



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3486/2019

ATAS/1127/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2020

15^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco
ROSSI

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1982, a travaillé en qualité de chapeur au sein de la société C_____SA, sise dans le canton de Genève, dès le 1^{er} février 2017. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 7 mars 2017, l'assuré a reçu une porte de garage sur le pouce gauche et le thorax, et a chuté.
3. Les radiographies du pouce gauche et du thorax effectuées le jour même ont mis en évidence une fracture transverse métaphysaire proximale de P2D1, sans lésion thoracique aiguë décelable.
4. La fracture a été traitée par embrochage aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), et l'assuré mis en arrêt de travail total – qui a été prolongé par cet établissement à maintes reprises jusqu'au 28 février 2018.
5. À la suite de son opération, l'assuré a bénéficié d'un traitement antalgique, ainsi que de physiothérapie et d'ergothérapie.
6. La SUVA a pris en charge le cas.
7. La radiographie du bassin et de la hanche gauche réalisée le 27 mars 2017 n'a pas révélé de lésion, celle du genou droit a par contre montré une lame d'épanchement articulaire avec une importante tuméfaction des parties molles pré-rotuliennes évoquant une bursite post-traumatique, sans fracture.
8. À l'occasion d'un entretien avec la SUVA le 8 août 2017, dont le contenu a été retranscrit dans un compte-rendu du même jour, l'assuré a déclaré s'être blessé au pouce gauche, au flanc gauche ainsi qu'au genou droit lors de l'événement survenu cinq mois plus tôt. Il éprouvait encore une douleur à la main gauche, mais le thorax et son genou étaient guéris.
9. Dans un rapport du 20 juin 2017, les HUG ont fait état d'une allodynie, suggérant la possibilité d'un syndrome douloureux régional complexe.
10. Dans un rapport du 16 août 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, a relevé que l'assuré, droitier, présentait une dystrophie du pouce gauche avec hyperesthésie et allodynie au toucher, ainsi qu'une gêne thoracique et scapulaire prédominant du côté gauche à la mobilisation, sans limitation des amplitudes de l'épaule gauche. La reprise d'une activité manuelle était impossible à l'heure actuelle. Un reclassement dans une activité adaptée évitant l'utilisation du membre supérieur gauche et le port de charges devrait certainement être envisagé.
11. Dans un rapport du 4 septembre 2017, les HUG ont mentionné que la lésion à la main gauche évoluait vers un syndrome douloureux régional complexe.

12. Le 4 décembre 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré, dont la mobilité était extrêmement limitée au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne gauche. Celui-ci présentait également une boiterie du genou droit. La mobilité de ce genou était complète, mais il existait une douleur nette en regard de la rotule. Le médecin a posé les diagnostics de fracture ouverte du pouce gauche ostéosynthésée, ainsi que de probable algodystrophie, et estimé que l'incapacité de travail était toujours justifiée.
13. L'assuré a été convoqué pour un entretien dans les locaux de la SUVA le 31 janvier 2018. Il ne s'y est pas présenté. Il n'a pas non plus donné suite à la seconde convocation.
14. Par pli du 8 mars 2018, la SUVA a rappelé à l'assuré son devoir de collaboration, et l'a informé que, sans nouvelles de sa part dans le délai fixé, elle statuerait en l'état du dossier.
15. Par décision du 21 mars 2018, la SUVA a, vu le refus de collaboration, mis un terme à l'allocation des prestations d'assurance.
16. Le 16 octobre 2018, la SUVA a reçu trois certificats signés la veille par le docteur F_____, médecin généraliste, attestant d'une capacité de travail nulle en juillet, août et septembre 2018 pour cause d'accident.
17. Le 18 janvier 2019, un entretien a eu lieu dans les locaux de la SUVA, au cours duquel l'assuré, assisté d'un traducteur, a affirmé que les arrêts de travail se rapportaient à la lésion au pouce gauche. Il ne lisait ni ne parlait le français. Il n'avait pas eu connaissance des convocations antérieures. Il avait changé de logement à plusieurs reprises depuis décembre 2017.
18. Dans un rapport du 30 janvier 2019, le Dr F_____ a indiqué avoir revu l'assuré depuis septembre 2018, une à deux fois par mois. Celui-ci présentait des douleurs au pouce gauche à l'effort, qui irradiaient le long du membre supérieur gauche jusqu'à l'épaule gauche. Le pouce restait faible. Une physiothérapie de rééducation était nécessaire. Concernant le genou droit, les tuméfactions pré-patellaires initiales avaient nettement diminué, mais le patient souffrait de gonalgies résiduelles à la marche.
19. Par avis du 12 février 2019, le Dr E_____ a considéré que, près de deux ans après la fracture du pouce, une reprise de travail semblait justifiée à compter du 1^{er} mars 2019.
20. Le 12 décembre 2018, le Dr F_____ a établi trois certificats, attestant d'une capacité de travail nulle en octobre et novembre 2018, et d'une capacité de travail de 50 % en décembre 2018.
21. Le 5 février 2019, ce médecin a émis deux certificats d'arrêt de travail à 50 % couvrant la période du 1^{er} janvier au 28 février 2019.

22. Par pli du 14 février 2019, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reprenait le versement des prestations d'assurance.
23. Le 12 mars 2019, la SUVA a notifié à l'assuré une décision aux termes de laquelle, selon son service médical, il disposait d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2019. Les indemnités journalières lui seraient en conséquence allouées à 50 % jusqu'au 28 février 2019.
24. Par courrier du 5 avril 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à cette décision, en alléguant que son incapacité de travail persistait. Il a joint un certificat d'arrêt de travail à 50 % pour le mois de mars 2019 émanant du Dr F_____, signé le 14 mars 2019.
25. Le 15 avril 2019, la SUVA a réceptionné :
 - un rapport des HUG du 3 avril 2019, mentionnant que le patient se plaignait de douleurs à type de piqûres dans le pouce et le coude, remontant jusqu'à la nuque, ainsi que d'une tuméfaction et d'une rougeur apparaissant occasionnellement ; que la radiographie pratiquée montrait une bonne consolidation de la fracture de P2D1 gauche, qu'à l'examen clinique, ni une tuméfaction, ni une rougeur, ni une sudation excessive ni un changement de pilosité n'avaient été observés, excepté une minime dystrophie unguéale du pouce ; puis proposant des séances de physiothérapie et d'ergothérapie ;
 - un rapport des HUG du 26 octobre 2017, indiquant que le patient, victime d'un traumatisme au pouce avec arrachement de l'ongle, d'une fracture de la phalange distale et d'une torsion au niveau du genou, ne s'était pas plaint de gonalgies à droite en mars 2017 ; qu'il était en arrêt de travail dans les suites de son traumatisme du pouce gauche, avec une algoneurodystrophie importante pour laquelle il était sous Lyrica ; qu'il ressentait des douleurs d'ordre mécanique à la marche, sans composante inflammatoire, ni instabilité, ni épanchement intra-articulaire ni blocage, mais qu'il existait un volumineux épanchement de la bourse pré-patellaire, non inflammatoire, avec des douleurs exacerbées en hyperflexion ; que le genou était stable dans le plan frontal et sagittal, et l'examen rotulien sans particularité ; qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit du 5 septembre 2017 avait mis en évidence une bursite pré-patellaire et un kyste au niveau de la corne postérieure du ménisque externe ; qu'en définitive, la symptomatologie, décrite par le patient comme invalidante, restait mineure ; que la lésion du ménisque externe avec le discret kyste méniscal postéro-latéral n'était probablement pas liée à la symptomatologie actuelle ; et qu'un traitement conservateur avec des séances de physiothérapie était préconisé.
26. Par décision du 19 août 2019, la SUVA a rejeté l'opposition, en s'appuyant sur l'appréciation annexée du Dr E_____ du 12 août 2019, à laquelle elle a reconnu pleine valeur probante.

Dans ce document, le médecin d'arrondissement a conclu à une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2019, près de deux ans après l'accident, au vu de la consolidation de la fracture de la deuxième phalange du pouce.

27. Par acte du 19 septembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de remboursement des droits de greffe et de dépens, préalablement, à l'interpellation des Drs F_____ et G_____, anesthésiste, ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise, et principalement, à l'annulation de ladite décision, à la constatation que sa capacité de travail est de 50 % depuis le 1^{er} mars 2019 et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision.

Le recourant a reproché au Dr E_____ de n'avoir pas tenu compte de l'arrêt de travail émis par le Dr F_____, ni des autres atteintes qu'il avait subies (côtes et genou) ni du fait qu'il était suivi par le Dr G_____ au Centre de traitement de la douleur des HUG.

Il a produit le certificat du Dr F_____ du 30 août 2019, attestant d'une incapacité de travail à 50 % pour le mois de septembre 2019.

28. Dans sa réponse du 15 novembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle s'est étonnée que les certificats d'arrêt de travail du Dr F_____ pour les mois de juillet à septembre 2018 soient datés, tous trois, du 15 octobre 2018 – alors que ce médecin avait indiqué suivre le patient depuis septembre 2018 –, et ceux d'octobre à décembre 2018, du 12 décembre 2018.

Elle a considéré que ces éléments suscitaient des doutes quant à la force probante des certificats qu'établissait ce praticien.

Elle a fait valoir que le rapport des HUG du 3 avril 2019 confortait l'appréciation du Dr E_____ du 12 août 2019.

S'agissant des autres atteintes, elle a rappelé que le recourant avait déclaré le 8 août 2017 que son thorax et son genou droit étaient guéris. Elle a relevé que le rapport des HUG du 26 octobre 2017 mentionnait l'absence de composante inflammatoire, d'instabilité, d'épanchement intra-articulaire et de blocage en lien avec les gonalgies à droite qu'invoquait le recourant, et ajouté, se basant sur l'adage *post hoc, ergo propter hoc*, que le terme « post-traumatique » figurant dans les rapports médicaux ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle entre ces douleurs et l'accident.

Dans ces circonstances, l'intimée a estimé être fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} mars 2019.

29. Dans sa réplique du 12 décembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a allégué souffrir encore d'une atteinte à son pouce, se traduisant par des douleurs et une incapacité à se servir normalement de sa main, ainsi que de douleurs

irradiantes jusqu'à l'épaule gauche et au genou droit. Les infiltrations n'avaient pas été efficaces.

Il a exposé que l'atteinte au genou, qui n'existait pas auparavant, était due à l'accident.

Il a invité la chambre de céans à interroger le Dr F_____ si des doutes subsistaient quant à la valeur probante de ses certificats d'incapacité de travail.

30. Dans sa duplique du 16 janvier 2020, l'intimée s'en est rapportée à sa réponse.
31. À la demande de la chambre de céans, le 3 août 2020, le Dr F_____, dont le secret médical a été au préalable levé par le recourant, a transmis le dossier médical de son patient postérieur au 7 mars 2017, comprenant notamment les pièces suivantes :
- un rapport du 19 décembre 2019 du Dr G_____, indiquant avoir pris en charge le patient du 4 juillet au 16 décembre 2019, lequel décrivait la persistance de douleurs d'aspect neuropathique au niveau du thénar avec des changements de couleurs et des œdèmes intermittents ; posant les diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques du membre supérieur gauche dans les suites d'une fracture ouverte de P2D1 gauche avec avulsion du lit de l'ongle, compliquées par un syndrome douloureux régional complexe, et à titre secondaire, ceux de gonalgies droites, d'omalgies gauches et de cervicalgies ; recommandant la poursuite du traitement par prégabaline et une réévaluation de son utilité dans six mois ; et relatant une diminution des douleurs au genou droit grâce aux infiltrations interarticulaires ;
 - le rapport du 7 janvier 2019 du Dr F_____ adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), retenant des gonalgies bilatérales, des polyarthralgies, et des douleurs au pouce gauche ; ajoutant que le traitement consistait en de la physiothérapie de rééducation ; estimant la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle ; et préconisant un examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé du patient sur sa capacité de travail ;
 - les notes personnelles du Dr F_____, faisant état de consultations pour cause d'accident en 2017 : les 16, 25, 31 mars, 22 avril, 6 mai, 16 juin, 3 juillet, 4, 11, 29 septembre, 6 octobre, 3 et 30 novembre, 22 décembre, en 2018 : les 10 octobre, 12 novembre, 10 et 12 décembre, en 2019 : les 5 février, 4, 14, 26 mars, 10 avril, 9 mai, 5 juin, 7 et 30 août, et 27 novembre ; relevant que les plaintes principales du patient étaient les gonalgies droites et les douleurs au pouce qui persistaient ; et attestant des incapacités de travail à 100 % le 25 juillet 2017 pour le mois d'août 2017, le 10 avril 2019 pour la période du 1^{er} mars au 30 juin 2018, le 15 octobre 2018 pour la période du 1^{er} août au 30 septembre 2018, le 10 décembre 2018 pour la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2018, puis à 50 % depuis le 1^{er} janvier 2019.

32. Le 1^{er} septembre 2020, le recourant a fait savoir à la chambre de céans qu'il n'avait pas d'observations à formuler.

33. Dans son écriture du 30 septembre 2020, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Elle a relevé que le recourant n'a pas été vu en consultation par le Dr F_____ entre fin décembre 2017 et le 10 octobre 2018, confirmant ainsi les doutes soulevés quant à la valeur probante des certificats d'arrêt de travail pour les mois de juillet à septembre 2018. Au cours de l'année 2019, le médecin retenait un état stationnaire, sans signe de péjoration au niveau du pouce et du genou droit.

L'intimée a produit l'appréciation du 29 septembre 2020 de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie auprès de la division médecine des assurances de la SUVA, retenant que la bursite avérée objectivée sur l'IRM de septembre 2017 n'était qu'en lien de causalité possible avec l'accident, en l'absence de signe en faveur d'une bursite aiguë sur l'imagerie initiale – qui montrait une bursite infra-patellaire débutante voire chronique – et d'un choc direct sur le genou droit lors de l'événement du 7 mars 2017, d'autant que la torsion du genou à ce moment évoquée dans différents rapports médicaux ne provoque pas une bursite chronique ou aiguë.

Sur cette base, l'intimée a considéré que les troubles au genou droit ne justifiaient pas la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 28 février 2019.

34. Invité à se déterminer, le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai qui lui a été imparti.

35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. 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 après cette date – le 7 mars 2017 –, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1^{er} janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 28 février 2019, motif pris que le recourant, victime d'une fracture du pouce gauche lors de l'accident du 7 mars 2017, dispose d'une capacité de travail entière dès le 1^{er} mars 2019, et que les gonalgies droites qu'il invoque ne sont pas en lien de causalité suffisant avec cet événement.
6. 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.
7. 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

8. 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).

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

10. a. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

À teneur de 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.

b. La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 1^{ère} phrase LPGA. Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). Cette application en assurance-accidents des délais aménagés à l'assuré en matière d'indemnités journalières pour maladie s'est heurtée à des critiques doctrinales, qui soutiennent qu'un changement de profession ne saurait être exigé avant la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (Kaspar GEHRING in KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 3 ad art. 16 LAA ; Markus SCHMID in HÜRZELER / KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozial-versicherungsrecht, UVG, 2018, n. 11 ad art. 16 LAA). Le droit aux indemnités journalières cesse toutefois au plus tard lors de la stabilisation de l'état médical (Philipp GEERTSEN in HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 18 ad art. 19 UVG ; ATAS/631/2020 du 3 août 2020 consid. 5).

c. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme

« sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

11. 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).

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).

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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

12. 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).
13. 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).

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), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre 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 et les références). 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 du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

14. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

15. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident le 7 mars 2017, ayant entraîné une fracture de la deuxième phalange du pouce gauche, avec arrachement de l'ongle, et provoqué une incapacité de travail, de sorte que l'intimée a versé des indemnités journalières à 100 %, puis à 50 % dès le 1^{er} décembre 2018.

Celle-ci, s'appuyant sur l'appréciation du 12 août 2019 de son médecin d'arrondissement, le Dr E_____, a toutefois mis un terme à ses prestations avec effet au 28 février 2019, date au-delà de laquelle elle a considéré que le recourant est apte à retravailler à plein temps. En se basant sur l'appréciation du 29 septembre 2020 de la Dresse H_____, médecin auprès de sa division médecine des assurances, l'intimée nie également la causalité naturelle entre les gonalgies droites que rapporte le recourant et l'accident.

b. La chambre de céans relèvera au préalable qu'aucun médecin ayant examiné le recourant n'a attesté d'une incapacité de travail en lien avec la gêne thoracique dont

celui-ci a souffert consécutivement à son accident. Aussi n'était-il pas nécessaire, contrairement à ce que prétend le recourant, que le Dr E_____ prît en compte cette atteinte, d'autant moins que celui-là ne s'est pas plaint de douleurs à ce niveau après la consultation du 16 août 2017 chez le Dr D_____.

c. Cela étant, l'appréciation du médecin d'arrondissement qui porte essentiellement sur les répercussions de la lésion au pouce gauche sur la capacité de travail du recourant est sommairement motivée, et ne s'avère donc pas convaincante.

En effet, le Dr E_____, qui n'a pas examiné le recourant en 2019, se borne à indiquer qu'en raison de l'écoulement du temps, soit deux ans après l'accident, et de la consolidation de la fracture, le recourant possède une capacité de travail entière dès le 1^{er} mars 2019. Or, le médecin ne s'est nullement prononcé sur le lien de causalité entre l'accident et la probable algodystrophie – pourtant mentionnée dans sa précédente appréciation de 2017, et évoquée dans différents rapports médicaux depuis le 20 juin 2017 (à la suite de l'intervention chirurgicale effectuée en mars 2017) –, ni, dans l'affirmative, sur les conséquences de cette (probable) affection sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, voire dans une activité adaptée.

c/aa. C'est le lieu de rappeler que le syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis. L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir :

- 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial
- 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes :
 - a) Sensoriel : le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie
 - b) Vasomoteur : le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur
 - c) Sudomoteur/œdème : le patient décrit un œdème et/ou une asymétrie de sudation
 - d) Moteur/trophique : le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau).
- 3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :
 - a) Sensoriel : confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie

b) Vasomoteur : confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur

c) Sudomoteur/œdème : confirmation d'un œdème et/ou asymétrie de sudation

d) Moteur/trophique : confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)

4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques. En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC ; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1 et les références).

Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a précisé, s'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie, que la période de latence de six à huit semaines entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie – qui est l'une des trois conditions cumulatives qui devaient être remplies à teneur de l'arrêt 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 – ne constitue qu'une valeur empirique et ne fait nullement l'objet d'un consensus médical. Au demeurant, elle a été proposée en 1998, soit avant que les critères diagnostiques du SDRC aient été établis. On ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester (consid. 5.2.1 et 5.2.2 et les références).

c/bb. Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait admettre à ce stade, comme le voudrait l'intimée, que le rapport des HUG du 3 avril 2019 conforte l'avis du Dr E_____, ce pour un double motif. D'une part, dans ce document, les médecins des HUG ne se sont pas déterminés sur la capacité de travail du recourant. D'autre part, quand bien même à l'examen clinique, ceux-ci n'avaient observé ni une tuméfaction, ni une rougeur, ni une sudation excessive ni un changement de pilosité, hormis une dystrophie unguéale du pouce, le recourant avait cependant déclaré qu'il souffrait de douleurs à type de piqûres dans le pouce et le coude, remontant jusqu'à la nuque, et qu'une tuméfaction et une rougeur apparaissaient de temps à autre. Il a également rapporté ses plaintes au Dr G_____ qu'il a consulté du 4 juillet au 16 décembre 2019, soit avant le prononcé de la décision querellée du 19 août 2019, en invoquant en particulier la persistance de douleurs d'aspect

neuropathique au niveau du thénar avec des changements de couleurs et des œdèmes intermittents.

Bien que le Dr G_____ retienne un SDRC, on se demande si ce diagnostic peut être posé même lorsque, comme en l'espèce, les symptômes ne semblent se manifester que par périodes, et si, dans la négative, ceux-ci seraient néanmoins liés à l'accident – auquel cas il y aura lieu de déterminer s'ils seraient incapacitants – ou pas. En outre, certes, comme le relève l'intimée, dans ses notes personnelles versées au dossier le 3 août 2020, le Dr F_____ n'a pas constaté de signe de péjoration au niveau du pouce gauche. En revanche, il a observé que l'état de santé de son patient était stationnaire ; dans son rapport du 30 janvier 2019, il avait indiqué que les douleurs, qui persistaient, irradiaient le long du membre supérieur gauche jusqu'à l'épaule gauche, et que le pouce restait faible.

Si le médecin traitant, sur cette base, atteste que le recourant peut travailler à 50 % depuis le 1^{er} décembre 2018, ses certificats d'arrêt de travail sont toutefois sujets à caution. Outre le fait qu'on se demande pour quels motifs il retient ce taux – et qu'il a préconisé un examen médical complémentaire pour évaluer les effets de l'atteinte à la santé de son patient sur sa capacité de travail (cf. son rapport du 7 janvier 2019 adressé à l'OAI) –, il a de toute manière établi rétroactivement les certificats des 10 avril 2019 et 15 octobre 2018 portant sur la période du 1^{er} mars au 30 juin 2018, respectivement, du 1^{er} juillet au 30 septembre 2018, alors qu'il n'a pas vu le recourant durant ce laps de temps, relativement longue. De même, bien que les certificats du 10 décembre 2018 et du 5 février 2019 fussent émis à une époque où celui-ci le consultait, ils couvrent néanmoins la période rétroactive du 1^{er} octobre au 30 novembre 2018, respectivement du 1^{er} au 31 janvier 2019. Or, la durée de la rétroactivité du constat ne devrait pas être trop longue (arrêt du Tribunal administratif fédéral A-6410/2014 du 1^{er} septembre 2015 consid. 4.3.4.2). Sur un plan scientifique, il est généralement possible au médecin de déterminer, surtout s'il s'agit de son propre patient, que trois ou quatre jours avant, voire plus selon les circonstances et la pathologie constatée, le travailleur était dans l'incapacité de fournir sa prestation. Le caractère rétroactif doit cependant inciter le juge à la prudence (ATAS/1194/2019 du 20 décembre 2019 consid. 11 et la référence).

d. Force est ainsi de constater que l'intimée n'a pas suffisamment instruit la situation médicale du recourant, de sorte qu'on ne peut, sans autres vérifications, retenir que celui-ci a recouvré sa pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2019. Il convient ainsi de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre un examen auprès de son médecin d'arrondissement (autre que le Dr E_____), lequel devra se prononcer sur les questions demeurées en suspens au consid. 15c ci-dessus, cas échéant, en se renseignant auprès des médecins ayant traité le recourant.

e. En ce qui concerne l'appréciation du 29 septembre 2020 de la Dresse H_____, établie sur la base du dossier du recourant, comprenant tous les rapports médicaux y compris les résultats d'imagerie, concluant, au moyen d'une motivation

circonscrite, à un lien de causalité tout au plus possible entre les gonalgies droites et l'accident, car la torsion du genou droit en mars 2017, qui n'a pas été invoquée initialement, ne provoque pas une bursite chronique ni aiguë objectivées sur les IRM de mars et septembre 2017, elle emporte la conviction. Ce d'autant plus que, de l'aveu même du recourant – qui n'a de surcroît apporté aucun avis médical divergent alors qu'il a été invité à se déterminer à ce sujet –, les certificats d'arrêt de travail ne concernaient que la lésion au pouce gauche (cf. compte-rendu de l'entretien du 18 janvier 2019 ; voir également dans ce sens le rapport des HUG du 26 octobre 2017). Partant, en l'absence d'une relation de causalité naturelle établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis dans le domaine des assurances sociales, c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'il n'y a pas lieu de continuer le versement des indemnités journalières au-delà du 28 février 2019 pour cette atteinte.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 19 août 2019 annulée, et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants (consid. 15c et 15d ci-dessus), et rende une nouvelle décision.
17. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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]), arrêlée en l'espèce à CHF 800.-.
18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

**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 19 août 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants (consid. 15c et 15d ci-dessus) et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Marine WYSSENBACH

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