

GE_GERICHTE ATAS/820/2019 vom 16. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_820_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/820/2019 du 16 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/820/2019 del 16 settembre 2019

Erwägungen

E. 36

L'intimée s'est déterminée par courrier du 1er octobre 2018. Selon l'appréciation du 1er octobre 2018 du médecin d'arrondissement, à qui le procès-verbal d'audition du Dr F_____ a été soumis, contrairement à ce que soutient le recourant, l'existence de paresthésies dans le territoire du nerf cubital ne contrevient pas à la stabilisation à dater du 31 juillet 2017. Selon lui, les paresthésies cubitales constituent une complication postopératoire. Leur survenue et leur persistance ne modifient pas la

A/4496/2017 - 18/39 - date de stabilisation du cas. Elles ne correspondaient pas à une atteinte motrice (« paresthésies sans déficit moteur ») et l'exigibilité retenue, savoir l'absence d'efforts répétés de soulèvement supérieur à 5 kg et jusqu'à hauteur de la hanche seulement, demeurerait - et demeure - valable. Il convient dès lors de maintenir dans son intégralité la décision du 20 juin 2017, confirmée par la décision entreprise: l'état de santé du recourant doit être considéré comme stabilisé depuis le 31 juillet 2017. Seule une rechute doit être admise, en période postopératoire, après la neurolyse (ndr. 24 mai 2018, voir ci-dessus En fait ad chiffres 31 et 32) pour une durée de deux mois. Un retour dans une activité adaptée peut être exigé. En tant que le recourant réclame la reprise du versement de ses indemnités journalières depuis le 30 septembre 2017, date de leur interruption, il ne saurait être suivi. Subsidiairement il demande le versement des indemnités journalières pour la période de rechute savoir depuis le mois de mai 2018. Or, l'indemnité journalière n'est versée qu'aux assurés qui subissent une perte de gain, lorsqu'ils sont salariés ou qu'ils se trouvent au chômage (art. 16 LAA). Pour les assurés au chômage, en vertu de l'art. 25 al. 3 OLAA, l'assurance-accidents verse l'intégralité de la prestation lorsque l'incapacité de travail d'un assuré au chômage est supérieure à 50 % ; elle verse la moitié de la prestation lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 25 %, mais inférieure ou égale à 50 %. Une incapacité de travail inférieure ou égale à 25 % ne donne pas droit à l'indemnité journalière. En l'espèce, la CNA ne saurait procéder au versement des indemnités journalières pour la période de rechute: d'une part un formulaire de déclaration de rechute n'a pas été adressé à l'assurance par l'employeur; d'autre part, le recourant n'allègue - ni ne prouve - qu'il était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage en mai 2018. Dès lors, en l'absence de salaire ou d'indemnités de chômage, l'assuré ne subit pas de perte de gain et l'indemnité journalière de l'assurance-accidents ne peut pas être versée. S'agissant enfin de ses conclusions à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, s'appuyant sur le projet de décision de l'OAI du 3 juillet 2018 le recourant ne saurait être suivi : comme déjà observé dans sa réponse, la CNA rappelle que selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accident. En l'espèce, le projet de décision de l'OAI repose exclusivement sur un rapport des EPI du 9 janvier 2018 dans lequel il est constaté que l'assuré ne posséderait plus aucune capacité de

travail exploitable dans l'économie. Ce rapport ne saurait toutefois être opposé à la CNA pour obtenir le versement d'une rente d'invalidité complète au lieu de la rente de 19 % actuellement versée. En effet, la décision d'octroi de rente du 30 septembre 2015 avait dûment été réexaminée au moment de la stabilisation de l'intéressé, et confirmée dans la décision du 20 juin 2017. Aucun élément d'ordre médical, n'est venu contredire cette position de la CNA: le rapport des EPI retient en effet que « la dextérité et la gestuelle ne sont pas exploitables dans le milieu économique puisque seules les activités simples, manuelles et pratiques sont à la portée de l'assuré (faibles capacités d'apprentissage et peu de polyvalence) ». Compte tenu du fait que les pertes de gain imputables à des facteurs étrangers à l'accident (formation,

A/4496/2017 - 19/39 - connaissances linguistiques insuffisantes, âge et autres motifs) ne peuvent pas être pris en compte dans l'estimation de l'invalidité, la CNA maintient la teneur de sa décision sur cet aspect également.

E. 37

Le recourant s'est enfin déterminé sur les dernières écritures de l'intimée, par courrier du 10 décembre 2018. Il conclut à l'annulation de la décision querellée, à ce que soit ordonnée la reprise des indemnités journalières à la date d'interruption de leur versement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, le tout avec suite de dépens. Il ressort du dossier que le médecin d'arrondissement de l'intimé n'a vu l'assuré qu'à une seule reprise, soit le 16 mars 2015. Le recourant allègue à cet égard que l'entretien n'avait duré qu'un quart d'heure, ce qui permettrait selon lui de mettre en perspective la force probante de l'appréciation médicale de ce médecin, qui fait comme si rien ne s'était passé de déterminant depuis sa furtive rencontre avec un assuré dont il prétend cerner la capacité de travail et l'état de santé, sans tenir compte de l'avis des médecins qui l'opèrent, ni de celui des maîtres de stages. Or, depuis le 16 mars 2015, l'assuré a été opéré de l'épaule le 17 août 2016 ; l'opération s'est mal passée ; elle a généré des problèmes de coude, en réduisant notamment la sensibilité, la mobilité et la force des doigts, en plus de provoquer d'importantes douleurs similaires à des décharges électriques. Or, sans revoir l'assuré, le médecin d'arrondissement a décrété la stabilisation de son état de santé, provoquant la décision manifestement prématurée de la CNA du 20 juin 2017, déclarant l'assuré apte à l'emploi dès le 31 juillet 2017 et coupant ses indemnités dès cette date. Dans le cadre de l'opposition, l'assuré a remis à l'intimée le rapport ENMG du 9 août 2017, mettant en évidence « des signes neurographiques d'atteinte axonale sensitive du nerf ulnaire droit », preuve d'une instruction bâclée et conduisant à des conclusions aussi fautives qu'erronées. La CNA savait dès lors que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et qu'il n'était pas stabilisé. Le recourant persiste à reprocher à l'intimée de n'avoir pas attendu le résultat du stage de réadaptation, et rappelle que le Dr F_____ a confirmé lors de son audition par la chambre de céans que s'il avait estimé en juillet 2017 que l'état de santé de son patient était stabilisé, il n'aurait pas préconisé un ENMG; que si l'épaule était stabilisée, son coude ne l'était pas; à défaut de quoi il n'aurait pas été opéré en mai 2018; que l'OAI a reconnu pour une même atteinte à la santé le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2016. En résumé le médecin-conseil de l'intimée, dont la dernière rencontre remontait à 2015, est seul à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé en été 2017, et son appréciation de la capacité de travail est à ce point distante de la rente entière attribuée par l'OAI qu'elle est dénuée de toute force probante.

E. 38

Sur quoi la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre

A/4496/2017 - 20/39 - 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. 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). 3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 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 la question du droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement de savoir si c'est à juste titre que la CNA, considérant que l'état de santé de l'assuré était stabilisé en juillet 2017, a mis fin au versement des indemnités journalières dont elle avait repris le versement dans le cadre d'une rechute admise, et ainsi clôturé ladite rechute, en reprenant le versement de la rente d'invalidité telle que fixée dans une décision en force du 3 septembre 2015, sur la base d'un taux d'incapacité de gain de 19 % ; étant précisé que dans le cadre de la décision sur opposition du 10 octobre 2017, objet du recours, la CNA avait accepté, à la demande de l'OAI, de poursuivre le versement des indemnités journalières du 1er août au 30 septembre 2017, soit jusqu'au début du versement des indemnités journalières versées par l'OAI dans le cadre du stage d'orientation professionnelle octroyé au recourant auprès des EPI, du 2 octobre 2017 au 7 janvier 2018. Est litigieux également le taux d'incapacité de gain de 19 % retenu par la CNA pour fixer la rente d'invalidité avant la rechute, rente d'invalidité dont elle a repris le service après clôture de dite rechute au 31 juillet 2017. 6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 aLAA (dont la teneur n'a d'ailleurs pas changé depuis l'entrée en vigueur des dispositions entrée en vigueur depuis le 1.1.2017), si la

A/4496/2017 - 21/39 - présente loi n'en dispose pas autrement, 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). Selon l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. 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 maladie 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 138 consid. 3a 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 et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. 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 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). 7. Selon l'art. 18 LAA si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (al. 1). Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA (al. 2). A teneur de l'art. 19 LAA le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-

A/4496/2017 - 22/39 - invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. ... (al. 1) Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède. ... (al.2). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (al. 3). Aux termes de l'art. 21 LAA lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants: a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; d. 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 (al.1). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette

période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al.3). 8. Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al.2). 9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

A/4496/2017 - 23/39 - 10. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). 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 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d). Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine de l'assurance sociale (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), exclut que la charge de l'apport de la preuve ("Beweisführungslast") incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents. Dans le procès en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où la partie qui voulait déduire des droits de faits qui n'ont pas pu être prouvés en supporte l'échec. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6 ; ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10

janvier 2013 consid. 6.2.1). 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).

A/4496/2017 - 24/39 - 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. A 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). 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). 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 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/4496/2017 - 25/39 - 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). 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. A 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en

A/4496/2017 - 26/39 - collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur

aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 12. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de 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. En l'espèce, la chambre de céans rappelle en résumé le contexte dans lequel s'intègre le litige. Le recourant a été victime d'une chute sur l'épaule droite le 19 septembre 2013. Cette chute avait déstabilisé l'état antérieur de façon déterminante: une rupture massive de la coiffe des rotateurs avait nécessité une réinsertion à ciel ouvert pratiquée le 3 décembre 2013, intervention dont les suites n'avaient pas été favorables (nouvelle rupture). Le médecin d'arrondissement avait examiné l'assuré en date du 16 mars 2015 et établi, le 20 avril 2015 un rapport d'examen médical final. Il retenait en conséquence qu'il existait un état antérieur (non contesté) qui avait été déstabilisé de façon déterminante lors de l'événement du 19 septembre 2013. Malgré une suture chirurgicale de cette déchirure étendue de la coiffe, l'évolution n'avait pas été satisfaisante devant la confirmation d'une nouvelle rupture. Le médecin d'arrondissement concluait alors que l'ancienne

A/4496/2017 - 27/39 - activité de manœuvre de chantier et de conducteur d'engins n'était plus actuellement exigible. Une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans efforts répétés de soulèvement supérieur à 5 kg à hauteur de hanche, sans devoir monter sur une échelle, sans devoir conduire sur des trajets répétés était exigible; on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement. Sur cette base, la CNA avait, par décision du 3 septembre 2015, alloué à l'assuré à partir du 1er juillet 2015 une rente d'invalidité de 19 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. En date du 17 août 2016, une prothèse inversée avait été mise en place. La CNA avait pris cette intervention en charge et repris le service des indemnités journalières. Le 18 janvier 2017, l'assuré avait encore bénéficié d'une neurolyse du nerf cubital. La CNA Genève, après avoir réuni les documents médicaux utiles à déterminer l'évolution du cas, depuis la précédente évaluation (16 mars 2015) avait soumis le cas au médecin d'arrondissement qui s'est prononcé dans une appréciation médicale du 10 juin 2017. Partant de son évaluation du 16 mars 2015, le médecin d'arrondissement a constaté qu'en date du 17 août 2016, une prothèse inversée de l'épaule droite avait été mise en place. Le 18 janvier 2017, une compression du nerf cubital au coude droit avait été opérée par le Dr E_____ médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. Un arrêt de travail post neurolyse avait été ordonné puis prolongé jusqu'au 30 juin 2017 inclusivement. Le rapport médical intermédiaire du 1er juin 2017 qui prolongeait cet arrêt avait constaté la persistance de douleurs, mais une mobilisation non limitée. En conclusion, le médecin d'arrondissement

avait considéré que l'exigibilité définie lors de l'examen du 7 mars 2015 était confirmée. Il n'y avait pas de modification du taux d'IPAI. Le traitement médical futur défini en 2015 devait être maintenu en rajoutant trois séries annuelles de physiothérapie si nécessaire. En date du 20 juin 2017 la CNA Genève, après avoir sollicité le médecin d'arrondissement, avait rendu une décision par laquelle elle avait bouclé la rechute au 31 juillet 2017. Le degré d'invalidité avait été réexaminé. Malgré la rechute l'assuré était toujours (respectivement à nouveau de la clôture de la rechute après stabilisation du cas) considéré comme apte à mettre en valeur, sur un marché équilibré de l'emploi, une capacité de travail (ci-après : CT) et de gain identique à celle retenue à l'époque, qui tenait toujours compte des restrictions imputables à l'état résultant de l'accident. Cette décision, confirmée sur opposition et faisant l'objet du présent recours étant fondée sur l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement du 10 juin 2017, il y a lieu au vu des principes rappelés précédemment de déterminer la valeur probante de cette appréciation médicale, contestée par le recourant. 14. En l'espèce, la chambre de céans considère que l'on doit accorder à l'appréciation médicale du cas par le Dr B_____ une pleine valeur probante. Dans le contexte de ce dossier en particulier, il ne s'agit pas de considérer chaque avis de ce médecin,

A/4496/2017 - 28/39 - individuellement et pour lui-même, mais bien plutôt d'apprécier l'évaluation à laquelle ce médecin a procédé, successivement, en ayant à chaque étape à l'esprit et en s'y référant, ses avis précédents. Il faut en effet tenir compte du fait qu'après le premier examen auquel ce médecin d'arrondissement a procédé, le dossier médical et ses compléments lui ont régulièrement été soumis, de sorte qu'il a personnellement suivi ce dossier tout au long de son évolution, et ainsi convient-il de considérer son appréciation dans son ensemble, lorsqu'on examine chacune de ses interventions et avis, soit : a. dans la phase ayant précédé la décision de la CNA du 20 juin 2017 mettant un terme à la rechute, au 31 juillet 2017 : - 16 mars 2015 : examen du dossier pour faire le point de la situation, avec examen clinique de l'assuré et détermination de l'indemnité IPAI (cf. ci-dessus en fait ad ch. 2 et 4.). On relèvera incidemment qu'au vu de la seule teneur des rapports du médecin d'arrondissement, les allégations du recourant dans ses dernières écritures, selon lesquelles son examen personnel par le Dr B_____ n'aurait duré qu'un quart d'heure ne sont pas crédibles, indépendamment du fait que selon la jurisprudence, ce n'est pas la durée d'un examen par un spécialiste, mais la substance de ses constatations et de son rapport qui doit être prise en considération dans l'examen de la valeur probante : la durée de l'entretien de l'examineur avec l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (arrêt du tribunal fédéral non publié 9C_1007/2009 du 06. 05. 2009 consid. 2.2 et les références citées). Celle-ci ne saurait en effet être proportionnelle au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATFA non publié du 04. 07. 2007 [I 719/06] consid. 2.2, du 30. 05. 2005 [I 764/05] consid. 2.3), ainsi que sur les éléments et rapports médicaux versés au dossier mis à sa disposition; - appréciation du 2 août 2016, consécutivement à l'intervention chirurgicale ayant consisté dans la pose d'une PTE inversée, le 17 août 2016, le médecin d'arrondissement ayant considéré que cette intervention était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident, en recommandant la prise en charge de cette opération par la CNA (cf. ci-dessus en fait ad ch.6) ; - appréciation du 30 décembre 2016 par rapport à une éventuelle stabilisation du cas et liquidation de la rechute: selon l'avis du médecin traitant on pouvait s'attendre à une stabilisation d'ici un mois; l'exigibilité selon rapport d'examen du 16 mars 2015 pouvait être

maintenue ; convoquer l'assuré après un prochain rapport des HUG (cf. ci-dessus en fait ad ch.8) ; - appréciation du 24 janvier 2017 sur la question de savoir si les troubles ayant nécessité l'opération du 18 janvier 2017 étaient en relation de causalité avec l'accident du 19.09.2013 : l'état antérieur au niveau du coude a été déstabilisé de

A/4496/2017 - 29/39 - façon déterminante par la mise en place de la prothèse d'épaule. Les douleurs dans le territoire du nerf cubital sont bien apparues dans les suites immédiates de cette opération. La neurolyse du nerf cubital au coude est bien à charge de la CNA (cf. ci-dessus en fait ad ch.10) ; - appréciation du 13 avril 2017 : l'incapacité de travail totale était toujours justifiée à ce stade; le chirurgien traitant évoquait une reprise à la fin du mois de mai, ce qui paraissait adapté au vu de la lésion actuelle au niveau du nerf cubital ; le cas devrait être stabilisé à fin mai 2017. Refaire le point à ce moment-là. Pas de modification pour le traitement toujours à charge de la CNA (cf. ci-dessus en fait ad ch.12) ; - appréciation médicale du 10 juin 2017: le médecin d'arrondissement rappelant succinctement l'anamnèse médicale antérieure, un arrêt de travail post neurolyse avait été ordonné (après l'intervention du 18 janvier 2017), puis prolongé jusqu'au 30 juin 2017 inclusivement. Le rapport médical intermédiaire du 1er juin 2017, qui prolongeait cet arrêt, constatait la persistance de douleurs, mais une mobilisation non limitée. En conclusion, le médecin d'arrondissement avait considéré que l'exigibilité définie lors de l'examen du 16 mars 2015 était confirmée. Il n'y avait pas de modification du taux d'IPAI. Quant à la prise en charge par la CNA du traitement médical futur, celle, définie en 2015, devait être maintenue, en y rajoutant trois séries annuelles de physiothérapie, si nécessaire (cf. ci-dessus en fait ad ch.13); L'appréciation médicale du 10 juin 2017, à laquelle le médecin d'arrondissement a procédé sans revoir le patient, et par conséquent sur la seule base du dossier, apparaît certes relativement succincte. Elle se résume à l'énoncé d'une conclusion, selon laquelle l'exigibilité définie lors de l'examen à l'agence le 16 mars 2015 est confirmée, sans modification par ailleurs du taux d'IPAI. Le médecin d'arrondissement s'est toutefois bien prononcé sur l'évolution du cas à partir de son évaluation du 16 mars 2015, ce qui ressort à tout le moins implicitement de son résumé de l'évolution du cas. On peut donc admettre au degré de la vraisemblance prépondérante, que ses conclusions mêmes synthétiques, sont bien étayées par le contenu des rapports antérieurs. Le fait qu'il n'ait pas réexaminé le patient à cette occasion n'y change rien, et n'était pas nécessaire, quoi qu'en dise le recourant. b. Au stade de l'opposition, et dans le cadre de l'instruction de celle-ci : - appréciation du 4 septembre 2017 au sujet du rapport du Dr F_____ du 18 juillet 2017, et des arguments développés par l'assuré sur opposition: la mobilité de l'épaule droite était de 140° en élévation, ce qui, pour une prothèse d'épaule, est un résultat satisfaisant. Il y avait stabilisation du cas, sans modification de la prise de position antérieure (cf. ci-dessus en fait ad ch.20) ; - appréciation du 5 octobre 2017, en relation avec le rapport du Dr F_____ du 19 septembre 2017 (suivi de l'épaule après consultation du 21 août 2017 en relation avec la neurolyse du nerf cubital de janvier 2017 et le contrôle ENMG du 08/2017): le rapport d'ENMG retenait une neuropathie axonale sensitive du nerf ulnaire droit

A/4496/2017 - 30/39 - et plus de neuropathie motrice. Amélioration des amplitudes articulaires mais des douleurs encore présentes. Pas de modification des prises de position antérieures (cf. ci-dessus en fait ad ch. 23). La motivation, même succincte de ces rapports, est convaincante, et s'inscrit dans la suite des prises de position antérieures, notamment en tant que selon le médecin d'arrondissement, la pleine capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles déjà retenues en 2015, ne se

trouve pas entamée, et a fortiori nullement compromise, par la problématique du tinel du nerf ulnaire au niveau du coude droit. c. Dans le cadre de la procédure de recours : - appréciation du 13 juin 2018 en relation avec les derniers documents médicaux produits, à l'appui du recours et de ces compléments, soit en particulier le rapport du Dr F_____ du 25 avril 2018, et celui de la Dresse G_____ du 30 mai 2018 : le médecin d'arrondissement constate qu'à teneur du rapport du Dr F_____ la pathologie de l'épaule est stabilisée ; s'agissant de la main et du coude droit, l'intéressé devrait bénéficier d'une nouvelle opération pour la libération du nerf ulnaire, solution préconisée également par la Dresse G_____, cette intervention ayant finalement été pratiquée le 24 mai 2018, après que l'assuré se donnait un temps de réflexion. Le médecin d'arrondissement constate que l'assuré a présenté une compression du nerf cubital au coude droit après la mise en place d'une prothèse inversée de l'épaule droite. Une libération du nerf réalisée le 18 janvier 2017 ayant conduit à une diminution des douleurs. L'évolution n'ayant pas été favorable, semble-t-il, avec la persistance de paresthésies une nouvelle intervention de transposition du nerf cubital (ulnaire) a eu lieu le 24 mai 2018. L'exigibilité définie lors de l'examen du 16 mars 2015 concernait une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise et debout, sans efforts répétés de soulèvement supérieur à 5 kg au niveau de la hanche, sans devoir monter sur une échelle, sans conduire sur des trajets répétés, pour les suites de l'intervention du membre supérieur droit. La complication neurologique du nerf cubital ne concernait que des paresthésies. Il n'a pas été mentionné de déficit moteur au niveau de ce nerf. Dans ces conditions, l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée et légère dès le 1er octobre 2017, d'autant que l'examen ENMG de contrôle du 9 août 2017 ne montrait qu'une neuropathie sensitive avec une disparition de la neuropathie motrice. L'évolution défavorable conduisant à une nouvelle intervention, une rechute pouvait être enregistrée à partir de cette date opératoire. Le médecin d'arrondissement recommandait implicitement à la CNA de prendre en charge cette opération, justifiée, deux améliorations étant attendues. En revanche aucune modification n'était attendue en ce qui concerne l'exigibilité (pour le détail, cf. ci-dessus en fait ad ch. 33) ; - Selon l'appréciation du médecin d'arrondissement du 1er octobre 2018 au sujet des déclarations du Dr F_____ devant la chambre de céans, contrairement à ce que soutient le recourant, l'existence de paresthésies dans le territoire du nerf cubital ne

A/4496/2017 - 31/39 - contrevient pas à la stabilisation à dater du 31 juillet 2017. Selon le Dr B_____, les paresthésies cubitales constituent une complication postopératoire. Leur survenue et leur persistance ne modifient pas la date de stabilisation du cas. Elles ne correspondaient pas à une atteinte motrice (« paresthésies sans déficit moteur ») et l'exigibilité retenue, savoir l'absence d'efforts répétés de soulèvement supérieur à 5 kg et jusqu'à hauteur de la hanche seulement, demeurait - et demeure - valable. Il convient dès lors de maintenir dans son intégralité la décision du 20 juin 2017, confirmée par la décision entreprise: l'état de santé du recourant doit être considéré comme stabilisé depuis le 31 juillet 2017 (pour le détail, cf. ci-dessus en fait ad ch. 36). Les appréciations successives du médecin d'arrondissement, en cours de procédure judiciaire sont pleinement convaincantes également, quoi qu'en dise le recourant. Certes le Dr F_____ a précisé que si pour lui, en juillet 2017, la situation de l'épaule n'avait pas évolué depuis le précédent rapport, et qu'il considérait ainsi que celle-ci était à l'époque stabilisée, il a rappelé qu'il subsistait d'une part un problème de persistance de douleurs, et d'autre part un problème de mobilité restreinte, dans les mouvements d'élévation en particulier, ce qui l'avait amené à entreprendre des examens les plus complets possibles pour tenter d'expliquer les raisons de la persistance des douleurs. Mais en revanche, il subsistait à l'époque un problème par rapport au coude, suite

à la pose de la prothèse inversée. Il a précisé que si, dans son courrier du 18 juillet 2017, il avait parlé de situation stabilisée, cela ne concernait que la question de l'épaule, mais pas celle du coude. Il justifiait cette précision en indiquant que s'il avait estimé que la question était stabilisée pour le coude également, il n'aurait pas préconisé un ENMG. Il a également confirmé que selon cet examen, il n'y avait pas de problèmes moteurs mais uniquement sensitifs : il avait choisi de temporiser, car la situation pouvait encore s'améliorer au niveau de la réinnervation, phénomène qui intervient spontanément sans mesures thérapeutiques particulières. Cela étant, la chambre de céans observe à cet égard qu'à l'époque, à bien lire le rapport (juillet 2017) de l'orthopédiste, il considérait en réalité et globalement que la situation du patient était stabilisée, ceci quand bien même il subsistait des douleurs et des paresthésies dues à la compression du nerf ulnaire au niveau du coude. Dans ce registre, il a encore précisé, lors de son audition par la chambre de céans, qu'à l'époque (l'équipe médicale) n'avait en effet pas encore atteint la mobilité qu'elle souhaitait obtenir. Il a précisé qu'en utilisant la première personne du pluriel (nous) il parlait « tant de l'équipe médicale que du patient lui-même : l'objectif étant du côté médical que nous soyons contents du résultat que nous recherchions, et du côté du patient qu'il soit satisfait de la pose de cette prothèse. Au vu des plaintes du patient en ce qui concerne les douleurs, nous avons entrepris des examens les plus complets possibles, pour tenter d'expliquer les raisons pour lesquelles il ressentait ses douleurs. Nous n'avons rien négligé, y compris pour aller rechercher une éventuelle infection qui aurait pu être une explication de ses douleurs résiduelles, mais nous n'avons rien trouvé, y compris jusqu'aujourd'hui. ». Ces précisions démontrent ainsi que tous les examens

A/4496/2017 - 32/39 - complémentaires les plus complets qui ont encore été pratiqués par la suite, pour tenter de trouver l'origine des douleurs (y compris à l'épaule) dont le patient se plaignait, n'avaient pas empêché le médecin traitant de considérer néanmoins que la situation était stabilisée pour l'épaule. De même, doit-on admettre que même s'il subsistait encore des douleurs au coude et à la main en raison de la problématique du nerf ulnaire, cela n'empêchait pas de considérer également sous cet angle que la situation était stabilisée déjà à ce moment-là, ceci quand bien même il subsistait des possibilités d'intervention - comme ce fut le cas par l'intervention du 24 mai 2018 - dans le but d'atteindre le résultat que l'équipe médicale s'était fixé, et pour le patient d'être satisfait des soins reçus. En effet, il a encore précisé que dans le contexte où l'on se trouve d'une neuropathie sensitive et non plus motrice, l'intervention de fin mai 2018 avait pour but de rechercher cette amélioration dans le confort du patient. Si, de toute évidence, une telle attente du patient était légitime, comme l'était d'ailleurs celle de l'équipe médicale de tout mettre en œuvre pour améliorer son confort, ce que ni le médecin d'arrondissement - qui a recommandé la prise en charge par la CNA des frais de traitement et en particulier de cette opération -, ni l'intimée - qui a suivi cette recommandation -, n'ont remis en cause, l'intervention avait pour but l'amélioration du confort du patient mais pas l'augmentation de sa capacité de travail ni de gain. Ainsi, ce qui pouvait encore être fait dans ce sens, après le mois de juillet 2017, n'avait toutefois pas d'incidence sur l'état de stabilisation du cas, ces améliorations possibles n'ayant pas d'incidence en matière de capacité de travail ni d'exigibilité. On rappellera en effet que le traitement médical et les indemnités journalières ne sont allouées qu'aussi longtemps que la continuation du traitement médical cubital est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA, seconde phrase, a contrario). Une telle évaluation doit être examinée au regard de l'augmentation du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant

pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (ATF 134 V 209 consid. 4 ; RAMA 2005 n° U 557 p.388, U 44/04 consid. 3.1). Ainsi, et quoi qu'il en soit, n'en déplaie au recourant, la question de savoir si en juillet 2017 l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, en ce qui concerne la problématique du nerf ulnaire, n'a pas d'incidence sur l'objet et sur l'issue du litige. 15. Au vu de ce qui précède, la question de la reprise des indemnités journalières dès le jour où l'intimée y a mis fin - soit en pratique le 30 septembre 2017, car la CNA avait accepté, à la demande de l'OAI, de prendre en charge à bien plaisir le service des indemnités journalières pour faire le joint entre le jour (31 juillet 2017) où elle avait mis fin aux indemnités journalières relevant de la LAA, et le jour où commenceraient celles consenties par l'OAI (1er octobre 2017), en raison de l'octroi

A/4496/2017 - 33/39 - par l'assurance-invalidité d'un stage d'observation professionnelle - ne saurait entrer en ligne de compte. 16. À titre subsidiaire, le recourant prétend à l'octroi d'indemnités journalières de la part de l'intimée pour la période de deux mois d'incapacité de travail engendrée par l'intervention chirurgicale de neurolyse du nerf ulnaire du 24 mai 2018, prise en charge par la CNA. L'intimée conteste cette prétention, au motif que l'indemnité journalière n'est versée qu'aux assurés qui subissent une perte de gain, lorsqu'ils sont salariés ou qu'ils se trouvent au chômage. a. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al.2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3). Selon l'art. 25 al. 3 OLAA l'assurance-accidents verse l'intégralité de la prestation lorsque l'incapacité de travail d'un assuré au chômage est supérieure à 50 %; elle verse la moitié de la prestation lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 25 %, mais inférieure ou égale à 50 %. Une incapacité de travail inférieure ou égale à 25 % ne donne pas droit à l'indemnité journalière. b. Dans un premier argument, l'intimée prétend qu'elle ne saurait procéder au versement des indemnités journalières pour la période de rechute, au motif qu'un formulaire de déclaration de rechute n'avait pas été adressé à l'assurance par l'employeur de l'assuré. La CNA ne saurait être suivie. À supposer en effet que cet argument fût le seul moyen invoqué par l'intimée pour refuser l'allocation d'indemnités journalières, qu'il relèverait à tout le moins du formalisme excessif. Il est constant, en effet, que l'un des aspects du litige consiste précisément dans la contestation par le recourant de la décision par laquelle l'intimée a décidé de mettre fin au versement des indemnités journalières - versées à l'assuré jusqu'au 31 juillet 2017 en raison d'une rechute admise et prise en charge par la CNA. La rechute admise par l'intimée faisait suite à la communication d'un rapport de consultation du docteur C_____, médecin adjoint au département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur aux HUG, intervenue au vu de la mauvaise évolution des suites d'une réinsertion de la coiffe avec rupture massive; ce qui avait conduit, en août 2016, à une seconde intervention chirurgicale ayant consisté dans la pose d'une PTE droite, prise en charge par la CNA, sur la base des recommandations de son médecin d'arrondissement. Ultérieurement, des suites de cette opération, est apparue la problématique de la compression du nerf ulnaire au niveau du coude droit et notamment de l'intervention

chirurgicale y relative en

A/4496/2017 - 34/39 - janvier 2017, admise elle aussi comme entrant dans le cadre de cette rechute, comme conséquence indirecte de l'accident assuré du 19 septembre 2013. Dans ce contexte, le 18 janvier 2017, l'assuré, en raison de la compression du nerf cubital au coude droit, a bénéficié d'une neurolyse de ce nerf. Cette intervention a également été prise en charge par la CNA. Or, l'intimée ayant par la suite, par décision du 20 juin 2017, décidé de boucler la rechute au 31 juillet 2017, ce que le recourant conteste, au motif qu'en juillet 2017, la situation n'était pas stabilisée, selon lui, et notamment en raison de la persistance de douleurs au coude et à la main droite, conséquence du Tinel du nerf ulnaire au coude droit. Ainsi selon son argumentation, les médecins traitants ayant par la suite, en mai 2018, pratiqué une nouvelle intervention chirurgicale sous forme de neurolyse du nerf ulnaire, elle aussi directement liée aux suites de la pose de la PTE droite en 2016, cette nouvelle opération démontrait que son état n'était pas stabilisé en juillet 2017. Or, au vu de l'évolution de la situation pendant le cours de la procédure judiciaire, la CNA ayant sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement à ce moment-là, ce dernier a proposé la prise en charge par l'intimée des frais médicaux relatifs à cette nouvelle intervention, au titre de rechute. Dans ce contexte, on a dès lors peine à comprendre que l'intimée qui n'a, à la connaissance de la chambre de céans, pas remis en cause la prise en charge de cette intervention chirurgicale, conçoive aujourd'hui de refuser une partie des prestations relevant de l'assurance-accidents, liées aux conséquences temporairement incapacitantes de cette intervention, soit les indemnités journalières, à supposer qu'elles soient dues; ceci au seul motif qu'un formulaire de déclaration de rechute ne lui aurait pas été adressé. Ainsi, ce motif invoqué par l'intimée sera écarté. Ceci dit, la chambre de céans ne saurait partager la remarque du recourant, qui voit, dans la recommandation du médecin d'arrondissement à la CNA (appréciation médicale du 13 juin 2018) de prendre en charge, au titre d'une rechute à compter de la date de l'opération, les frais de l'intervention et l'incapacité de travail de deux mois, postopératoire, la volonté de masquer l'erreur qu'elle aurait elle-même commise en refusant d'instruire le dossier sérieusement avant de proposer la clôture de la rechute en cours en juillet 2017. L'appréciation du médecin d'arrondissement apparaît au contraire cohérente, et ne remet nullement en cause ses conclusions antérieures, notamment relatives à la stabilisation du cas en juillet 2017, comme on l'a vu précédemment. c. L'intimée invoque en outre le fait que pour la période considérée, l'assuré ne prétend ni ne prouve qu'il était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage en mai 2018, sachant, quoi qu'il en soit, que l'intéressé n'exerçait aucune activité lucrative partielle ou complète en mai 2018, et ne subissant ainsi aucune perte de gain. Il ressort de l'instruction de la cause, notamment des déclarations du recourant devant la chambre de céans, qu'il n'a plus travaillé ni recherché d'emploi depuis mi-juillet 2014 (soit dès l'époque où, ayant repris son activité auprès de son dernier employeur, du 1er au 17 juillet 2014, il avait interrompu celle-ci à l'issue de cette

A/4496/2017 - 35/39 - période, en raison d'un nouvel accident). Il a en outre déclaré, s'agissant de son statut par rapport à l'assurance-chômage, qu'en son temps, la CNA l'avait incité à aller s'inscrire au chômage, mais que cette administration avait considéré qu'il n'était pas apte au placement et lui avait refusé toute indemnité. Dans la mesure où la décision du 20 juin 2017 clôturant la rechute et mettant ainsi fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2017, précisant que dès le 1er août 2017, la CNA ne lui verserait que la rente d'invalidité qui lui avait été versée précédemment, basée sur une incapacité de gain de 19 %, il ne serait de toute manière pas en droit de prétendre à une

indemnité journalière s'il était au chômage, ceci en vertu de l'art. 25 al. 3 OLAA dont il ressort qu'une incapacité de travail inférieure ou égale à 25 % ne donne pas droit à l'indemnité journalière. 17. Le recourant reproche encore à la CNA de ne pas expliquer comment son appréciation médico-théorique de la capacité (recte : l'incapacité) de gain de l'assuré serait de 19 %, alors que l'appréciation médico-théorique des médecins de l'OAI était de 30 % et que l'évaluation concrète des EPI conclut que l'atteinte de l'assuré au niveau du MSD ne permet pas d'envisager une orientation réaliste et réalisable dans le marché ordinaire de l'emploi. S'agissant des 30 % d'invalidité retenus par l'OAI dans son projet de décision du 29 juillet 2016, portés à 100 % après réexamen en raison des conclusions du stage de réorientation professionnelle (selon instruction à la caisse de compensation, du 3 juillet 2018 produite par le recourant en annexe à ses dernières écritures du 10 décembre 2018) on serait ainsi confronté à trois appréciations différentes (voire deux selon la dernière appréciation de l'OAI), - dont deux fondées sur des approches médico-théoriques et une troisième sur une approche pratique -: 19 % (CNA), 30 %, 50% et enfin 100 % d'invalidité (appréciations successives de l'OAI) et 100 % (EPI). Ces divergences justifieraient selon lui la fixation du degré d'invalidité de manière « sérieuse et moins aléatoire ». Selon l'intimée le grief du recourant, selon lequel le taux d'invalidité retenu par la CNA ne pourrait être admis en raison du fait qu'il n'est pas identique à celui retenu par l'OAI tombe à faux: la jurisprudence admet que l'évaluation de l'invalidité par les différents assureurs sociaux puisse parfaitement différer; la décision du 20 juin 2017 a confirmé le versement de la rente accordée par décision du 3 septembre 2015 entrée en force, fixant le taux d'invalidité à 19 % au regard des suites de l'accident du 19 septembre 2013. De plus la preuve de l'existence d'activités adaptées au handicap de l'assuré sur le marché équilibré du travail avait été apportée; La note de travail de l'OAI du 1er décembre 2017, produite par le recourant, ne constituait en aucun cas un avis médical probant, apte à remettre en cause les appréciations multiples exposées précédemment, provenant des divers médecins spécialistes qui se corroborent. Il en va de même du rapport des EPI du 9 janvier 2018. Ce rapport permet de constater que les difficultés rencontrées par le recourant pour se réinsérer dans le marché du travail sont multifactorielles et ne peuvent être entièrement attribuées à son incapacité liée à l'accident du 19 septembre 2013. Ce

A/4496/2017 - 36/39 - rapport, qui poursuit des buts différents, n'est pas réalisé par des médecins et n'a pas pour objectif ni résultat de remettre en cause l'appréciation médicale faite du cas du recourant. Il s'agit d'une appréciation multidisciplinaire qui permet de faire le point sur l'orientation professionnelle possible pour le recourant et se base sur des observations du comportement du recourant, mais non sur un examen médical. Du reste plusieurs éléments de ce rapport sont soit médicalement erronés (il n'apparaît nulle part dans les rapports des médecins que l'assuré serait mono-manuel ou du moins médicalement contraint à l'être), soit ils reposent sur les déclarations et le ressenti de l'intéressé, mais non sur une appréciation médicale et objective de son état de santé. En tant que le comportement du recourant était apte à influencer le rapport des EPI, celui-ci ne permet pas de contredire les appréciations médicales mentionnées. Ce rapport ne permet dès lors nullement de remettre en cause l'estimation du droit à la rente faite par la CNA sur la base de l'incapacité de travail médicalement attestée et de l'estimation faite par les médecins en charge de la capacité de travail résiduelle du recourant, en lien avec l'accident qu'il a subi. Le recourant ne produit pas d'opinion étayée et détaillée élaborée par l'OAI qui permettrait de douter du bien-fondé de l'évaluation effectuée par la CNA. Il ne peut au demeurant ni expliquer ni démontrer que c'est l'approche de la CNA qui serait erronée, et celle de l'OAI qui serait

juste. a. Le TFA a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'AI n'a pas force contraignante pour l'assureur- accidents (ATF 131 V 362 consid 2.3), et réciproquement (ATF 133 V 549). b. Force est de constater en l'espèce, et au vu de ce qui a été dit au sujet de la valeur probante des avis exprimés par le médecin d'arrondissement de l'intimée, bases de la décision entreprise et celle qu'elle a confirmée, ce qui est valable également par rapport à l'évaluation du taux retenu pour fixer la rente d'invalidité selon la LAA, n'apparaissent pas critiquables. Le recourant réduit en effet son argumentation à considérer que le seul fait que l'on soit en présence d'évaluations différentes du taux d'invalidité par les organes de la CNA d'une part, et par l'OAI respectivement les EPI d'autre part, heurterait le bon sens, et suffirait à fonder un doute raisonnable quant à la fiabilité de l'avis du médecin-conseil de l'intimée. Il estime encore que les taux d'invalidité retenue par les deux institutions devraient être coordonnés, au motif que l'on comprendrait mal en effet que des rentes diamétralement différentes soient octroyées pour une même atteinte à la santé, par deux institutions procédant à des évaluations et des calculs similaires. Ce faisant, le recourant perd de vue que si les calculs sont similaires, les bases de calcul sont différentes et propres à chacune des assurances concernées. Les seuils minimaux d'invalidité permettant de donner droit à une rente sont du reste différents. Il n'est ainsi guère surprenant que les résultats soient différents. La rente d'invalidité de la CNA selon la LAA est déterminée par les seules atteintes à la santé et aux conséquences de celle-ci qui découlent d'un rapport de causalité

A/4496/2017 - 37/39 - naturelle et adéquate avec l'accident, alors que celle de l'OAI en application de la loi sur l'assurance-invalidité inclura certes les éléments résultant de l'accident, mais bien d'autres encore, comme on l'a vu dans le cas d'espèce. À ce sujet, le recourant fait notamment grief à la CNA de ne pas avoir pris en compte la surdité de l'intéressé évoquée dans le rapport des EPI; or cette problématique est étrangère à l'accident. Ce rapport des EPI tient également compte du fait que l'intéressé ne disposerait que de faibles capacités d'apprentissage et peu de polyvalence, pour ne prendre que ces exemples, lesquels n'entrent pas en ligne de compte dans la LAA. Force est également de constater que le recourant ne produit pas d'opinion étayée et détaillée élaborée par l'OAI qui permettrait de douter du bien-fondé de l'évaluation effectuée par la CNA. Les documents médicaux qu'il a produits, commentés précédemment, dans le cadre de la confrontation de l'avis de ces derniers avec les appréciations du médecin d'arrondissement de l'intimée, et l'audition par la chambre de céans de l'un d'entre, sollicitée par le recourant, ne permettent pas non plus de jeter le doute sur l'appréciation du Dr B_____. Le recourant invoque l'évaluation médico-théorique de la part des médecins de l'OAI, mais il n'a produit à cet égard aucun document médical émanant de ces médecins. À ce sujet, la chambre de céans estime inutile de procéder à des investigations complémentaires, car à n'en point douter, si de tels documents existaient, le recourant n'aurait pas manqué de les produire (principe de l'appréciation anticipée des preuves et les jurisprudences citées ci-dessus). Vu la valeur probante accordée à l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée, et au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à la conclusion préalable du recourant qui souhaiterait, par le biais d'une expertise médicale - qui selon lui devrait permettre de réconcilier les conclusions médicales (CNA et OAI) et les observations pratiques (EPI), et qui viendrait établir la réelle capacité de gain du recourant, déterminant partant son taux d'invalidité. 18. Ainsi, le recours en tous points mal fondé doit être rejeté. 19. L'intimée a conclu à la condamnation du recourant en tous frais et dépens. Selon la réglementation

légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant. Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal. Ainsi le Tribunal fédéral des assurances a refusé d'allouer de tels dépens à la CNA en tant qu'organisme chargé de tâches de droit public (ATF 107 V 233). En l'espèce, on ne saurait considérer que le recours soit téméraire ou ait été interjeté à la légère; le litige ne présente pas non plus un caractère de complexité particulier,

A/4496/2017 - 38/39 - de sorte qu'il ne sera pas donné droit à la prétention de l'intimée en allocation de dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/4496/2017 - 39/39 - 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.