cicatriciel engendré par les interventions chirurgicales. De plus, leur appréciation des limitations organiques imputables à l'accident tenait compte de cette symptomatologie (courrier du 14 septembre 2009).
62. Par ordonnance du 17 septembre 2009, le Tribunal a repris d'office l'instance et invité les parties à lui faire part de leurs déterminations.
63. Par courrier du 30 septembre 2009, le recourant a requis de la SUVA qu'elle effectue la comparaison des gains avant et après invalidité « afin de déterminer son droit à une rente », dans la mesure où les experts avaient conclu qu'il ne disposait d'une capacité de gain entière que dans une activité adaptée.
64. Le 14 octobre 2009, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours.
65. Dans ses observations du 16 octobre 2009 (transmises au recourant le 1^{er} décembre suivant pour information), la SUVA a conclu au rejet du recours. En bref, elle a relevé que les experts F_____ et G_____ avaient retenu que la fracture du poignet droit avait guéri sans séquelles. Ceux-ci avaient en outre qualifié de simplement possible le lien de causalité entre le syndrome irritatif du tunnel carpien et l'accident, ce qui ne permettait pas de retenir ce lien comme établi au degré de la preuve requis en droit des assurances sociales. L'incapacité de travail consécutive ne pouvait dès lors être rattachée à l'accident et, partant, donner lieu à des prestations d'assurance.
66. Dans sa réplique du 18 janvier 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions. Préalablement, il a requis l'audition des Drs LA_____, U_____, F_____, G_____ et B_____, ainsi que d'un chauffeur-livreur de la

Poste. En particulier, il a relevé que, selon les constatations de l'expertise des experts F_____ et G_____ du 6 février 2009, la mobilité du poignet droit était réduite (force de serrage coté à 8 kg à droite en raison des douleurs contre 20 kg à gauche. Pince termino-latérale cotée à 2 kg à droite contre 10 kg à gauche). Selon eux, les troubles organiques imputables à l'accident justifiaient une limitation fonctionnelle limitée dans les ports de charges conséquents (plus de 15 kg). Il existait ainsi un lien de causalité naturelle entre ces limitations fonctionnelles, les troubles du poignet, les opérations, et l'accident. Dans ces conditions, on ne comprenait pas pourquoi, dans leur courrier à la SUVA du 14 décembre 2009, ces experts avaient modifié leur position en considérant ce lien seulement comme possible. Ces experts avaient estimé l'incapacité de travail en tant que chauffeur-livreur, basée uniquement sur les troubles organiques imputable à l'accident, de l'ordre d'une diminution d'un tiers du rendement et de 0% dans l'incapacité si le port de charge était limité à 15 kg. Etant donné que l'activité du recourant impliquait le port de charge de plus de 15 kg, la SUVA aurait dû constater que cette activité n'était plus adaptée et aurait en conséquence dû procéder une comparaison des gains avec et sans invalidité. Par ailleurs, la SUVA avait statué sur la base d'un dossier incomplet, puisqu'elle n'avait pas investigué la question, soulevée par ces experts, de savoir si les troubles anxio-dépressifs présentés par l'assuré étaient latents et avaient été révélés par l'accident, ou si ceux-ci avaient été purement induits par l'accident. Enfin, on ne comprenait pas pourquoi les experts avaient exclu le lien de causalité quant aux troubles du coude et de l'épaule, puisqu'ils n'avaient pas expliqué de manière convaincante « pour quelle raison la douleur devrait s'arrêter au poignet alors qu'on sait que les nerfs sont des transmetteurs très efficaces de douleurs et qu'ils sont capable d'irradier des membres entiers » ; leurs conclusions à cet égard étaient peu compréhensibles, puisqu'ils avaient confirmé, au titre des diagnostics organiques, l'existence d'un syndrome douloureux de l'ensemble du membre supérieur droit. De plus, le Dr LA_____ avait attesté une lésion partielle du ligament triangulaire et le Dr U_____ avait constaté une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices à la suite de sa nouvelle chute avec entorse du poignet droit le 28 juillet 2005, accident que la SUVA avait d'ailleurs également couvert. De l'avis du recourant, les experts n'avaient pas tenu correctement compte de cette deuxième chute et de ses conséquences sur ses troubles de santé. Désormais, les douleurs l'handicapaient dans toute activité et généraient une souffrance qui avait rendu incontournable une prise en charge psychiatrique.

67. Dans sa duplique du 2 février 2010 (transmise à la connaissance du demandeur le le 1^{er} mars suivant), la SUVA a persisté dans ses conclusions. Elle a fait valoir que « sa garantie » n'était pas due pour les troubles psychiques, l'assuré ayant lui-même reconnu dans son opposition que ces troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Pour le surplus, il n'existait aucune contradiction entre le courrier des experts F_____ et G_____ du 14 septembre 2009 et leur rapport

du 6 février 2009, puisque ces médecins avaient à chaque fois retenu comme étant possible le lien de causalité « entre le tissu cicatriciel et les plaintes du recourant ».

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

Partant, le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce.

2. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2008, en particulier sur le lien de causalité naturelle et, le cas échéant, adéquate, entre l'accident du 20 avril 2002, et les atteintes à la santé dont le recourant fait état au-delà de cette date.
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non-professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).
5.
 - 5a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé.

De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2).

Dans ce contexte, on précisera encore que l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 87 et les références) (arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2008, U 47/07, consid. 6.2 in fine ; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références).

- 5b. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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*) en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante.
- 5c. Par ailleurs, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est

dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt 8C.233/2007 du 25 mars 2008, consid. 2 et la référence) (arrêt U 47/07 du 23 juin 2008, consid. 4 ; 23.06.2008 U 47/07).

5d. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., Berne 1983, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6.

6.1 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; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; [ATF 130 II 425](#) consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

Le juge dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

6.2 Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points

litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

- 6.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd).

Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral du 26 janvier 2007, U 365/06, consid. 4.1).

Enfin, on rappellera qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces

médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral du 20 novembre 2009, 9C_4/2009, consid. 2.2.).

7. En l'occurrence, au vu des principes articulés ci-dessus, force est de constater que le Tribunal n'est pas en mesure d'évaluer, en l'état du dossier, si l'accident dont le recourant a été victime le 20 avril 2002 (respectivement le 28 juillet 2005) a encore, au degré de la vraisemblance prépondérante, un effet causal au-delà du 31 janvier 2008.

Tout d'abord, en effet, dans son rapport du 30 octobre 2002, le médecin d'arrondissement de la SUVA a relevé que le status local qui avait justifié l'incapacité totale de travail prescrite par le Dr M_____, ne permettait pas, en l'absence d'un approfondissement du bilan lésionnel, d'exclure avec certitude une légère laxité radio-cubitale distale, ainsi qu'une composante de neuropathie du nerf médian au canal carpien, respectivement une composante psychosomatique. En outre, l'IRM du poignet droit du 20 novembre 2002 a indiqué la présence de petites expansions synoviales palmaires. Ces éléments pouvaient en particulier expliquer l'intensité des plaintes subjectives (rapport d'examen du Dr O_____ du 10 février 2003). Dans un courrier du 2 décembre 2004, le Dr T_____ a attesté que ces douleurs étaient des séquelles de la fracture du radius distal ayant entraîné une lésion (partielle) du ligament triangulaire sur une inégalité de longueur des deux os. Dans son rapport opératoire du 7 octobre 2005, ce médecin a constaté la présence d'une synovite réactionnelle et le fait que le nerf médian était cravaté par le tendon du petit palmaire, si bien qu'il avait fallu exciser ledit tendon. A cette occasion, un petit rameau nerveux sous-cutané avait été lésé. L'IRM du 4 août 2006 a encore révélé que la neuropathie d'enclavement du nerf médian au carpe, caractérisée par une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices, s'était aggravée par rapport à 2004. Or, selon l'examen ENMG du 13 février 2008, effectué par le Dr U_____, il persistait une symptomatologie irritative du nerf médian droit. L'échographie subséquente du 21 février 2008 avait montré une synovite touchant les tendons fléchisseurs, soit, selon le Dr A_____, « autant d'arguments en faveur d'une pathologie directement liée à l'accident du 20 avril 2002 » (courrier du 29 février 2008). Ces éléments semblent ainsi contredire l'appréciation – au demeurant non motivée – du Dr W_____, chirurgien, médecin d'arrondissement (rapport d'examen du 15 mars 2007), selon laquelle il existait une importante divergence entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques.

D'un autre côté, dans son rapport d'examen du 15 mars 2007, nonobstant l'importante divergence qui existait, selon lui, entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques, le médecin d'arrondissement de la SUVA n'a pas nié l'existence des douleurs alléguées, puisqu'il a non seulement admis que les signes

de Tinel et Fallen (i.e. : tests permettant de diagnostiquer un syndrome du canal carpien) « semblaient positifs », mais encore qu'au regard de l'intensité desdites douleurs, la situation s'était péjorée depuis l'intervention d'octobre 2006, ce qui justifiait un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation. Il a également attesté que le syndrome épaule-main qui s'était installé depuis lors était en rapport avec le traumatisme initial, et a préconisé une prise en charge intensive par physiothérapie et ergothérapie – laquelle sera effectivement suivie par l'assuré. Par ailleurs, si, dans son rapport d'examen final du 24 janvier 2008, le Dr O_____ a indiqué (sans d'ailleurs se montrer catégorique) que ses constatations cliniques « évoquaient » des phénomènes d'amplification, il a néanmoins précisé que son appréciation du cas ne tenait pas compte de la composante psychiatrique, « dont l'adéquation avec l'accident restait à établir » et a admis, dans son avis complémentaire du 29 avril 2008, qu'une composante psychiatrique « se greffait sur le cas ». Or, dans son certificat du 4 février 2008, la Dresse B_____ a précisément estimé que son patient présentait une importante thymie dépressive en raison de l'accident du 20 avril 2002 qui avait réduit l'usage de son membre droit et qui continuait à lui procurer des douleurs. Ainsi, la SUVA n'a pas investigué plus avant la question de l'incidence des troubles psychologiques présentés par l'assuré sur l'évolution de son atteinte somatique, singulièrement sur sa capacité de travail. A cet égard, le certificat de la psychiatre traitante du 4 février 2008 ne contient aucune appréciation dûment motivée de la capacité de travail de son patient. Et si celle-ci se prononce sur le lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 avril 2002 et les souffrances psychiques de l'intéressée, il faut toutefois constater que ledit accident (ni semble-t-il celui du 28 juillet 2005) ne revêt un caractère de gravité tel qu'il faille admettre sans autre l'existence d'une relation de causalité adéquate, conformément aux critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. à ce sujet : [ATF 115 V 133](#) consid. 6c/aa).

Dans ces conditions, c'est à juste titre que la SUVA a estimé, après le dépôt du recours, que les conclusions du rapport d'examen final de son médecin d'arrondissement du 24 janvier 2008 n'étaient pas suffisamment convaincantes, ou du moins qu'il subsistait un doute certain à cet égard, puisqu'elle a jugé nécessaire de demander un second avis à son chirurgien-conseil (émis le 11 août 2008) et qu'elle a ensuite encore confié une expertise aux Drs F_____ et G_____ (qui ont rendu leur rapport le 20 mai 2009).

Force est toutefois de constater que le rapport d'expertise des Drs F_____ et G_____ du 20 mai/14 septembre 2009 ne permet pas encore d'apporter une réponse convaincante à la question litigieuse. En effet, si ces experts ont retenu qu'il était (seulement) possible que les interventions itératives, et par conséquent le tissu cicatriciel engendré par ces dernières, soient à l'origine de la persistance de la symptomatologie irritative du nerf médian au canal carpien, ils ne motivent toutefois pas leur point de vue selon lequel lesdites interventions n'avaient qu'un lien possible avec la persistance des douleurs alléguées. De surcroît, de manière

quelque peu contradictoire avec cette dernière appréciation, ces experts ont attesté que, sur le plan strictement somatique, dans la mesure où l'intervention du Dr LA_____ du 26 octobre 2006 n'avait pas amené les bénéfices escomptés - puisqu'il persistait un statu quo tant à l'examen ENMG qu'à l'examen clinique -, la symptomatologie douloureuse imputable à l'accident justifiait une limitation fonctionnelle dans le port de charges supérieures à 15 kg (ce qui est constitué, au demeurant, une aggravation, dans la mesure où, dans son courrier à la SUVA du 25 avril 2005, le Dr M_____ indiquait que le patient ressentait des douleurs lors du port de charges dépassant 25 kg).

De même, sur le plan de la causalité, l'avis des experts contredit, mais sans pour autant la discuter, l'appréciation du Dr D_____ Dr W_____, lequel estime, quant à lui, que le syndrome épaule-main qui s'est désormais installé est bien en rapport avec le traumatisme initial (rapport du 15 mars 2007). Les Drs F_____ et G_____ s'écartent également sans motif de l'opinion du Dr D_____ (chirurgien-conseil de la SUVA), selon lequel le syndrome du canal carpien avait un rapport de causalité partiel avec l'accident du 20 avril 2002, bien que son origine ne fût pas accidentelle.

De surcroît, les experts ne se sont pas prononcés sur les effets de la nouvelle chute de l'assuré avec entorse du poignet droit le 28 juillet 2005, au sujet de laquelle le médecin-conseil de la SUVA avait pourtant indiqué, dans son avis du 11 août 2008, que l'on ne disposait pas de détails précis. Or, l'IRM pratiquée le 4 août 2006 par le Dr U_____ avait mis en évidence une aggravation de l'atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices par rapport au dernier contrôle du 18 mai 2004.

Par surabondance, le Tribunal observe que, selon l'expertise des Drs F_____ et G_____ du 20 mai 2009, une prise en charge plus spécialisée de la douleur neurogène (par introduction de Lyrica© ou de Neurontin©) pourrait être susceptible d'apporter une amélioration de la symptomatologie douloureuse et de la capacité de travail. De même, le Dr D_____ a estimé que l'on ne pouvait parler d'un état final stable (avis du 11 août 2009). Le Tribunal ne serait ainsi, en tout état, pas en mesure de se prononcer en particulier sur la capacité de travail résiduelle du recourant, respectivement sur son droit éventuel à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (laquelle doit par ailleurs être durable, à savoir subsister avec au moins la même gravité toute la vie, selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA).

Dans ces conditions, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle complète l'instruction de la cause sur le plan médical, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique et psychiatrique) et rende une nouvelle décision.

8. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision sur opposition du 9 mai 2008 est annulée et la cause renvoyée à la SUVA pour nouvelle décision au sens des considérants.
9. Le recourant obtenant (partiellement) gain de cause avec l'assistance d'une avocate, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).
10. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 9 mai 2008 ;
3. Renvoie le dossier à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants ;
4. Condamne l'intimée à verser au recourant 3'000 fr. 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 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 suppléant

Irène PONCET

Jean-Louis BERARDI

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