

GE_GERICHTE ATAS/686/2017 vom 14. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_686_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/686/2017 du 14 août 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/686/2017 del 14 agosto 2017

Erwägungen

E. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

E. 2

A 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - 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).

E. 4

Aux termes de la décision litigieuse, l'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé pouvait nier le droit du recourant à toutes prestations, faute de lien de causalité entre l'accident du 23 février 1996 et l'état pathologique ayant nécessité l'arthrodèse trapézométacarpienne droite du 3 septembre 1996, respectivement la reprise d'arthrodèse du 26 juillet 2004 et la désarthrodèse pratiquée le 8 mai 2012.

E. 5

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 119 V 335 consid. 1; ATF 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans

A/2947/2016 - 15/28 - cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 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. 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). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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. La simple possibilité que l'accident

A/2947/2016 - 16/28 - n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 6

L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du

E. 11

Dans un deuxième grief, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr L_____ au motif qu'elle est incomplète et qu'elle ne constitue qu'une simple critique de documents. Dans son rapport d'expertise du 9 février 2016 et sur la base des divers rapports médicaux au dossier, le Dr L_____ relève l'existence d'un état antérieur sous forme d'une atteinte arthrosique du pouce droit objectivée par les radiographies de juillet 1992. Il conclut à l'absence d'une aggravation par l'accident du 23 février 1996 eu égard à l'absence tant d'une aggravation anatomique que d'une aggravation douloureuse de l'arthrose du pouce. Il aboutit à cette conclusion en reconstituant le mécanisme de l'accident de février 1996 sur la base des déclarations du recourant et des descriptions de l'accident contenues dans les rapports médicaux qui lui permettent de retenir l'absence de choc à la main tant par la grille que par le sol, respectivement que l'événement n'a pas pu déclencher une symptomatologie douloureuse. Il convient tout d'abord de constater que ce rapport d'expertise ne reproduit pas les plaintes du recourant, de sorte qu'il ne remplit pas les conditions formelles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. De plus, il se base sur une fausse prémisse en tant qu'il tente d'établir le déroulement de l'accident vingt ans après celui-ci, en essayant de retenir la version la plus cohérente. Or, en droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts du Tribunal fédéral 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 42 et 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1). En l'occurrence, selon la déclaration de sinistre du 26 février 1996, le recourant a chuté sur les fesses et la grille qu'il tenait est tombée sur sa main droite, les documents transmis par la clinique de Carouge à l'expert F_____ à la suite de la consultation du 23 février 1996 faisant également l'état d'un choc

sur la main droite. Quoiqu'il en soit, dans la mesure où tous les médecins sont d'accord pour admettre que cet accident a provoqué une contusion de la main droite, il est incontestable qu'il y a eu un choc sur la main droite. Par conséquent, la description de l'accident faite par le Dr L_____ ne peut être retenue et l'intimé a pris en charge à juste titre l'accident du 23 février 1996. Sur la question de savoir si l'aggravation de l'état pathologique de l'articulation du pouce droit est en lien de causalité avec l'accident du 23 février 1996, la chambre de céans constate qu'elle a été soumise à l'expertise tant du Dr F_____ que du Dr G_____ qui ont admis unanimement dans leurs rapports des 16 décembre 1996 et 10 janvier 2003 que l'accident avait déclenché un état douloureux, respectivement

A/2947/2016 - 21/28 - une décompensation de l'arthrose nécessitant une arthrodèse trapézométacarpienne. Par ailleurs dans son rapport du 9 avril 1997, le Dr E_____ a également considéré que l'accident du 23 février 1996 a précipité l'évolution défavorable en provoquant une diminution de la force probablement définitive, une diminution de la mobilité du rayon du pouce et une apparition de douleurs lors de l'emploi avec force ou mouvements répétitifs rendant indispensable l'arthrodèse afin de diminuer la douleur. Tant le TA, le TCAS que la chambre de céans ont admis la valeur probante des rapports d'expertise des Drs F_____ et G_____ pratiqués à proximité de l'accident. En effet, par arrêt du 30 juillet 2008 entré en force de chose jugée, le TCAS a accordé une pleine valeur probante à l'expertise du Dr G_____ retenant que le statu quo sine vel ante n'était pas atteint à la date de la décision sur opposition du 1er octobre 2007. De plus par arrêt du 31 janvier 2001, le Tribunal fédéral a retenu que le recourant souffrait, à l'époque où l'intimé a rendu sa décision sur opposition du 28 janvier 1998, d'un état pathologique en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 23 février 1996. Enfin, dans son arrêt du 5 mars 2014, la chambre de céans a également considéré que le rapport d'expertise du Dr G_____ du 4 avril 2009 avait pleine valeur probante. Par conséquent, il n'est pas admissible que vingt ans après l'accident, l'intimé ordonne une expertise afin de procéder à une nouvelle appréciation du lien de causalité pour une période antérieure à celle qui est litigieuse à savoir celle dès le 1er octobre 2007, sur la base des faits déjà connus à l'époque des expertises des

E. 16

décembre 1996 et 10 janvier 2003, alors que ce lien a été admis par plusieurs juridictions. Quant aux développements de l'expert L_____ à cet égard, ils n'expliquent à aucun moment la contradiction entre le rapport scanographique du poignet droit du 26 juin 1992 attestant de l'absence de lésion traumatique du poignet droit et les radiographies du 20 mai 1992 mettant en évidence une ancienne fracture de la base du premier métacarpien droit. Quoiqu'il en soit, au regard des autres expertises et du rapport du Dr E_____ du 9 avril 1997 aux conclusions convergentes, l'apparition de douleurs immédiatement après l'accident – alors qu'aucun médecin ne fait état de douleurs provoquées par l'état arthrosique du pouce droit entre le début juillet 1992, date de la fin du traitement médical lié au premier accident – et le 23 février 1996 – confirme une décompensation douloureuse de l'arthrose du pouce droit, respectivement une aggravation de l'état pathologique par l'accident du 23 février 1996. Aussi, les conclusions contraires du Dr L_____ n'ont pas de valeur probante. Par ailleurs, l'expert ne s'est pas prononcé – si ce n'est implicitement – sur le lien de causalité entre l'état pathologique lors de son examen et l'accident du 23 février 1996, respectivement sur la question de savoir si le statu quo sine vel ante était atteint à la

date de son examen, ni sur la question de savoir si l'état définitif est atteint, ni s'il existe une atteinte à l'intégrité et une invalidité, respectivement quel en sont leur taux, bien que ces questions lui aient été posées par l'intimé. De plus, il

A/2947/2016 - 22/28 - ne se prononce pas davantage sur le lien de causalité avec la nouvelle opération projetée par le Dr G_____ consistant à enlever une broche au poignet droit, alors qu'il s'agit de la question centrale pour le recourant. Au vu de ces divers défauts et lacunes, le rapport d'expertise du Dr L_____ n'a pas de valeur probante. 12. Dans la mesure où par sa décision querellée, l'intimé a mis un terme à ses prestations avec effet ex nunc et pro futuro, il a dans les faits reconnu l'atteinte du statu quo ante vel sine au 30 septembre 2007 puisqu'il a versé ses prestations jusqu'à cette date. Or, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du retour au statu quo ante vel sine au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 1996, le Dr F_____ a très clairement conclu à l'aggravation durable d'un état antérieur par l'accident de 1996 au motif que celui-ci avait rendu nécessaire l'arthrodèse, soit une intervention qui a modifié anatomiquement l'articulation de la main droite du recourant, de sorte qu'un retour au statu quo ante n'entre pas en considération. Aussi, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 5), l'intimé ne peut mettre un terme à ses prestations que s'il établit l'atteinte du statu quo sine au degré de la vraisemblance prépondérante, étant précisé que si au vu de l'écoulement du temps et de l'indisponibilité de certains documents, notamment du dossier médical du Dr D_____ qui a pris sa retraite, il ne peut pas rapporter cette preuve, le fardeau de la preuve lui appartient et il doit en assumer les conséquences négatives. 13. L'intimé soutient que la désarthrodèse du 8 mai 2012 avec mise en place d'une prothèse Pi2 à droite est une rechute ou une séquelle tardive de l'accident du 23 février 1996. a) Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du

E. 20

décembre 1982 - OLAA; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

A/2947/2016 - 23/28 - Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de

causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). b) En l'espèce, contrairement à ce que soutient l'intimé, il n'y a pas à examiner si l'intervention du 8 mai 2012 est une séquelle tardive ou une rechute de l'accident du 23 février 1996 puisque l'atteinte au poignet droit n'a jamais été considérée comme guérie en apparence. En effet, dans son rapport du 4 avril 2009, le Dr G_____ a indiqué que les plaintes formulées lors de son examen du même jour étaient clairement en relation avec l'état post-opératoire induit par le traumatisme du 23 février 1996 et que le recourant portait de façon régulière pour ne pas dire constante une attelle de type rhizarthrose rigide. Les radiographies mettaient en évidence une très probable consolidation incomplète de la réarthrodèse mais également la présence d'une broche ayant migré et une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne. Une nouvelle intervention était inéluctable sous forme d'arthroplastie dont le type restait à déterminer. Au vu des avis médicaux versés au dossier parmi lesquels figurait le rapport susmentionné, le Tribunal fédéral a expressément relevé dans son arrêt de renvoi du 4 avril 2013 que le traitement médical n'était pas terminé et que l'état du recourant n'était pas stabilisé, de sorte qu'il n'était pas possible de fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité. Par ailleurs, l'intimé n'a jamais procédé au règlement définitif du cas, ce qui confirme l'absence de guérison des troubles du poignet droit. Au vu de ce qui précède, tant que l'atteinte du statu quo sine n'est pas établie sur la base d'un rapport d'expertise ayant valeur probante, l'intimé doit continuer à verser ses prestations. 14. Le recourant requiert également le versement d'indemnités journalières à partir de janvier 2009 sur la base d'un gain assuré de CHF 49'283.50 et d'une indemnité pour tort moral, ainsi que la prise en charge par l'intimé de ses opérations. Il demande également à la chambre de céans de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer l'assureur compétent pour prendre en charge son cas. a) Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les

A/2947/2016 - 24/28 - décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). b) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 2008 consid. 2.1). c) En l'espèce, le droit éventuel du recourant à d'autres prestations de l'assurance-accidents pour tort moral n'a pas fait l'objet d'une décision de l'intimé. Par ailleurs, le recourant semble prétendre à ce titre non pas à une indemnité pour tort moral qui est allouée dans l'assurance-accidents par le biais de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 133 V

E. 25

septembre 2009 consid. 5.1), mais l'indemnisation de ses frais d'avocat. S'agissant de la détermination de l'assureur compétent, il n'appartient pas à la chambre de céans de procéder à une telle détermination, mais seulement de contrôler l'exactitude des décisions rendues par l'assureur social. Or, seul l'intimé a rendu une décision de refus de prestations. Par ailleurs, en cas de conflit négatif de compétence entre assureurs-accidents, la chambre des assurances sociales n'est pas compétente pour connaître d'un tel litige puisque cette compétence appartient à l'office fédéral de la santé publique. En effet, l'art. 78a LAA prévoit que l'office fédéral de la santé publique statue sur les contestations pécuniaires entre assureurs et selon la jurisprudence, les voies de droit désignées à l'art. 78a LAA sont ouvertes au sujet de l'obligation de prester ou lorsque un assureur réclame à l'autre assureur le remboursement des prestations déjà versées (ATF 127 V 176 consid. 4d). Dans ces conditions, cette contestation n'a pas d'objet, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur lesdites conclusions. En revanche, en tant que selon la décision litigieuse, l'intimé a versé ses prestations jusqu'au 30 septembre 2007 seulement et que le recourant conclut à la prise en charge du traitement médical et à l'octroi de prestations en espèces pour la période postérieure au 30 septembre 2007, ses conclusions sont recevables sur ces points. 15. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de

A/2947/2016 - 25/28 - travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21

al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). L'art. 21 al. 1 let. c LAA subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Si cette condition n'est pas réalisée, le traitement médical requis doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (ATF 140 V 130 consid. 2.2; ATF 134 V 109 consid. 4.2). Quant à l'art. 21 al. 1 let. d LAA, il vise les assurés totalement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain (ATF 124 V 52 consid. 4).

A/2947/2016 - 26/28 - Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). 16. En l'espèce, l'intimé a statué sur le droit à la rente d'invalidité par décision sur opposition du 1er octobre 2007 tout en reconnaissant dans sa décision du 22 août 2005 ayant fait l'objet de ladite opposition que les conditions permettant de déterminer le droit à une rente d'invalidité n'étaient pas encore remplies. Or, dans son rapport d'expertise du 10 janvier 2003, le Dr G_____ a constaté que l'arthrodèse ne s'était pas consolidée et que l'état définitif n'était pas atteint, puis dans son rapport du 4 avril 2009, il a confirmé l'existence d'une très probable consolidation incomplète de la réarthrodèse pratiquée le 26 juillet 2004 avec migration d'une broche qui nécessitait une arthroplastie. Celle-ci n'a eu lieu que le 8 mai 2012 et dans son arrêt du 4 avril 2013, le Tribunal fédéral a considéré que l'intimé ne pouvait pas statuer sur l'atteinte à l'intégrité tant que le traitement médical n'avait pas pris fin, ce qui n'était pas le cas au vu des avis médicaux versés au dossier. Ainsi, l'intimé a statué à tort sur le droit à la rente d'invalidité en 2007 puisque l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé tout en précisant de façon contradictoire dans sa décision que les conditions permettant de déterminer le droit à une rente d'invalidité n'étaient pas encore remplies. Au vu de ces circonstances, il faut admettre que l'intimé n'a pas pu statuer sur le droit à la rente et que les conditions déterminant la prise en charge du traitement sont régies par l'art. 10 al. 1 LAA. Etant donné que la désarthrodèse avec pose d'un implant Pi2 pratiquée le 8 mai 2012 était propre à entraîner une amélioration de l'état de santé du recourant, l'intimé doit également la prendre en charge. Il en va de même de la future opération prévue au poignet droit consistant à enlever la broche mise en place par le précédent chirurgien qui fait saillie au niveau d'un interligne articulaire, soit une conséquence des opérations déjà prises en charge par l'intimé au sens de l'art. 6 al. 3 LAA. 17. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). 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 (art. 6 LPGA). Les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Ce salaire, y compris les éléments non encore perçus par l'assuré et auxquels il a droit, est converti en gain annuel et divisé par 365 (art. 22 al. 3 et 25 al. 1 OLAA, annexe 2 à l'OLAA). D'après l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas

A/2947/2016 - 27/28 - d'incapacité totale de travail, à 80 pour cent du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré a droit pendant une longue période aux indemnités journalières ou lorsqu'il est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 23 OLAA. b) S'agissant de l'indemnité journalière à partir de janvier 2009, le recourant conclut à ce qu'elle soit fixée sur la base d'un gain assuré de CHF 49'283.50. En l'occurrence, dans son certificat médical du 7 janvier 2009, le Dr H_____ indique que le recourant ne peut en aucun cas avoir une activité professionnelle avec sa colonne de pouce et que jusqu'à la date de l'intervention chirurgicale du 14 janvier 2009, il ne peut pas exercer d'activité professionnelle. Toutefois, cette opération a été reportée par le recourant. Puis dans ses certificats des 19 avril 2013 et 2 avril 2014, tout en rappelant qu'il suit le recourant depuis 2009, le Dr H_____ atteste une incapacité de travail à 100 % du 8 mai 2012 au 31 mai 2013 et de 50 % dès le 1er juin 2013 sans faire état d'aucune incapacité de travail antérieure au 8 mai 2012. Aussi, la question de savoir si le recourant présente une incapacité de travail depuis 2009 n'est pas suffisamment éclaircie sur le plan médical, ce d'autant plus que dans son rapport du 4 avril 2009, le Dr G_____ relève que le recourant n'exerce aucune activité professionnelle et vit d'une rente versée par son ex-épouse. Ainsi, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour trancher la question de l'existence d'une incapacité de travail, de son degré et des raisons pour lesquelles le recourant ne travaille pas, à savoir si c'est à cause de son état de santé qui, objectivement, l'empêcherait d'exercer toute activité professionnelle ou pour d'autres motifs. Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction médicale sur ces questions et sur celle de l'atteinte à l'intégrité une fois que le traitement médical aura pris fin, respectivement au calcul des prestations dues. 18. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaires au sens des considérants. Il sera dit que le recourant a droit à des prestations postérieurement au 30 septembre 2007, notamment à la prise en charge du traitement. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/2947/2016 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.