

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3010/2024

ATAS/689/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 septembre 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1990.
- B.** **a.** Il a subi un accident le 22 août 2016, alors qu'il travaillait sur un chantier. À teneur de la déclaration de sinistre adressée à la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée), il était monté sur une échelle en tenant un placo-plâtre dans les mains, avait perdu l'équilibre, était tombé sur le côté droit et s'était fait mal au bras et aux côtes du même côté.
- b.** Le 25 août 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident professionnel du 22 août 2016.
- c.** Une IRM du poignet droit de l'assuré effectuée le 2 novembre 2016 a mis en évidence une déchirure du ligament, justifiant la prolongation de l'incapacité de travail de l'assuré.
- d.** Le 27 février 2017, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
- e.** Dans un rapport établi le 13 juillet 2017 par le docteur B_____, médecin chef de clinique du service de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), les diagnostics étaient une dyskinésie de l'omoplate droite inféro-médiale, un snapping scapula douloureux, une contusion osseuse de l'extrémité du radius et du semi-lunaire du poignet droit ainsi que des douleurs à la cheville droite. L'assuré était totalement incapable de travailler comme plâtrier. Il n'y avait pas d'option chirurgicale, sauf une exploration diagnostique scapulo-thoracique endoscopique.
- f.** Dans un rapport établi le 5 septembre 2017 par le docteur C_____, médecin adjoint du département de chirurgie des HUG, a retenu le diagnostic de snapping scapula avec une bursite à l'angle supéro-médial et inférieur de cet os comme cause de la symptomatologie. Il proposait de faire effectuer des infiltrations, qui pouvaient être renouvelées après trois mois en cas d'évolution favorable mais partielle.
- g.** Le 19 septembre 2017, le docteur D_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu les diagnostics de snapping scapula et de bursite à l'angle supéro-médial et inférieur de cet os, comme cause de la symptomatologie de l'assuré. L'origine de cette pathologie était multifactorielle, fonctionnelle et sans rapport de vraisemblance prépondérante avec l'événement du 22 août 2016. En l'absence de lésion objectivable, les effets du traumatisme s'étaient éteints. Une reprise progressive sur deux mois était possible.
- h.** Par décision du 2 novembre 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui reconnaissait une capacité de travail à 50% dès le 12 juin 2017 et une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2017, selon l'appréciation de son médecin

d'arrondissement. En conséquence, elle arrêta le paiement de l'indemnité journalière le 30 juin 2017 et les soins médicaux au 5 novembre 2017 au soir.

i. Le 17 novembre 2017, l'assuré a formé opposition à la décision précitée.

j. Le Dr C_____ a établi, le 5 décembre 2017, un arrêt de travail pour l'assuré, avec une incapacité de travail à 100% du 3 décembre 2017 au 9 janvier 2018, date de son intervention.

k. Le 13 décembre 2017, le Dr C_____ a constaté que l'approche conservatrice n'avait pas permis d'améliorer la situation de l'assuré de manière sensible. À l'examen clinique, les craquements caricaturaux étaient toujours présents à l'angle inférieur de l'omoplate et audibles même à distance du patient. Du point de vue chirurgical, il y avait deux options. La première était une arthrodèse scapulo-thoracique dont les répercussions fonctionnelles étaient importantes. L'alternative était une tentative de bursectomie arthroscopique. L'assuré avait accepté la deuxième option.

l. Par décision sur opposition du 20 décembre 2017, la SUVA a rejeté l'opposition.

m. L'assuré a été opéré le 9 janvier 2018 par le Dr C_____.

n. Le 25 janvier 2018, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition de l'intimée, concluant à la reprise des prestations.

o. Le 1^{er} mars 2018, le Dr C_____ a indiqué qu'à six semaines de l'intervention, l'évolution sur le plan des craquements n'était pas celle attendue, avec la poursuite des bruits audibles accompagnés de douleurs lors de la mobilisation de l'omoplate.

p. La chambre de céans a ordonné une expertise orthopédique du recourant, qu'elle a confiée au professeur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

q. Dans son expertise du 19 août 2019, le Prof. E_____ a retenu, sur la base d'une anamnèse et d'un examen clinique de l'assuré du 29 juillet 2019, que les lésions imputables à l'accident du 22 août 2016 étaient une contusion osseuse de l'extrémité distale du radius et du semi-lunaire, une déchirure du ligament piso-hamatum, ainsi qu'une contusion thoracique évoluant vers un snapping scapula. Les troubles menant à l'arthrodèse scapulo-thoracique étaient au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%) en lien de causalité avec l'accident. Le *statu quo sine* ne pouvait être invoqué et le *statu quo ante* devait pouvoir être retrouvé, l'assuré jouissant d'une bonne santé.

Les mouvements de l'épaule et la force du membre supérieur droit restaient limités. Les craquements avaient disparu. Il persistait des douleurs constantes dans la région périscapulaire. Le recourant ne pouvait travailler dans une activité exigeant une mobilité du membre supérieur droit au-delà de l'horizontale. On pouvait penser à une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée

d'accueil, de surveillance, d'informatique, de bureau, de vente ou autre, mais vu le niveau de formation professionnelle du recourant, des formations dans ces diverses activités étaient à envisager. Au vu de l'âge du patient, on pouvait espérer une lente atténuation des douleurs et une certaine amélioration fonctionnelle. Il était difficile de se prononcer quant au temps nécessaire pour arriver à un état permettant une activité lucrative. Il était difficile de répondre à la question de savoir à partir de quel moment la continuation du traitement médical ne permettrait plus une notable amélioration de l'état de santé du recourant. La réponse dépendait en partie de la consolidation définitive de l'arthrodèse scapulo-thoracique. Il n'était pas exclu que d'autres interventions chirurgicales soient encore nécessaires à l'avenir. On pouvait néanmoins penser que dans une période de 24 mois depuis le jour de l'expertise la situation définitive devait être atteinte.

r. Par arrêt du 14 mai 2020 (ATAS/387/2020), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision sur opposition du 20 décembre 2017 et dit que l'intimée devait prendre en charge les suites de l'accident du 22 août 2016 au-delà du 30 juin 2017 en ce qui concernait l'omoplate à ressaut. Elle a confirmé la décision sur opposition du 20 décembre 2017 en ce qui concernait les atteintes au poignet droit du recourant.

C. a. Le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a fondé son rapport final du 3 décembre 2019 sur le rapport d'expertise du Prof. E._____ et retenu que son état était suffisamment stabilisé lors de l'expertise pour qu'une réadaptation soit entamée avec l'objectif d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le début d'aptitude à la réadaptation était fixé au 29 juillet 2019, date de l'examen clinique de l'expert.

b. Par projet de décision du 6 juillet 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il ressortait de l'instruction médicale qu'il présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2016 et de 0% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 29 juillet 2019. À l'issue du délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} août 2017, son incapacité de travail se confondait avec son incapacité de gain et une comparaison des revenus n'était pas nécessaire pour l'évaluation de son taux d'invalidité, qui s'élevait à 100%. En principe, un taux d'invalidité de 100% ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, cette prestation ne pouvait lui être octroyée, car, lors de la survenance de l'invalidité, il ne comptait pas trois années au moins de cotisation. D'autre part, selon les éléments médicaux à disposition, sa capacité de travail était de 100% dès le 29 juillet 2019. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

c. Par décision du 16 septembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

d. Le 9 décembre 2020, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours contre la décision de l'OAI du 16 septembre 2020, concluant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

e. Par arrêt du 16 mars 2022, la chambre de céans a rejeté le recours.

D. a. Le 2 novembre 2020, le Dr B_____ a indiqué avoir fait une dernière tentative d'un traitement médicamenteux par Sativex (cannabinoïde) avec une amélioration de la qualité du sommeil de l'assuré et au niveau de la thymie, mais sans modification des douleurs. Suite à cette période probatoire, il n'avait pas prolongé cette médication, qui s'était soldée par un sevrage avec une exacerbation des douleurs. Il avait remis en place un traitement par Tramal rapide, Dafalgan et AINS. Il avait revu ce jour l'assuré et noté une nette amélioration des douleurs, qui étaient cotées sur l'EVA à 1-5/10 en fonction de la météo, de la mobilisation et du moment de la journée. Le cas n'était encore pas stabilisé en raison de la pseudarthrose.

b. Le 5 novembre 2020, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a conclu que le cas n'était pas encore stabilisé.

c. Le 19 novembre 2020, le docteur G_____, de la consultation ambulatoire de la douleur, a indiqué que l'assuré était un patient de 30 ans vu dans un contexte de douleurs chroniques de l'hémithorax postérieur droit. L'assuré décrivait des douleurs localisées surtout autour de l'omoplate et exacerbées à la mobilisation et au moindre contact sur la peau ainsi que par les variations de température. Les douleurs étaient décrites comme des brûlures, des décharges électriques, la sensation d'avoir une vis que l'on tournait dans le thorax ainsi que des démangeaisons. Elles étaient soulagées par le décubitus ventral ou dorsal. Elles se situaient au meilleur de la journée à 3/10 et au maximum à 8/10. Après de multiples essais thérapeutiques infructueux, l'assuré n'avait plus de traitement. Des infiltrations n'avaient pas pu être faites en raison de ses douleurs locales trop importantes. Au niveau fonctionnel, l'assuré était limité dans tous les actes de la vie quotidienne par les douleurs. Il présentait des douleurs neurogènes post opératoires persistantes malgré les thérapies entreprises. Concernant un éventuel phénotypage, une indication théorique pouvait être retenue mais ce dernier, dans le contexte du patient, ne changerait pas sa prise en charge. À défaut, un nouvel essai d'Amitriptyline pouvait lui être proposé avec un suivi du dosage plasmatique afin d'adapter la posologie et suivre la compliance. Il conviendrait toutefois d'évaluer la réponse au traitement de cannabis médicamenteux préalablement. En fonction de l'évolution sociale (contexte de renvoi actuellement), le patient pourrait être revu auprès du psychiatre du service afin de faire une réévaluation approfondie sur la gestion de la douleur.

d. Le 23 novembre 2020, le Dr C_____ a indiqué avoir revu l'assuré pour un nouveau bilan d'évolution concernant sa pseudarthrose d'arthrodèse scapulo-thoracique symptomatique. Il était nécessaire de confirmer la source douloureuse par une infiltration radioguidée. Cette approche avait été compliquée jusqu'à présent par l'allodynie dans la zone opératoire.

e. Le 3 décembre 2020, le Dr C_____ a indiqué avoir revu l'assuré ce jour après une tentative d'infiltration écho-guidée au niveau de son omoplate. Cette dernière n'avait pu aboutir en raison de l'allodynie de l'assuré. Il était impossible de faire la part des choses entre l'allodynie et les effets de la pseudarthrose scapulo-thoracique. À noter qu'une allodynie était déjà présente préalablement à la fusion scapulo-thoracique. Une réunion multidisciplinaire avec le docteur H_____, spécialiste en anesthésiologie, était proposée pour envisager les possibilités d'un geste diagnostique et thérapeutique au niveau de la zone de pseudarthrose.

f. Le 27 avril 2021, le Dr C_____ a indiqué avoir revu l'assuré pour un bilan d'évolution après une infiltration guidée sous scanner des zones de pseudarthrose scapulo-thoracique. Le bilan final était positif pour la partie anesthésie locale de l'infiltration, sans effet de la partie de corticostéroïdes. Au vu de cet effet positif, il proposait une reprise chirurgicale avec cure de pseudarthrose et reprise d'autogreffe iliaque.

g. Le 4 juin 2021, le Dr C_____ a indiqué avoir procédé à l'opération de l'assuré.

h. Le 8 juillet 2021, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré présentait encore des douleurs sous forme d'allodynie, principalement en fin de journée. À l'examen clinique, la cicatrice était calme, les amplitudes préservées avec une élévation qui était toujours de 90°, une rotation externe de 45° et une rotation interne limitée, par contre, la crête iliaque était douloureuse. Le bilan radiologique montrait un matériel en place. Il proposait une consultation de l'assuré auprès du Dr H_____ pour optimiser le traitement antalgique, qui était actuellement principalement constitué de Tramal. Il fallait également un reconditionnement musculaire.

i. Le 30 août 2021, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré rapportait toujours une allodynie marquée au niveau postérieur de l'épaule. Il avait bénéficié d'une adaptation de son traitement avec du Tramadol, de la Pregabaline et de la Duloxétine.

j. Le 14 octobre 2021, le Dr C_____ a indiqué que malheureusement, l'évolution régressait depuis le début du mois. L'assuré présentait une décompensation de l'allodynie au niveau de l'omoplate avec une mobilité encore limitée. L'élévation antérieure active atteignait un seuil très douloureux à partir de 60 à 70°. La rotation externe était limitée à 20° et la rotation interne à L5. Le bilan radiologique retrouvait une réaction de cal-osseux proéminent sur la face. Le Dr C_____ proposait la poursuite de la rééducation, qui avait été suspendue en raison de la décompensation douloureuse.

k. Le 18 janvier 2022, le Dr C_____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était discrètement favorable depuis quelques jours. Il persistait cependant une allodynie marquée de l'ensemble de la région scapulo-thoracique. Il proposait de faire un scanner puis une discussion multidisciplinaire.

l. Le 21 janvier 2022, le Dr C_____ a indiqué que le scanner avait confirmé une bonne prise de l'arthrodèse scapulo-thoracique. La composante de pseudarthrose était donc actuellement résolue. Sur le plan orthopédique, il n'avait pas de gestes supplémentaires envisagés. Un nouvel essai d'approche antalgique de type stimulation électrique transcutanée (TENS) pourrait être tenté.

m. Le 5 juillet 2022, le Dr B_____ a indiqué que lors d'une réunion de cas complexes avec la docteure I_____, responsable imagerie ostéoarticulaire aux HUG, et le Dr C_____, il avait été décidé de demander une évaluation du nerf long thoracique à droite de l'assuré par l'équipe de la chirurgie de la main. Si ce nerf long thoracique droit voire d'autres nerfs périphériques étaient impliqués, un traitement devrait être mis en place par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG.

n. Dans un rapport établi le 17 janvier 2023, J_____, physiothérapeute, a indiqué qu'en 2019, elle avait suivi l'assuré pendant quelques semaines sans amélioration, raison pour laquelle le traitement n'avait pas été poursuivi. Elle avait revu le patient en novembre 2021. Il montrait toujours une allodynie mécanique importante dont la surface était quasiment superposable à celle de 2019. Par contre, il y avait une légère amélioration niveau de la sévérité. Elle avait revu régulièrement l'assuré pour refaire des bilans jusqu'en avril 2022, date à laquelle il avait été décidé de stopper les séances au vu du peu d'amélioration constatée.

o. Le 6 janvier 2023, la docteure K_____, des HUG, a indiqué qu'en ce qui concernait la chirurgie de la main, elle n'avait pas de prise en charge à proposer à l'assuré. Elle proposait la réalisation par leur ergothérapeute d'une cartographie de la face postérieure de l'épaule de l'assuré et une réévaluation de son cas par l'équipe de la douleur chronique afin de voir si une nouvelle tentative par infiltration pourrait être effectuée.

p. Le 21 avril 2023, le docteur L_____, de l'unité de médecine physique et réadaptation du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, qu'après consensus avec les intervenants (les Drs I_____ et C_____), ils recherchaient encore une compression – souffrance – par lésion du nerf long thoracique, bien que l'allodynie dépassait ce territoire, relevant que celle-ci datait d'avant la première opération, mais qu'elle avait été aggravée par la suite.

q. Le 5 janvier 2024, le gestionnaire du dossier a demandé au Dr F_____ de se prononcer sur la question de savoir si le cas était stabilisé et sur la capacité résiduelle du recourant suite aux séquelles de l'accident.

r. L'assuré a fait l'objet d'un nouvel examen par le Dr F_____, qui a indiqué, dans un rapport du 7 février 2024, qu'il n'y avait plus aucun traitement et que le cas était stabilisé. Le diagnostic à retenir était une atteinte du nerf long thoracique avec snapping scapula. Il s'interrogeait sur la réussite de la chirurgie et pour cela on prescrivait un scanner de contrôle qui n'avait pas été fait, mais à deux ans et

sept mois, cette chirurgie était un échec fonctionnel et antalgique. L'assuré se retrouvait même dans un état aggravé par rapport au *status* préopératoire. On pouvait s'interroger sur le bien-fondé des interventions pratiquées, quasi expérimentales, et sur la causalité même du *status* présenté par l'assuré ayant motivé cette prise en charge thérapeutique, car il était incontestable que l'assuré avait été mis dans un scanner le 2 juin 2017 avec une élévation des deux bras à 180 pour la réalisation de l'imagerie thoracique comme cela était nécessaire. Comment expliquer cet état de fait sur un assuré qui ne levait le bras ni activement ni passivement qu'entre 60° et 90° ? Il existait aussi une discrédance entre le fait qu'il n'y avait pas d'amyotrophie ni de troubles respiratoires et les douleurs alléguées qui étaient des douleurs hyperpathiques avec un comportement démonstratif qui n'était pas cohérent. Un scanner était prescrit pour vérifier la fusion de l'arthrodèse, mais il ne changerait rien, ni à la stabilisation, ni à la situation de l'assuré et aux propositions. Il était important de vérifier toutefois, sur un montage avec des fils, qu'il n'y ait pas de iatrogénèse. Le fil pouvait soit se briser, soit faire essuie-glace sur la plèvre ou sur les côtes. À noter également actuellement l'absence de retentissement pleuro pulmonaire dudit montage.

Les limitations fonctionnelles étaient :

- le port de charges dans l'axe supérieur à 10 kg ;
- l'élévation en direction de l'horizontale se limitant à 60° jusqu'à 8 à 10 kg au maximum ;
- pas de travail rapide et/ou fréquent en direction de l'horizontale ;
- pas de travail au-dessus de l'horizontale.

Aucun traitement n'était susceptible d'améliorer objectivement l'état de l'assuré. Toutefois, il fallait récolter le scanner qui avait été prescrit à l'assuré, de contrôle de fusion de l'arthrodèse scapulo-thoracique droite. Après cet examen, on pourrait discuter une éventuelle radiographie fonctionnelle pulmonaire complémentaire.

Dans une appréciation séparée du même jour relative à l'atteinte à l'intégrité, le Dr F_____ l'a estimée à 25%, conformément aux tables d'indemnisation selon la LAA, n. 1 relative à une atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, épaule, périarthrite scapulo-huméral grave : 25%.

s. Le 7 février 2024, le docteur M_____, spécialiste en radiologie, a informé le Dr F_____ que le « CT » (scanner) de l'épaule droite de l'assuré du 7 février 2024 avait mis en évidence un aspect de pseudarthrose essentiellement au secteur le plus caudal du montage chirurgical à hauteur de la sixième côte droite et de l'espace intercostal sus-jacent.

t. Par décision du 12 février 2024, la SUVA a informé l'assuré que l'examen médical avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} mars 2024.

u. Par décision du 29 février 2024, la SUVA a informé l'assuré qu'il ressortait de ses investigations qu'il était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs du marché de l'emploi, à condition qu'il respecte ses limitations fonctionnelles. Un tel emploi était exigible à plein temps et lui permettrait de réaliser un gain de CHF 61'626.- par année (données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS, niveau de compétence 1, pour un homme, avec un abattement de 10%). Sans la survenance de l'accident, l'assuré aurait aujourd'hui un revenu annuel de CHF 63'377.60 (données selon la CCT du second œuvre romand, pour un travailleur de classe B dès trois ans d'expérience). Il en résultait une perte de gain de 3% et l'assuré n'avait en conséquence pas droit à une rente d'invalidité. Il avait en revanche droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 37'050.-.

v. Le 15 avril 2024, l'assuré a formé opposition partielle à la décision du 29 février 2024 en tant qu'aucune rente ne lui était allouée. Il contestait le gain de valide retenu, car selon la CTT, le salaire minimal pour un ouvrier de classe B était de CHF 4'905.- par mois (soit 13 mois), soit CHF 63'765.- par an. Il contestait également l'adaptation de l'horaire (41.7 heures par semaine) et l'abattement de 10% retenu, qui aurait dû être fixé à 15%.

w. Par courriel du 15 avril 2024, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il avait été opéré plusieurs fois et qu'il avait utilisé de nombreux médicaments qui avaient affecté sa santé et qui continuaient à le faire. Il n'était pas rétabli et avait encore de nombreux problèmes avec son épaule. Il demandait la révision de son 25% d'atteinte à l'intégrité.

Il joignait un rapport médical établi le 27 février 2024 par le Dr L_____, qui relevait que la force de l'assuré n'avait pas été mesurée par le Dr F_____. En consultation, il avait, pour sa part, constaté que l'assuré ne pouvait pas soulever de poids au-delà de 1 kg. Par ailleurs, le scanner thoracique demandé par le Dr F_____ montrait une pseudarthrose au niveau de la sixième côte, qui pouvait correspondre à la localisation des douleurs à type de coups de couteau ressenties par l'assuré. Le caractère neuropathique était bien plus étendu et ne trouvait pas forcément de substrat organique, mais il allait discuter avec son collègue de la douleur pour savoir s'il pouvait y avoir une sensibilisation centrale vis-à-vis d'une irritation du nerf intercostal. Il allait demander un examen sur la possibilité d'imputer les douleurs à la pseudarthrose, ce qui nécessitait une poursuite de la prise en charge des consultations en lien avec ce phénomène par la SUVA.

x. Le 30 avril 2024, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport établi le 18 avril 2024 par le Dr L_____, qui relevait que selon le Dr C_____, il y avait une discordance entre les résultats du scanner réalisé en 2022 et celui effectué en dernier (le 7 février 2024). L'avis de la Dre I_____ s'imposait dans ce contexte. Les douleurs neuropathiques restaient au premier plan. Il attendait la réponse d'un collègue pour voir les possibilités thérapeutiques chez ce patient.

Il avait également indiqué au conseil de l'assuré que la douleur thoracique de l'assuré n'était pas prouvée, car le nerf était difficilement explorable et que l'assuré ne pouvait soulever des poids de plus de 1 kg. Un travail léger, coudes au corps et sans poids et « l'administration de poste 45 minutes » étaient les conditions *sine qua non* à une activité professionnellement envisageable

y. Par décision sur opposition du 23 juillet 2024, la SUVA a rejeté l'opposition, en relevant que l'assuré ne remettait, à juste titre, pas en cause le fait que son état de santé était stabilisé et que le litige ne portait ainsi que sur le calcul de la rente d'invalidité et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) allouées à l'assuré.

- E.**
- a.** Le 16 septembre 2024, l'assuré, agissant en personne, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à son annulation partielle en tant qu'aucune rente ne lui était octroyée et qu'à ce qu'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 15% au minimum lui soit octroyée, ainsi qu'une IPAI de 35%.
 - b.** Par réponse du 5 novembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
 - c.** Les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle par la chambre de céans le 27 août 2025 et le recourant a produit des pièces complémentaires établies par ses médecins traitants entre 2018 et 2025.
 - d.** Le 29 août 2025, le recourant a encore transmis à la chambre de céans des rapports établis par le Dr B_____ entre 2017 et 2023.
 - e.** Le 8 septembre 2025, l'intimée a relevé que les dernières pièces produites par le recourant ne faisaient état d'aucun fait nouveau et a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

2.1 L'objet du litige dans la procédure administrative est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont

identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

2.2 En l'espèce, l'intimée fait valoir que le recourant ne s'est opposé que partiellement à la décision du 29 février 2024, en ce sens qu'il n'avait pas contesté l'appréciation médicale du Dr F_____ selon lequel sa situation médicale était stabilisée et qu'il présentait une pleine capacité de travailler dans une activité adaptée moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles.

La chambre de céans retient, sur la base de la jurisprudence précitée, que l'objet du litige est le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une IPAI de plus de 25%, ce qui correspond à ses conclusions expresses et à l'objet de la décision attaquée.

Le fait que le recourant n'ait pas contesté la stabilisation de son état de santé, ni la capacité de travailler et les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée dans sa décision du 23 juillet 2024 ne peut lui être opposé, car il existe un rapport de connexité étroite entre ces questions et son droit à une rente d'invalidité. En effet, selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. De plus le taux d'invalidité dépend de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles (art. 16 LPGa). Ces questions ne peuvent être considérées comme décidées et entrées en force de chose jugée que lorsqu'il a été statué de manière définitive à son sujet par une décision entrée en force de chose jugée sur le rapport juridique litigieux, soit le droit à la rente d'invalidité dans son ensemble (*cf.* ATF 125 V 413 consid. 2b p. 416 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_488/2008 consid. 4, in SVR 2009 IV n. 7 p. 13). Il en résulte que les questions de la stabilisation de l'état de santé du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail entrent dans l'objet du litige.

3. Le droit du recourant à une rente d'invalidité sera examiné en premier lieu.

3.1 Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (*cf.* al. 1 des 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.

3.2 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 aLAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de

plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

3.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

4. En l'espèce, le recourant conteste la décision sur opposition en tant que celle-ci se fonde sur l'appréciation médicale du 1^{er} février 2024 du Dr F_____, qui avait sous-estimé, selon lui, ses limitations fonctionnelles consécutives à l'accident. Il faut examiner la valeur probante du rapport du Dr F_____.

4.1 Celui-ci a retenu que le cas du recourant était stabilisé dans son appréciation du 1^{er} février 2024. Il a prescrit un scanner pour vérifier la fusion ou non de l'arthrodèse, en précisant que même en cas de pseudarthrose, aucun traitement n'était susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant et que cela ne changerait rien, notamment pas la stabilisation du cas.

Le scanner effectué à la demande du Dr F_____ le 7 février 2024 a mis en évidence un aspect de pseudarthrose essentiellement au secteur le plus caudal du montage chirurgical à hauteur de la sixième côte droite et de l'espace intercostal sus-jacent.

Il s'agit là d'un fait nouveau puisque le Dr C_____ avait indiqué, le 21 janvier 2022, qu'un scanner avait montré une bonne prise de l'arthrodèse scapulo-thoracique et que la composante de pseudarthrose était actuellement résolue. Sur le plan orthopédique, il n'avait dès lors, selon lui, pas de gestes supplémentaires envisagés.

Si le constat du Dr C_____ du 21 janvier 2022 établissait la stabilisation du cas du recourant, cette conclusion est remise en cause par les résultats du nouveau scanner du 7 février 2024. Il n'apparaît pas exclu qu'une nouvelle cure de pseudarthrose se justifie. Il est contestable que le Dr F_____ ait exclu toute incidence des résultats du scanner qu'il a lui-même ordonné, et donc estimé nécessaire, avant même de prendre connaissance des résultats du scanner, et sans le soumettre à l'appréciation du Dr C_____.

4.2 Par ailleurs, le Dr F_____ a retenu que le diagnostic d'atteinte du nerf long thoracique était établi, sans discussion, alors qu'il ressort des pièces de la procédure que ce diagnostic était encore au stade des investigations, et qu'il n'avait pas pu être posé.

En effet, le 5 juillet 2022, le Dr B_____ a indiqué que lors d'une réunion de cas complexes avec les Drs I_____ et C_____, il avait été décidé de demander une évaluation du nerf long thoracique à droite de l'assuré par l'équipe de la chirurgie de la main. Si ce nerf long thoracique droite voire d'autres nerfs périphériques étaient impliqués, un traitement devrait être mis en place par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG.

Le 6 janvier 2023, la Dre K_____ a indiqué qu'en ce qui concernait la chirurgie de la main, elle n'avait pas de prise en charge à proposer à l'assuré. Elle proposait la réalisation par leur ergothérapeute d'une cartographie de la face postérieure de l'épaule de l'assuré et une réévaluation de son cas par l'équipe de la douleur chronique afin de voir si une nouvelle tentative par infiltration pourrait être effectuée. Elle ne se prononçait ainsi pas clairement sur ce diagnostic.

Le 21 avril 2023, le Dr L_____ a noté qu'après consensus avec les intervenants (les Drs I_____ et C_____), ils recherchaient encore une compression – souffrance – par lésion du nerf long thoracique, bien que l'allodynie dépassait ce territoire, relevant que l'allodynie datait d'avant la première opération, mais qu'elle avait été aggravée par la suite. Il ajoutait que la douleur thoracique n'était pas prouvée car ce nerf était difficilement explorable.

Les pièces au dossier ne permettaient ainsi pas au Dr F_____ de retenir le diagnostic d'atteinte du nerf long thoracique.

4.3 Il faut encore constater que dans son rapport du 7 février 2024, le Dr F_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, se contentant de décrire les limitations fonctionnelles, alors que le gestionnaire du dossier lui avait demandé de se prononcer à ce sujet.

4.4 En conclusion, le rapport du Dr F_____ est suffisamment remis en cause pour qu'il se justifie de faire procéder à une instruction complémentaire par le biais d'une expertise indépendante.

Au vu de cette conclusion, il ne se justifie pas de traiter des autres griefs du recourant, en particulier la question du taux de l'atteinte à l'intégrité, qui devra être également soumise à l'expert.

5. Le recours doit ainsi être partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, au sens des considérants et nouvelle décision.

Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 23 juillet 2024.
4. Renvoie à la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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