RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2772/2020 **ATAS/1301/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 décembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thomas BÜCHLI	recourant
contre	
HELSANA ACCIDENTS SA, case postale 839, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a**. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1976, a travaillé, essentiellement à 80%, du 1er février 2013 au 30 novembre 2016 en tant qu'employé de bureau pour le compte de B_____ SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès d'Helsana Accidents SA (ci-après : Helsana, l'assurance ou l'intimée).

b. Le 25 juillet 2014, alors qu'il était en vacances à Valence (Espagne), l'assuré a glissé et est tombé dans les escaliers d'un supermarché. Il s'est rattrapé sur la main droite et s'est tordu la cheville.

Depuis lors, l'assuré est incapable de travailler totalement ou partiellement selon les périodes.

c. Helsana a pris en charge les suites de cet accident.

d. Les diagnostics retenus étaient ceux d'entorse de la cheville droite et de contusion de la main droite, compliquée par un syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou maladie de Südeck ; appelé en anglais Complex Regional Pain Syndrome – CRPS) important avec impotence fonctionnelle dès octobre 2015.

e. Le 14 mars 2016, l'assuré a repris son activité à 50%. Il a fait une tentative à 62,5% dès le 15 septembre 2016 avant d'être licencié pour le 30 novembre 2016.

f. Sur mandat de l'assurance, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a examiné l'assuré pour expertise.

Selon son rapport du 26 octobre 2016, les diagnostics étaient ceux de maladie de Südeck post-traumatique des doigts longs de la main droite au décours avec une limitation fonctionnelle douloureuse modérée de D2 et de D3 et status après écrasement de la base des doigts longs de la main droite, notamment de l'index, le 25 juillet 2014, et maladie de Südeck secondaire. Ces atteintes étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré.

L'assuré était capable de travailler à 100%, dans une activité d'employé de bureau, avec un rendement de 50%. La capacité de travail pouvait vraisemblablement être augmentée à 70% d'un temps complet dès 2017 mais il n'était pas possible d'émettre de pronostic plus précis au-delà de cette date. Dans son activité habituelle, l'assuré était limité par l'endurance et l'habileté manuelle de la main droite, notamment pour l'utilisation d'un clavier d'ordinateur. Dans une activité adaptée, sans effort ni mouvement répétitif prolongé de la main droite, l'assuré devrait vraisemblablement retrouver un rendement complet. L'évolution n'était pas encore stabilisée et une récupération fonctionnelle complète était encore possible.

B. **a.** En parallèle, l'assuré a saisi, en date du 25 janvier 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) d'une demande de prestations.

b. Du 1er septembre 2017 au 31 décembre 2018, l'assuré a bénéficié d'une mesure de reclassement de l'AI afin de pouvoir travailler dans un des métiers de la

« communication & marketing » et notamment dans l'audio-visuel, le but étant l'obtention d'un certificat de post-production, afin de maîtriser le montage-animation et compositing d'effets spéciaux dans le cadre d'une activité dans l'audio-visuel.

c. Par projet de décision du 13 mai 2019, confirmé le 11 juillet 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, considérant, après avoir mentionné un statut mixte, que sa capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50%. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée. La comparaison des revenus, en retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, conduisait à un degré d'invalidité arrondi à 19%, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

C. **a.** Par décision du 23 mai 2017, l'assurance a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 août 2017, considérant qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail, dès lors que l'assuré était capable de travailler dans une activité n'exigeant pas d'effort ni de mouvements répétitifs prolongés de la main droite.

b. L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 22 juin 2017, expliquant être encore incapable de travailler.

c. À la demande de l'assurance, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré pour expertise.

Dans son rapport du 31 mai 2019, le médecin précité a retenu les diagnostics de status 3,5 ans après contusion de la main droite (à hauteur du 2e métacarpe - MP2), complication sous forme d'un CRPS de la main droite, raideur résiduelle essentiellement de l'interphalangienne proximale (IPP3) de la main droite, très modérée et suspicion d'un syndrome du tunnel carpien gauche et d'une neuropathie irritative cubitale au coude gauche.

La capacité de travail dans l'activité habituelle de bureautique, activité privilégiant l'usage d'un ordinateur, mais n'excluant pas l'écriture au besoin, était entière. Aucune indemnisation n'était par ailleurs due au titre d'une atteinte à l'intégrité.

d. Par décision du 18 juin 2019, l'assurance a refusé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le taux de l'atteinte retenu étant inférieur aux 5% nécessaires pour y avoir droit.

e. Le 18 juillet 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est également opposé à la décision du 18 juin 2019.

f. Le 1er avril 2020, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, lequel a considéré que le CRPS n'était pas encore terminé et qu'il se trouvait dans la phase dite « froide ». La capacité de travail paraissait réduite dans toute activité nécessitant l'utilisation intensive ou répétitive de la main droite, en raison du manque d'endurance et de force ainsi que des douleurs susceptibles de persister plusieurs jours.

g. L'assurance a soumis le rapport du Dr E_____ à son médecin-conseil, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a considéré, dans un courriel du 16 juillet 2020, que les conclusions du Dr D_____ restaient valables, le status étant quasiment identique. Il n'était pas nécessaire de solliciter un complément, voire de réaliser une expertise, en l'absence de changements significatifs.

h. Par décision sur opposition du 14 août 2020, l'assurance a écarté les oppositions des 22 juin 2017 et 18 juillet 2019 et a confirmé ses décisions des 23 mai 2017 et 18 juin 2019. Elle a, en substance, retenu qu'au vu des rapports d'expertise probants figurant au dossier, il devait être considéré, d'une part, que la capacité de travail de l'assuré était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et, d'autre part, qu'il ne subissait pas d'atteinte à l'intégrité.

D. **a.** Le 14 septembre 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi des prestations légales, avec effet rétroactif au 25 juillet 2014, date de l'accident, pour une incapacité de travail de 50% au minimum, sous déduction des prestations déjà servies, y compris une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

En substance, le recourant a critiqué la personne de l'expert et a considéré que, dans tous les cas, l'état de fait sur lequel se fondait l'intimée et le rapport du Dr D_____ étaient lacunaires, relevant en outre que l'avis de ce dernier était isolé, l'ensemble des autres médecins et l'OAI retenant une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle.

b. L'intimée a répondu en date du 16 octobre 2020 et a conclu au rejet du recours, considérant, d'une part, que le recourant était forclos pour solliciter la récusation du Dr D_____ et, d'autre part, que le rapport de ce dernier était conforme aux réquisits jurisprudentiels en la matière.

c. Par réplique du 16 novembre 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions, en se référant notamment à un rapport du 20 octobre 2020, joint, du docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin à la Clinique romande de réadaptation (CRR), dont il ressort qu'il devait trouver une activité adaptée.

d. L'intimée a produit sa duplique le 30 novembre 2020 et a persisté dans les termes de sa décision sur opposition compte tenu de la position de son médecin-conseil, jointe à son écriture, lequel évoquait une légère aggravation, ce qui ne constituait toutefois pas une modification objective suffisante pour contredire la capacité de travail retenue par le Dr D_____.

e. Le 8 décembre 2020, le recourant a, une nouvelle fois, persisté dans ses conclusions, relevant en outre que l'aggravation admise par le Dr F_____ démontrait que le pronostic du Dr D_____ quant au retour, courant 2019, au status fonctionnel antérieur, ne s'était pas réalisé.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

g. Le 31 mars 2021, le recourant a encore produit une attestation du 23 mars du Dr F_____, dans laquelle ce médecin fait état d'une stagnation de la situation et de l'absence de récupération de la mobilité et de la force de la main droite.

EN DROIT

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

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

2. Dans la mesure où l'accident est survenu en 2014, 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2017 et à refuser de reprendre le versement des indemnités journalières ou de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 1er janvier 2019 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le litige porte plus particulièrement sur la capacité de travail du recourant et l'existence d'une atteinte à l'intégrité.

5. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA).

Ainsi, selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière

(al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité, de paternité ou de prise en charge selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3).

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

Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

En résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). C'est le lieu de relever que le versement d'indemnités journalières exclut le versement d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et vice versa.

6. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou

une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais que sur la base de constatations médicales fournies en temps réel, on puisse conclure que durant cette période de latence l'assuré a souffert au moins en partie des symptômes typiques de ce diagnostic. La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

7.

7.1. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

7.2 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 LPGA), 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).

7.3. 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).

7.3.1. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.3.2. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7.3.3. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler 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; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8.

8.1 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). 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 319 consid. 5a).

8.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

8.3 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).

9.

9.1. En l'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2017, relevant notamment que dans la mesure où l'OAI avait versé des indemnités journalières du 1er septembre 2017 au 31 décembre 2018, il n'y avait pas lieu

d'allouer une indemnité journalière de l'assurance-accidents. S'y ajoutait le fait que la capacité de travail du recourant était de toute manière entière, dès fin 2017-début 2018, dans son activité habituelle comme cela ressortait de l'expertise du Dr D_____ du 31 mai 2019, laquelle respectait tous les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

De son côté, le recourant s'oppose à la suppression des prestations invoquant, d'une part, un motif de récusation à l'encontre du Dr D_____, soit un lien de dépendance et, d'autre part, la persistance d'une incapacité de travail.

9.2.1. Il convient donc d'examiner, dans un premier temps, le bien-fondé de la suppression de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2017.

Par décisions des 16 et 23 novembre 2017, 2 février, 16 mai, 27 juillet et 26 octobre 2018, l'OAI a accordé des indemnités journalières au recourant durant son reclassement professionnel, soit du 1er septembre 2017 au 31 décembre 2018.

Conformément à l'art. 16 al. 3 LAA, l'intimée a donc mis un terme, à juste titre, au versement de ses propres indemnités journalières avec effet au 31 août 2017. Par conséquent, c'est à raison que l'intimée a écarté l'opposition que le recourant a formée à l'encontre de la décision du 23 mai 2017.

En revanche, se pose la question de la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1er janvier 2019 ou du droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès la fin des indemnités journalières dès cette même date. Pour se prononcer sur ce point, l'intimée a mandaté le Dr D_____ pour expertise. Se fondant sur son rapport du 19 mai 2019, l'assurance a refusé d'octroyer une quelconque prestation au recourant au motif, d'une part, que celui-ci était à nouveau capable de travailler dans son activité habituelle et, d'autre part, que l'atteinte à sa santé n'était pas suffisamment importante pour justifier une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

9.2.2. Il convient donc, à présent, d'examiner la valeur probante du rapport du Dr D_____ du 31 mai 2019.

Force est de constater que le rapport précité remplit, sur le plan formel, plusieurs exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il contient une anamnèse détaillée, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

Cela étant, la chambre de céans n'est pas convaincue par les conclusions du Dr D_____ et ce pour les motifs suivants.

Il ressort tout d'abord du rapport du Dr D_____ du 19 mai 2019 qu'au jour de l'expertise, le recourant se plaignait encore de nombreuses limitations : déficit de flexion de l'articulation MP de l'index et d'extension de l'OPP, disesthésies de la main, rendant parfois l'exécution de gestes fins (lacets, couture) difficile, notion de faiblesse avec difficulté à dévisser des couvercles ou à ôter les bouchons, douleurs

« qui viennent et qui s'en vont », brûlures de la main voire crampes et sensation de raideur occasionnées par le froid, mauvaise appréciation de l'eau chaude avec la main droite, notamment lors de la vaisselle, démangeaisons des mains en cas d'humidité exagérée, enflure des doigts lors du port de charges, pulsations dans la main parfois en fin de journée.

L'examen de la main, effectué le 19 mars 2019 par le Dr D_____, a montré une hyperalgie au toucher MP/IPP2 et IPP 3 et les amplitudes suivantes :

	Droite	Gauche
MP2	90/0/20°	90/0/40°
IPP2	90/35/0°	90/0/0°
IPD2	35/10/0°	50/0/0°
Force de préhension	36 – 32 – 32 kg	40 – 40 – 40 kg

Pour le médius, le Dr D_____ a évoqué un flexum de 5° de l'IPP, non réductible.

Fort de ce qui précède, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de status 3,5 ans après contusion de la main droite (à hauteur MP2), complications sous forme d'un CRPS de la main droite, raideur résiduelle essentiellement IPP3 de la main droite, très modérée, et suspicion d'un syndrome du tunnel carpien gauche et d'une neuropathie irritative cubitale au coude gauche.

Il a considéré que malgré tout, la capacité de travail était entière dans l'activité de bureautique et ce très vraisemblablement depuis fin 2017 ou début 2018. Pour arriver à cette conclusion, le Dr D_____ a notamment examiné l'évolution du CRPS et a constaté que :

- en octobre 2016, la gêne fonctionnelle restait significative, avec une flexion de l'index et du médius relativement pauvre, de 3 et 1,5 cm respectivement, la force de préhension étant, quant à elle, réduite de moitié.
- En juillet 2017, la mobilité des doigts paraissait stable. En revanche, la force de préhension et les douleurs s'étaient améliorées. Une pleine capacité de travail dans le métier de la bureautique avait alors été évoquée.
- Début janvier 2018, la fonction des doigts s'était sensiblement améliorée.
- Lors de l'examen, en mars 2019, la fonction de l'index était quasi-physiologique (distance pulpe-paume 1 cm et 0 cm en passif) et celle du médius était restaurée (distance pulpe-paume 0 cm). Les troubles trophiques de la main étaient mineurs, à peine appréciables (aspect discrètement luisant de la peau). Quelques troubles sensitifs subjectifs subsistaient. La trophicité musculaire régionale était préservée et la symétrie des callosités palmaires, éléments évocateurs d'une fonction normale, ou presque, du membre en question pouvait

être constatée. Quant à la densité osseuse de la main droite, elle avait été restaurée. Il n'y avait plus de traitement en cours, l'assuré restant avec la possibilité d'exercices d'auto-entraînement, qui devraient lui permettre de retrouver, à brève échéance, la flexion active de son médius.

Pour le Dr D_____, il était également hautement probable que l'événement accidentel cesse de déployer ses effets courant 2019, mis à part probablement le flexum résiduel, probablement définitif de l'index.

En d'autres termes, le médecin précité a retenu un statu quo courant 2019.

9.2.3 Comme indiqué précédemment, la chambre de céans n'est pas convaincue par les conclusions du Dr D_____.

En effet, en premier lieu, en l'absence d'informations ressortant du dossier, l'atteinte du *statu quo sine vel ante* ne peut être uniquement estimée de manière abstraite et théorique en se référant à l'évolution prévisible du trouble (arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). Or, justement, dans le cas du recourant, le pronostic du Dr D_____ ne s'est pas vérifié par la suite, le CRPS ayant persisté et une aggravation de la situation s'étant au contraire produite, comme cela ressort des rapports suivants :

- dans son rapport du 28 avril 2020, le Dr E_____, spécialisé en chirurgie de la main, a indiqué que l'examen clinique avait montré que le CRPS n'était pas encore terminé et qu'il se trouvait en phase dite froide. Le médecin précité a également évoqué un flexum de 40° de l'IPP de l'index et de 20° de l'IPP du majeur droits, avec une distance pulpe-paume de la main de 0 cm, mais 2 cm plus proximale que de l'autre côté, ces séquelles étant probablement définitives. De plus, le Dr E_____ a également constaté moins de sensibilité (tactile et thermique) au bout des doigts, une différence de couleur des doigts, ceux-ci étant pâles et atrophiques, une peau sèche, une atrophie modérée des muscles thénariens et enfin une force diminuée à 34kg à droite, versus 40kg à gauche. La capacité de travail apparaissait réduite pour toute activité nécessitant l'utilisation intensive ou répétitive de la main droite, compte tenu du manque d'endurance et de force, ce qui pouvait causer des douleurs pendant plusieurs jours.
- Quant au Dr G_____, il a mentionné, dans son rapport du 20 octobre 2020, une pâleur et un changement de couleur au cours de l'examen clinique de la main droite, une faiblesse et une diminution des mobilités articulaires avec un flessum de 40° en actif de l'IPP de l'index, qui se réduisait à 30° à droite et un flexum de 20° de l'IPP du majeur, qui se réduisait à 15° en passif. L'enroulement des doigts était incomplet, la distance pulpe-paume des doigts en actif étant de 3,5 cm pour d2 (2 cm en passif), 3 cm pour d3 (1,5 cm en passif), 2 cm pour d4 (1 cm en passif) et 2 cm pour d5 (0 cm en passif). La peau était sèche, plutôt atrophique. L'aspect des ongles était friable. Le Dr G_____ constatait également une hypoesthésie tant au niveau tactile que thermo-algique

de la pulpe des doigts, principalement de d2 et d3. Compte tenu de ses constatations, le médecin précité a conseillé au recourant de bien se protéger du froid en hiver et de trouver une activité adaptée.

- Dans son rapport du 23 mars 2021, le Dr E_____ a évoqué un flexum de 40° de l'IPP de l'index et un flexum de 20° de l'IPP du majeur avec un effet de la mobilité en flexion incomplet. Il restait une distance pulpe-paume des doigts de 3,5 cm au niveau de l'index, de 3 cm au niveau du majeur et de 2 cm pour l'annulaire et l'auriculaire. La couleur des deux mains était clairement différente, la main droite étant pâle. Selon le recourant, les douleurs n'avaient pas diminué. Même avec une charge légère, telle qu'une activité sur ordinateur, une fatigue s'installait après 2-3 heures et nécessitait une pause de 30 minutes. La force était restée identique, 34kg à droite et 40kg à gauche.

Les conclusions du Dr D_____ sont également en contradiction avec celles du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), lequel a considéré, comme cela ressort du projet de décision de l'OAI du 13 mai 2019 et de la décision du 11 juillet 2019, que le recourant présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle depuis le 24 juin 2015 et nulle dans une activité adaptée et ce dès le 3 août 2015.

Au vu de ce qui précède et compte tenu des plaintes du recourant et des restrictions au niveau de la main droite, notamment en termes d'amplitudes articulaires, d'endurance et de force de préhension, la chambre de céans peine à comprendre les conclusions de l'expert, qui retient une capacité de travail entière dans l'activité habituelle exercée dans le domaine de la bureautique, laquelle implique, par essence, une utilisation régulière et intensive des deux mains et donc de la main droite, avec des exigences de rendement. Or, de toute évidence, une personne qui présente des restrictions au niveau de la main n'a pas un rendement identique à celui que réaliserait une personne qui ne souffre d'aucune atteinte aux mains. La question est donc celle de savoir si le recourant peut effectuer son activité habituelle ou une activité similaire, avec un rendement identique à celui qu'il avait avant l'accident, et ce malgré l'atteinte à sa main droite. Or, force est de constater que le Dr D_____ n'a pas expliqué pour quels motifs un rendement identique est possible malgré les limitations alléguées par le recourant et celles constatées par l'expert.

Dans son rapport du 21 mars 2021, le Dr E_____ a d'ailleurs expliqué que le recourant devait faire une pause de 30 minutes toutes les deux à trois heures, ce qui induit par définition une diminution de rendement. Certes, ce rapport est postérieur à la décision attaquée. Il met toutefois en évidence les conséquences du manque d'endurance et de force, limitations induisant une fatigue et déjà évoquées fin avril 2020, soit antérieurement à la décision sur opposition attaquée.

S'y ajoute le fait que plus d'un an s'est écoulé entre l'examen par le Dr D_____ le 19 mars 2019 et la décision sur opposition du 14 août 2020 et qu'il ressort de ce qui

précède que la situation ne s'est pas améliorée comme le pronostiquait l'expert, mais qu'elle s'est même aggravée jusqu'à un certain point.

Dans de telles circonstances, la chambre de céans ne peut se fier au rapport du Dr D_____ pour examiner le bien-fondé de la décision sur opposition querellée.

Très vraisemblablement, comme indiqué précédemment, l'atteinte à la main entraîne à tout le moins une diminution de rendement. La question qui se pose à ce stade est donc celle de savoir s'il faut ordonner une expertise judiciaire, comme cela est sollicité par le recourant, pour quantifier cette diminution de rendement.

Comme indiqué précédemment, la situation n'a pas été investiguée entre le 19 mars 2019 et la décision sur opposition du 14 août 2020. Ainsi, afin de respecter le principe du double degré de juridiction s'agissant de cette période, la chambre de céans renverra la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Il appartiendra alors à cette dernière de déterminer si, en application de son obligation de réduire le dommage, le recourant doit rechercher une activité dans la bureautique, avec une probable diminution de rendement qu'il conviendra de chiffrer dans un complément d'expertise, ou s'il est préférable qu'il cherche une activité adaptée à son état de santé, à savoir sans utilisation régulière et intensive de la main droite, ce qui ne nécessite pas de complément d'expertise mais uniquement une comparaison des revenus.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 14 août 2020 annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision.

11. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA, dans sa version – applicable en l'occurrence – en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 en lien avec l'art. 1 al. 1 LACI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 14 août 2020.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant un montant de CHF 1'500.- 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 asrrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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