

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/533/2025

ATAS/800/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 octobre 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Jean-Michel DUC, avocat

contre

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

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1970, exerçant l'activité de maçon, droitier, a été victime d'un accident de chantier, en date du 26 novembre 2021, lors duquel une pantelle est tombée sur son index gauche, qui a subi un écrasement avec fracture ouverte de la phalange distale. Le jour même, il a été opéré en urgence aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) avec ostéosynthèse par embrochage de P3 D2 à la main gauche.
- b.** L'assureur-accidents de son employeur B _____ SA, soit la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), a pris en charge le cas et a alloué les prestations légales. En incapacité de travail depuis le 26 novembre 2021, l'assuré a été licencié par son employeur en date du 27 janvier 2022.
- c.** Lors de la consultation médicale de suivi du département de chirurgie des HUG, en date du 8 avril 2022, la docteure C _____, médecin interne, a relevé une suspicion de syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC). Au cours de la consultation médicale de suivi du 6 décembre 2022, qui s'est déroulée dans le même service, le docteur D _____, médecin interne, a relevé la présence d'un SDRC de type 2, en précisant que les critères de Budapest étaient remplis.
- d.** Le cas a été soumis par la SUVA à son médecin-conseil, la docteure E _____, chirurgienne orthopédiste et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu un rapport médical du 24 janvier 2023 recommandant un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) de six semaines, afin d'évaluer les capacités fonctionnelles.
- e.** Suite au séjour de l'assuré à la CRR, du 21 février au 22 mars 2023, un rapport médical daté du 19 avril 2023 a été rédigé, faisant état d'un SDRC dans la main gauche, entraînant des limitations fonctionnelles, soit l'interdiction du port de charges lourdes, de manière répétitive et les activités de dextérité fine, de manière répétitive, avec l'index gauche. Aucune incohérence n'avait été relevée mais il était signalé que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical en ce qui concernait l'index gauche. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon était considéré comme défavorable alors que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le processus de réinsertion était favorable à 100%.
- f.** L'assuré a été soumis à un examen médical par la médecin-conseil de la SUVA, le Dre E _____, en date du 19 juillet 2023. Il s'est notamment plaint de douleurs persistantes à l'index gauche. À teneur du rapport médical rédigé par la médecin-conseil, les critères de Budapest permettant de conclure à la présence d'un SDRC n'étaient pas réunis et il était nécessaire de consulter des documents médicaux complémentaires qui ne lui avaient pas encore été transmis.

g. Après avoir reçu les documents médicaux complémentaires, la médecin-conseil a rendu une appréciation médicale datée du 28 décembre 2023. Les radiographies ne permettaient pas de constater une arthrose ou une arthrose des articulations interphalangiennes proximales (IPP) ou une arthrose des articulations interphalangiennes distales (IPD) pouvant expliquer les douleurs de l'assuré. Le courrier du service d'antalgie des HUG, pour un contrôle de la douleur daté du 25 septembre 2023, attestait d'un SDRC avec une douleur disproportionnée. La médecin-conseil reprenait les appréciations décrites à la sortie de la CRR pour les limitations fonctionnelles mais considérait que dans une activité adaptée, l'assuré pouvait travailler à 100% avec un rendement de 100%. S'agissant d'une éventuelle indemnisation pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), elle devait être exclue car l'index n'était pas amputé et ne présentait pas de limitations de mobilité importantes.

h. Par courrier du 22 août 2024, la SUVA a informé l'assuré que, selon l'avis de son médecin-conseil, ce dernier n'avait plus besoin de traitement de telle sorte que l'assurance mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} octobre 2024. Il était conseillé à l'assuré de s'adresser à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), pour d'éventuelles mesures de réadaptation. Les limitations fonctionnelles suivantes de la main gauche étaient retenues : port de charges lourdes de manière répétitive et activités de dextérité fine avec l'index gauche de manière répétitive. La SUVA considérait que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière et sans diminution de rendement. Il était encore précisé que si d'autres prestations d'assurances entrent en ligne de compte, l'assuré en serait informé dans un courrier ultérieur.

i. Le conseil de l'assuré a demandé à pouvoir consulter l'intégralité du dossier, par courrier du 23 septembre 2024.

B. a. Par décision du 2 octobre 2024, la SUVA a considéré que l'assuré n'avait pas droit à une rente car le degré d'invalidité était inférieur à 10% ; en effet, après comparaison entre le gain qui pouvait être réalisé sans accident, selon la convention nationale pour le secteur principal de la construction suisse, et le gain qui pourrait être réalisé au vu des tableaux de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), une perte de gain de 7.18% était observée. Par ailleurs, il n'existait pas d'atteinte importante qui puisse justifier le versement d'une IPAI.

b. Par courrier de son conseil, daté du 31 octobre 2024, l'assuré s'est opposé à la décision du 2 octobre 2024 en faisant valoir que son état de santé, en lien avec l'accident du 26 novembre 2021, justifiait la poursuite des soins et le versement de l'indemnité journalière ainsi que la prise en charge des traitements médicaux au-delà du 1^{er} octobre 2024. De plus, une rente d'invalidité et une IPAI devaient lui être versées car l'appréciation de la SUVA, selon laquelle il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique, ne correspondait pas à la gravité des blessures de l'assuré.

c. Un certificat médical daté du 8 janvier 2025 et signé par le professeur F_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité de la consultation d'antalgie des HUG, a été transmis à la SUVA. Le médecin attestait que l'assuré continuait de souffrir de douleurs incapacitantes de son doigt, suite à son accident, ce qui avait entraîné un impact grave sur la qualité de sa vie privée et sur son humeur. Ces douleurs nécessitaient une prise en charge multidisciplinaire avec ergothérapie, prise en charge psychiatrique et d'antalgie. Il était demandé à la SUVA de reconsidérer sa décision car la thérapie était bloquée par le fait que le traitement n'était plus remboursé. Le diagnostic posé était une douleur chronique post-traumatique MG30.20.

d. Par décision du 16 janvier 2025, la SUVA a écarté l'opposition et a confirmé sa précédente décision du 2 octobre 2024. Il était notamment observé qu'à l'appui de l'opposition n'était pas fait état d'un quelconque traitement médical qui permettrait d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré, si bien que la SUVA était en droit de passer à l'examen du droit à la rente d'invalidité ainsi qu'à l'examen du droit à une IPAI. De plus, la SUVA considérait que les conclusions dûment motivées de la médecin-conseil emportaient la conviction et ceci même si le médecin traitant de l'assuré était d'un autre avis en ce qui concernait sa capacité de travail.

C. a. Par acte de son conseil, posté le 17 février 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 16 janvier 2025 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu principalement à ce que la décision soit réformée et que la SUVA soit condamnée à verser une rente d'invalidité ainsi qu'une IPAI, avec poursuite des traitements médicaux et du versement de l'indemnité journalière au-delà du 1^{er} octobre 2024. Subsidiairement, il était conclu à ce que la cause soit renvoyée à la SUVA pour complément d'instruction et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens.

b. Dans sa réponse du 24 mars 2025, la SUVA a rejeté les conclusions de l'assuré et a notamment allégué que l'appréciation médicale de sa médecin-conseil était probante et qu'une expertise médicale était injustifiée, ce qui avait été développé dans la décision sur opposition. En ce qui concernait le montant des revenus pris en compte par la SUVA pour le calcul de la perte de gain, cette dernière rappelait que lors de son accident, l'assuré était au bénéfice d'un contrat de mission temporaire d'une durée maximale de trois mois, ce qui ne pouvait pas être considéré comme un contrat de durée indéterminée qui aurait été reconduit s'il n'avait pas été victime de son accident. Enfin, le bref rapport médical du 8 janvier 2025, qui avait été transmis par l'assuré, ne répondait pas à la question de l'atteinte à l'intégrité et ne permettait pas de fonder des prétentions pour une IPAI de 30%.

c. Par réplique du 10 juin 2025, l'assuré a transmis un rapport médical du 30 mai 2025 rédigé par le professeur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Selon ce dernier, l'accident avait entraîné un SDRC de l'index gauche, qui s'était chronicisé. L'enraidissement douloureux en extension d'un doigt suite à un SDRC post-traumatique pouvait être assimilé à une amputation fonctionnelle, ce qui entraînait une atteinte à l'intégrité de 6%. S'agissant de la stabilisation, la situation n'était pas encore stabilisée car la raideur douloureuse persistait et un traitement était en cours. Le médecin reprenait les limitations fonctionnelles déjà retenues pour la main gauche, soit le port de charges lourdes de manière répétitive, les activités de dextérité fine avec l'index gauche de manière répétitive. Il indiquait également des limitations fonctionnelles pour la main droite, le rachis et les membres inférieurs. Au vu des diagnostics et des limitations fonctionnelles relevées, il estimait que la capacité de travail était nulle aussi bien dans une activité adaptée que dans l'activité habituelle de maçon.

d. Par duplique du 3 juillet 2025, la SUVA s'est déterminée et a notamment relevé que seules les atteintes à l'index gauche étaient concernées, les autres troubles de la santé relevés par le Prof. G_____ n'ayant aucun lien avec l'accident du 26 novembre 2021. En ce qui concernait le SDRC, il était précisé que ce dernier n'était pas exclu, même si une dysesthésie était, à elle seule, compatible avec un écrasement des nerfs de l'extrémité du doigt. En revanche, la SUVA considérait, en se fondant sur le rapport de sa médecin-conseil annexé, que la situation était stabilisée en juillet 2023 et qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre le versement des indemnités journalières au-delà du 1^{er} octobre 2024. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la SUVA rappelait que l'appréciation du Prof. G_____ se fondait sur l'ensemble des troubles de la santé alors que seul l'index gauche devait être pris en compte par la SUVA. Enfin, il était constaté que le Prof. G_____ ne retenait qu'un taux d'IPAI de 6%, ce qui ne justifiait pas la prétention à une indemnité de 30%. Néanmoins, après avoir examiné le rapport du Prof. G_____, la médecin-conseil de la SUVA avait modifié son appréciation et admettait le droit à une IPAI de 5%. Enfin, il était relevé que les dépens réclamés par l'assuré devaient tenir compte des conclusions trop élevées et non fondées émises par le conseil du recourant.

e. Invité à se déterminer sur la duplique de la SUVA, le conseil du recourant a répondu, par courrier du 25 juillet 2025, que l'écriture de l'intimée et son annexe n'apportaient pas d'éléments nouveaux et n'appelaient aucune observation.

f. Par courrier du 15 août 2025 adressé au conseil du recourant, la chambre de céans a souligné que la SUVA proposait dans sa duplique une admission partielle du recours et l'octroi d'une IPAI de 5% en demandant au recourant de se déterminer sur ladite proposition.

g. Par courrier du 4 septembre 2025, le recourant a maintenu ses conclusions, sous réserve de l'IPAI qu'il a réduite à 6%, conformément à l'appréciation du Prof. G_____.

h. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

i. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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).

1.2 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.

1.3 Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

En l'occurrence, le dernier employeur de l'assuré, soit B _____ SA, a son siège dans le Canton de Genève.

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.4 Le délai de recours est de 30 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.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition de la SUVA refusant la poursuite des prestations en faveur de l'assuré, au-delà du 1^{er} octobre 2024.

3.

3.1 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère

soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

3.2 Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

3.3 Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - *Complex regional pain syndrome* en anglais ou SDRC en français), algodystrophie ou maladie de Sudeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). 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 c) 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 ; 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 nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.2 et les références).

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).

Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest », qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs / œdème, moteurs / trophiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

4.

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

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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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).

4.2 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).

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 même 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).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

4.3 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 ; 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).

4.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6.

6.1 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 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). 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).

6.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

7.

7.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

7.2 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 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).

8.

En l'espèce, l'appréciation des parties diffère sur la stabilisation du cas et la date d'arrêt des prestations de l'intimée ainsi que sur le taux de l'IPAI.

8.1 Chacune des parties fonde son argumentation sur des rapports médicaux ; l'intimée considère que l'examen médical effectué par sa médecin-conseil ainsi que les rapports qui s'en sont suivis présentent une pleine valeur probante et doivent être suivis. En dépit d'une modification intervenue au stade de la duplique après avoir pris en compte l'appréciation médicale du Prof. G_____ uniquement sur le principe du droit à une IPAI, l'intimée estime que le cas est stabilisé avec effet au 1^{er} octobre 2024. Le recourant, de son côté, s'appuie sur l'appréciation médicale du Prof. G_____ du 30 mai 2025 pour soutenir que le cas n'est pas stabilisé et que l'IPAI doit être fixée à 6%.

Dans son appréciation brève du 30 juin 2025 en réponse à l'appréciation médicale du Prof. G_____, la médecin-conseil de la SUVA admet que l'existence du SDRC n'a jamais été complètement exclue, mais qu'elle avait conclu, au moment de son examen, aux séquelles d'un SDRC probable, tout en soulignant qu'une dysesthésie pouvait également entrer en ligne de compte. En revanche, la médecin-conseil maintient son appréciation selon laquelle le cas s'est stabilisé en 2023 en relevant qu'il est surprenant que le *team* orthopédie des HUG continue de suivre le recourant pour une éventuelle désensibilisation car elle considère que cette dernière ne peut plus être efficace, au degré de la vraisemblance prépondérante, après plus de trois ans d'échec. Elle relève également que, depuis juillet 2023, les traitements entrepris n'apportent pas d'amélioration pour les fonctions et la capacité de travail, ce qui est confirmé par la persistance des troubles en 2025, malgré les traitements proposés par les HUG.

De son côté, le Prof. G_____ observe que la situation n'est pas stabilisée car la raideur douloureuse persiste et un traitement est actuellement en cours, étant précisé qu'il maintient le diagnostic de SDRC chronique froid ou résiduel en citant la littérature scientifique. À cet égard, l'appréciation médicale du 8 janvier 2025 du Prof. F_____ va également dans le sens d'une situation médicale qui n'est pas stabilisée.

S'agissant du taux de 6% d'IPAI retenu par le Prof. G_____, ce dernier considère que l'atteinte à l'intégrité de l'index gauche, en raison du SDRC post-traumatique, doit être assimilée à une amputation fonctionnelle.

8.2 S'il est vrai que la médecin-conseil de la SUVA est une spécialiste en matière orthopédique, il n'en reste pas moins que le Prof. G_____ est également un spécialiste dans ce domaine.

Les conclusions de ce dernier, qui vont à l'encontre de celles de la médecin-conseil, laissent subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de cette dernière, notamment quant au diagnostic de SDRC et à la stabilisation du cas. S'agissant du taux d'indemnité de l'IPAI, les deux médecins ont des appréciations très proches.

Il n'en reste pas moins que la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher la cause, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur l'un ou sur

l'autre de ces avis médicaux, raison pour laquelle il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA, afin de déterminer si le cas est stabilisé et si oui à quelle date, quelle est la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et quel est le taux applicable pour fixer l'IPAI.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 16 janvier 2025 sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision, au sens des considérants.

9.2 Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]).

9.3 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 16 janvier 2025 et renvoie la cause à l'intimée, pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Octroie au recourant une indemnité de CHF 2'000.-, à la charge de l'intimée, à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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