

## **GE\_GERICHTE A/2772/2012 vom 27. März 2013**

GE Cour de justice, 2013-03-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2772\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2772_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2772/2012 du 27 mars 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2772/2012 del 27 marzo 2013

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.03.2013  
A/2772/2012

A/2772/2012 ATAS/309/2013 du 27.03.2013 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2772/2012  
ATAS/309/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 mars  
2013 5ème Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à  
PLAN-LES-OUATES recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE  
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1,  
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier  
intimée EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_, né en 1960, originaire du Kosovo, est arrivé en  
Suisse en 1982. Il a travaillé depuis le 6 juillet 2009 en tant que manoeuvre-livreur pour  
X \_\_\_\_\_ Sàrl. A ce titre, il était assuré auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE  
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) contre les accidents  
professionnels et non-professionnels. Le 11 décembre 2009, il a chuté sur son lieu de travail  
d'une échelle et s'est blessé au membre supérieur droit. En l'absence de fracture mise en  
évidence, le diagnostic de contusion a été posé. Une arthro-IRM de l'épaule du 11 février  
2010 n'a pas révélé de rupture de la coiffe des rotateurs, mais un conflit antéro-supérieur  
avec tendinopathie du sus-épineux. Alors qu'il était en incapacité de travail à la suite de  
l'accident du 11 décembre 2009, l'assuré a subi un nouvel accident en date du 23 février  
2010. Selon la déclaration d'accident du 2 mars 2010, il a glissé et est tombé à la maison. Se  
faisant, il s'est blessé à la main droite. Le 11 mars 2010, l'assuré est entendu par la SUVA.  
Selon le rapport y relatif, il a déclaré qu'il travaillait comme chauffeur-livreur sur les  
chantiers. Il devait charger, puis livrer sur les chantiers les matériaux (pots de peinture,  
plaques de plâtre, sacs de ciment, panneaux, plateaux, rouleaux de plastique, parquets,  
moquettes etc.) et les machines pour les chantiers (palans, scies, mélangeuse etc.). Après  
ces livraisons, qui duraient deux à trois heures par jour, il travaillait comme manoeuvre.  
L'accident était survenu alors qu'il se savonnait sous la douche. En glissant, ses pieds étaient  
partis en avant et il était tombé sur le côté droit. Dans sa chute, sa main a heurté violemment  
le fond de la baignoire. Les premiers soins avaient été donnés par le Dr A \_\_\_\_\_ de la  
Permanence de Vermont. Le diagnostic était une fracture de la main droite. Du 2 au 4 mars,  
il avait séjourné à la Clinique LA COLLINE où le Dr A \_\_\_\_\_ l'avait opéré. Selon le  
courrier du Dr. B \_\_\_\_\_ du 25 février 2010 au Dr A \_\_\_\_\_, l'assuré présentait  
une fracture sous-capitale du 5 ème métacarpien avec bascule palmaire du fragment distal.  
Selon le rapport du 12 mai 2010 du Dr C \_\_\_\_\_, neurologue, la fracture du  
métacarpien a nécessité une fixation externe associée à une immobilisation par plâtre durant  
un mois. L'évolution était caractérisée par la survenue d'une sensation de décharge  
électrique au niveau du creux axillaire droit durant deux semaines, associée à une  
hypoesthésie et à des acroparesthésies des trois premiers doigts de la main droite.

Actuellement, les douleurs avaient disparu. Toutefois persistaient des troubles sensitifs au niveau de la pulpe des trois premiers doigts, selon les déclarations de l'assuré. La force de préhension et les mouvements de flexion-extension des doigts étaient limités. Il y avait également une symptomatologie de quatrième doigt à ressaut à droite. Au décours d'une immobilisation du poignet droit, une symptomatologie de syndrome du tunnel carpien droit avait en outre apparu. L'électro-neuro-myogramme (ENMG) avait confirmé la présence d'une neuropathie d'enclavement du médian droit au carpe relativement marquée, caractérisée par une atteinte myéliniques des fibres sensitives et motrices. Le 23 février 2010, l'assuré a subi une opération consistant en une réduction de la fracture et un contrôle scopique par le Dr A\_\_\_\_\_. Le 18 mai 2010, une cure chirurgicale du canal carpien et du quatrième doigt à ressaut est effectuée. Selon l'entretien du 25 août 2010 de la SUVA avec le Dr A\_\_\_\_\_, la situation de la main n'était pas optimale, selon ce médecin. Une algodystrophie post-traumatique avec présence d'un flexum IPP cinquième doigt, s'était déclarée. Une reprise de travail n'était pas envisageable en tant que maçon. Par contre, un poste adapté dans l'entreprise serait une solution. Selon le rapport d'ergothérapie du 27 août 2010, les douleurs de l'épaule persistaient et il y avait un déficit d'enroulement de 1,5 cm pour le 5 ème doigt et un manque de force d'encre 50 % à droite (19 kg). Selon l'entretien téléphonique du 15 septembre 2010 de la SUVA avec le Dr A\_\_\_\_\_, l'état de l'assuré s'était nettement amélioré. Toutefois, n'ayant pas retrouvé la pleine force de la main, une reprise du travail en tant que maçon n'était pas possible. Si un poste adapté pouvait être trouvé dans l'entreprise, l'assuré pourrait reprendre "gentiment". Selon le rapport du 27 septembre 2010 du Dr D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, il n'y avait aucune amyotrophie au niveau du membre supérieur droit et les amplitudes articulaires étaient normales, tant au niveau de l'épaule que du coude en ce qui concerne l'accident du 11 décembre 2009. Aucune lésion d'origine traumatique n'avait été identifiée, de sorte qu'on pouvait considérer que la contusion de l'épaule droite n'avait déstabilisé que temporairement un état antérieur sous forme d'un conflit sous-acromial. Neuf mois après le traumatisme, les conséquences étaient éteintes. S'agissant de la fracture du cinquième métacarpien droit traité par embrochage, aucune amyotrophie au niveau de l'avant-bras et aucun trouble dystrophique n'ont été objectivés. L'enroulement des doigts était complet, hormis un discret déficit au niveau du cinquième rayon. Il y avait une baisse de la force de la main droite de 14 kg qui n'avait cependant pas d'explication objective, la trophicité de la musculature de l'avant-bras droit étant parfaite. Le bilan radiologique avait confirmé la consolidation sous-capitale au niveau de la fracture du cinquième métacarpien. Il y avait des troubles dégénératifs au niveau du premier rayon avec rhizarthrose et arthrose STT. Au vu de l'évolution, une reprise de travail pourrait être effective début novembre 2010 dans le poste de travail habituel, la situation étant stabilisée sans dommage permanent. Par décision du 11 octobre 2010, la SUVA a clos le dossier relatif à l'accident du 11 décembre 2009 avec effet au 31 octobre 2010 et a ainsi mis fin aux prestations d'assurance à cette date. Concernant l'accident du 23 février 2010, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières également avec effet au 31 octobre 2010, tout en acceptant de continuer à prendre en charge les frais de traitement. Par courrier du 11 octobre 2010, X\_\_\_\_\_ Sàrl a informé la SUVA qu'elle n'avait pour l'instant pas d'assurance perte de gain. Selon l'entretien du 13 octobre 2010 entre la SUVA et le Dr A\_\_\_\_\_, ce dernier trouvait le délai au 31 octobre 2010 un peu abrupt, tout en admettant que l'assuré pourrait reprendre le travail à 50 %. Celui-ci ne pensant pas pouvoir recommencer à travailler, le Dr A\_\_\_\_\_ aimerait savoir si la SUVA pouvait prendre contact avec l'entreprise afin que

le poste de travail soit allégé de manière à "encourager" l'assuré. En effet, selon ce médecin, une reprise à 100 % serait délicate dans la profession de manœuvre. A la même date, la SUVA a pris contact avec l'entreprise de l'assuré. Selon la note y relative, il n'était pas possible que l'assuré n'occupe que le poste de chauffeur-livreur, sans travailler en tant que manœuvre. Il n'était pas non plus possible qu'il fasse des travaux administratifs au sein de l'entreprise. Le 13 octobre 2010, la SUVA a eu un nouvel entretien téléphonique avec le Dr A \_\_\_\_\_, lequel l'a informé avoir établi une attestation mentionnant que l'assuré pouvait réaliser des travaux moyens, mais sans port de charges de plus de 15 kg. Il avait également délivré un certificat médical attestant une capacité de travail de 50 % dès le 18 octobre 2010. L'ergothérapeute était aussi de l'avis qu'une reprise de travail partielle pouvait être envisagée. D'ores et déjà, l'assuré avait avisé le Dr A \_\_\_\_\_ qu'il irait voir le Dr E \_\_\_\_\_ afin de faire attester une incapacité de travail totale. Selon l'entretien téléphonique du Dr A \_\_\_\_\_ avec la SUVA du 20 octobre 2010, l'assuré avait repris le travail à 50 %, mais avec des difficultés. Un poste adapté serait la meilleure solution, mais cela semblait impossible. Le 26 octobre 2010, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA tant en ce qui concerne l'accident du 11 décembre 2009 que celui du 23 février 2010. L'épaule droite était toujours douloureuse. Par ailleurs, une tentative de reprise de travail à 50 % du 18 au 22 octobre 2010 avait échoué, car il devait porter des matériaux, tels que des dalles avec un poids de 10 kg et plus, ce qui ne lui était pas possible du fait des douleurs dans le bras droit. La main droite présentait encore un gonflement et, lorsqu'il fermait le poing, le petit doigt restait en retrait. Il avait par ailleurs des troubles de la sensibilité dans le pouce. N'ayant pas souffert auparavant de la main ou de l'épaule droite, il estimait que ses pathologies étaient une conséquence des accidents subis. Le 28 octobre 2010, une scintigraphie osseuse a été réalisée. Selon le rapport y relatif, il y avait une hyper perfusion et hyper captation des os du carpe à droite, de l'extrémité distale des métacarpes, des phalanges, du coude et de l'épaule à droite évoquant le diagnostic d'algoneurodystrophie. A cela s'ajoutait une hyper captation intense de l'articulation métacarpo-phalangienne du III gauche pouvant traduire un status post-traumatique ou inflammatoire. Par courrier du 29 octobre 2010, X \_\_\_\_\_ Sàrl a informé la SUVA que la tentative de reprise de travail à 50 % s'était soldée par un échec. L'assuré ne pouvait porter des charges lourdes, telles que des dalles, ni conduire la camionnette. Selon l'employeur, l'assuré n'avait jamais été absent pour cause de maladie avant ses accidents. Le 11 novembre 2010, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle allait reprendre le versement des prestations d'assurance légales pour les suites de l'accident du 23 février 2010. Cela étant, elle a annulé sa décision du 11 octobre 2010, tout en avisant l'assuré qu'il allait recevoir une nouvelle décision concernant l'accident du 11 décembre 2009. Entendu le 28 janvier 2011 par la SUVA, l'assuré lui a notamment déclaré souffrir de douleurs aux premières phalanges de l'annulaire et du majeur droits, de douleurs face palmaires au niveau du cinquième métacarpien droit et à la base du pouce droit qui était dure. Il n'arrivait pas à étendre l'auriculaire droit complètement. Le matin, la main droite était enflée et il n'arrivait pas à la fermer complètement. Il a estimé qu'il n'arriverait pas à reprendre le travail dans le bâtiment, même partiellement. Lors de l'entretien de la SUVA avec le Dr A \_\_\_\_\_ en date du 17 mai 2011, ce dernier a déclaré que l'assuré était atteint d'une algoneurodystrophie. Même si l'évolution n'était pas mauvaise, il souffrait toujours. Le port de charges lourdes était impossible, de sorte qu'il ne pouvait reprendre son ancienne activité. Il pourrait toutefois travailler dans une activité adaptée avec un rendement de 100 %. La situation médicale était stabilisée. Selon une radiographie du 22 juin 2011 de la main droite, la structure et la morphologie osseuses, ainsi

que les rapports articulaires étaient conservés. Il n'y avait pas d'anomalie décelable dans les parties molles. Selon le rapport d'ergothérapie du 6 juillet 2011, l'assuré avait notamment beaucoup de difficultés pour prendre de petits objets, par exemple des pièces de monnaie, et pour les garder dans la main. Le cinquième doigt ne fermant pas, les pièces tombaient, à moins qu'il en saisisse beaucoup à la fois. Dans la vie de tous les jours, l'assuré n'était pas gêné par le manque d'extension de son auriculaire. Le 7 juillet 2011, la SUVA a procédé à une analyse de la situation. Il en ressortait notamment que l'assuré avait déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité en date du 23 février 2011. La reprise du travail semblait compromise, étant donné qu'il n'y avait pas de poste de travail adapté chez son employeur actuel. Une IRM réalisée le 12 juillet 2011, a révélé deux kystes synoviaux, une lame de liquide dans la gaine des tendons fléchisseurs et un épaissement du ligament annulaire antérieur évoquant une fibrose post-opératoire. Il n'y avait pas d'image d'algoneurodystrophie aiguë. Le 14 juillet 2011, le Dr C \_\_\_\_\_ a procédé à un bilan ENMG de contrôle. Par rapport au précédent contrôle du 11 mai 2010, il a constaté une amélioration de la neurographie sensitive et motrice du nerf médian droit suite à l'intervention de cure de tunnel carpien. L'examen clinique avait montré la persistance d'une diminution du réflexe bicipital et du réflexe stylo-radial à droite, vraisemblablement séquellaire à la radiculopathie C6 ancienne, survenue lors du tassement vertébral il y a plusieurs années. A la même date, le Dr A \_\_\_\_\_ a certifié que l'évolution a été favorable et que l'algodystrophie était guérie. Le traitement était terminé. Une activité légère à moyenne était possible à 100%. Le 22 juillet 2011, X \_\_\_\_\_ Sàrl a confirmé ne pas pouvoir offrir un poste adapté à l'assuré au sein de son entreprise. Le 5 août 2011, le Dr D \_\_\_\_\_ a procédé à un examen médical final. L'examen du membre supérieur droit proximal étant parfaitement rassurant, ce médecin a confirmé que les éventuels problèmes à l'épaule ne concernaient plus l'assureur-accidents. Les troubles dégénératifs constatés au niveau de la colonne cervicale n'étaient non plus à la charge de celui-ci. Concernant la main droite, il a constaté que la fracture était consolidée au niveau sous-capital du cinquième métacarpien avec une bascule palmaire. Le tunnel carpien opéré présentait quelques séquelles sensitives. Il n'y avait aucune amyotrophie au niveau du bras droit, l'enroulement de l'auriculaire droit restait un peu déficitaire par rapport aux autres doigts longs et la force de la main droite était diminuée. La rhizarthrose et l'arthrose STT minimales révélées par les radiographies de septembre 2010 étaient sans rapport avec les accidents. Selon le Dr D \_\_\_\_\_, la situation était stabilisée avec un dommage permanent. Pour les séquelles de la main droite, l'assuré devait éviter le port de charges moyennes à lourdes et les activités nécessitant force de serrage et outils de frappe. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était complète, sans prendre en considération les problèmes cervicaux. Un poste au sein de l'entreprise de chauffeur-livreur sans port de charges conviendrait parfaitement. Le 8 août 2011, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il lui a rappelé que, suite au dépôt d'une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, il lui avait refusé ses prestations, dès lors qu'un examen rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci après SMR) avait conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 80% dans une activité adaptée dès l'an 2000. Cette décision avait été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent à l'époque. Dans la mesure où, selon les nouvelles pièces médicales produites, il présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant

strictement ses limitations fonctionnelles, sa décision précédente demeurait valable. Il n'y avait dès lors pas d'aggravation notable par rapport à la décision initiale. Le 12 août 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux, hormis des contrôles occasionnels une à deux fois par année avec une prescription éventuelle de médicaments antalgiques. Afin de lui permettre d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'assurance-invalidité des démarches pour trouver un poste de travail adapté, la SUVA était disposée à continuer à verser les indemnités jusqu'au 31 décembre 2011. Elle examinera par ailleurs le droit à une rente invalidité à partir de cette date. Selon l'entretien téléphonique du 23 novembre 2011 de la SUVA avec l'assuré, l'état de santé de ce dernier s'était aggravé, son bras étant resté bloqué. La SUVA lui a conseillé de s'inscrire au chômage. Le 5 décembre 2011, une nouvelle scintigraphie a été réalisée. Cet examen ne donnait aucun argument en faveur d'une algoneurodystrophie du membre supérieur droit. Il y avait des discrètes hyperactivités au niveau de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs, lesquelles étaient compatibles avec des troubles dégénératifs à ces niveaux. Par décision du 4 janvier 2012, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% pour les séquelles de l'accident du 23 février 2010 et lui a refusé le droit à une rente d'invalidité, estimant qu'il était apte à reprendre son ancienne activité. Par courrier du 27 janvier 2012, mentionnant en marge l'accident du 23 février 2010, l'assuré s'est opposé à la limitation des consultations chez son médecin traitant une à deux fois par an, au motif qu'il souffrait beaucoup. Selon le Dr A \_\_\_\_\_, il ne pouvait plus travailler dans le bâtiment, le port de charges étant limité à 5kg pour le bras droit. Par ailleurs, ses indemnités de chômage étaient largement inférieures au salaire réalisé précédemment. De ce fait, il a demandé à la SUVA de réexaminer son dossier, afin qu'il puisse toucher un salaire égal à celui réalisé auparavant. Par décision du 13 août 2012, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a persisté à considérer que l'assuré était apte à travailler à plein temps comme chauffeur-livreur ou dans un autre emploi adapté à son état de santé. Selon les rapports d'enquête économique, il pourrait réaliser un salaire moyen annuel de l'ordre 54'015 fr. dans un emploi léger. Par rapport au revenu annuel réalisable sans accident de 58'585 fr, la perte de gain était inférieure à 10%, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert. Elle a par ailleurs considéré que sa décision du 11 novembre 2011 était entrée en force en ce qui concerne l'accident du 11 décembre 2009 et les atteintes à l'épaule droite. Par acte posté le 13 septembre 2012, l'assuré a formé recours contre cette décision « suite à des accidents du 11 décembre 2009 et du 23 février 2010 ainsi qu'à cause de [son] état de santé général » et afin que son dossier soit "traité comme il se doit". Sa situation n'avait connu aucune amélioration, selon lui. Dans sa réponse du 22 octobre 2012, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, estimant qu'il était insuffisamment motivé. Subsidiairement, elle a sollicité un nouveau délai pour prendre position sur les arguments au fond du recourant. Le 6 décembre 2012, la Cour a informé l'intimée qu'elle avait l'intention de déclarer le recours recevable, et lui a octroyé un délai au 9 janvier 2013 pour prendre position sur le fond. Dans le délai imparti, l'intimée a conclu au rejet du recours, en relevant que l'état de santé du recourant était stabilisé et que les médecins lui avaient reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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. a) Le recours respecte le délai de 30 jours prescrit par l'art. 60 LPGA. b) Quant à la forme, l'art. 61 LPGA dispose que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est, sous réserve de l'art. 1<sup>er</sup> al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment être simple et rapide (let. a). L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté (let. b). Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; ATFA non publié du 28 janvier 2003, I 501/02 consid. 2.2). En particulier, il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. ATFA non publié du 17 décembre 2002, U 292/02, consid. 4). En l'espèce, le recourant a motivé son recours par le fait que son état de santé ne s'était pas amélioré suite aux accidents subis. En s'opposant à la décision querellée qui lui refuse une rente d'invalidité et limite la prise en charge des frais médicaux par l'assureur-accidents, il doit être admis qu'il conclut implicitement à l'octroi d'une rente et des prestations médicales sans limite. Il est également à relever que le recourant se réfère implicitement à son opposition, dans la mesure où il a joint une copie de celle-ci à son recours. Il y fait notamment valoir qu'il ne peut plus travailler dans le bâtiment, selon le Dr A \_\_\_\_\_, ne pouvant pas porter des charges de plus de 5 kg. Cela étant, il convient de constater que le recours comporte une motivation et des conclusions suffisantes, de sorte qu'il est recevable à la forme. a) Dans la 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, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). b) En l'occurrence, le recourant ne s'est opposé à la décision du 4 janvier 2012 qu'en ce qu'elle concerne l'accident du 23 février 2010. En effet, ce n'est que cet événement qu'il a mentionné en marge de son opposition du 27 janvier 2012. Partant la décision sur opposition n'a pas porté sur le traitement médical pour les séquelles du premier accident. Néanmoins, l'évaluation de la capacité de travail doit tenir compte également d'éventuelles limitations dues aux accidents antérieurs. L'objet du litige est donc la question de savoir si le recourant subit une invalidité

lui ouvrant le droit à une rente, en rapport avec les accidents survenus, et dans quelle mesure il peut encore prétendre à la prise en charge des frais médicaux pour le traitement des séquelles du dernier accident. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 LPGGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Selon l'art. 18 al. 1<sup>er</sup> LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En principe, le traitement médical est généralement appliqué et accordé à l'assuré jusqu'à la fixation de la rente d'invalidité (art. 19 al. 1 LAA, a contrario). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA (à savoir : let. a lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; let. 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; let. c lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; let. 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. 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 45 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 non publié du 17 juin 2002, U 252/01 consid. 2a). 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). a) 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). 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 125 V 351 consid. 3). b) 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. Etant 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, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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; ATF non publié 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). a) En l'espèce, le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr D\_\_\_\_\_, a constaté, dans son rapport d'examen final du 5 août 2011, que la situation médicale était stabilisée et que le recourant avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ne comportant pas de port de charges moyennes à lourdes ni nécessitant force de serrage ou outils de frappe. Ce rapport a été rendu en pleine connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes du recourant et repose sur un examen approfondi. Partant, il sied de lui accorder en principe une pleine valeur probante. Les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimé sont par ailleurs confirmées par le médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_. En effet, lors d'un entretien de ce praticien avec l'intimée en date du 17 mai

2011 et dans son rapport du 14 juillet 2011, celui-ci a admis que la situation était stabilisée et que le recourant pourrait reprendre une activité adaptée avec un rendement de 100%. L'algodystrophie était guérie. Par conséquent, il n'y a aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr D \_\_\_\_\_, de sorte qu'il convient de retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée. b) Le recourant ne met pas en cause le calcul de la perte de gain réalisé par l'intimée. S'agissant de la différence entre les indemnités de chômage et le salaire précédemment perçu, elle ne peut être prise en considération par l'assureur-accidents, celui-ci devant uniquement compenser la différence supérieure ou égale à 10% entre le salaire sans invalidité et celui que l'assuré pourrait réaliser avec l'invalidité, mais non pas les indemnités de chômage, même si l'assuré a dû abandonner l'ancienne activité pour des raisons de santé. Le droit à une rente d'invalidité n'est ainsi pas ouvert, la perte de gain étant inférieure à 10%, selon ce calcul. Ainsi, l'intimée était fondée de refuser cette prestation. Concernant les prestations médicales, il y a lieu de rappeler que le Dr A \_\_\_\_\_ a certifié le 14 juillet 2011 que le traitement était terminé. On ne voit par ailleurs pas quel traitement pourrait encore améliorer les séquelles de l'accident du 23 février 2010, à part des antalgiques. Par conséquent, des contrôles occasionnels une ou deux fois par an paraissent amplement suffisants, de sorte que la décision querellée doit également être confirmée sur ce point. Cela étant, le recours sera rejeté. La procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Laure GONDRAND Juge Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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