

## GE\_GERICHTE A/2947/2016 vom 14. August 2017

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2947\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2947_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2947/2016 du 14 août 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2947/2016 del 14 agosto 2017

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON recourant contre ALLIANZ SUISSE, SOCIETE D'ASSURANCES SA, sis Richtiplatz 1, WALLISELLEN intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964 et originaire de Tunisie, est arrivé en Suisse le 25 août 1990. Il a travaillé dès le 17 août 1992 en tant que garçon d'office dans un restaurant d'entreprise B\_\_\_\_\_ à Genève. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par ELVIA société suisse d'assurances, reprise depuis lors par ALLIANZ suisse société d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimé).!endif>!if> 2. Le 19 mai 1992, lors d'un déménagement, un objet lourd est tombé sur la main et le poignet droits de l'assuré. Cet accident a été déclaré à la caisse-maladie suisse d'entreprises (CMSE), devenue SWICA assurances SA. Selon le rapport initial du 11 juin 1992, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin à la permanence de Vermont - Grand-Pré, a constaté un œdème et un hématome à la main droite. Les radiographies du poignet droit et du scaphoïde (du 20 mai 1992) montraient une ancienne fracture de la base du premier métacarpien droit.!endif>!if> 3. Dans un rapport du 29 juillet 1992, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgien de la main, a précisé qu'il avait examiné l'assuré le 28 juillet 1992 qui présentait des douleurs associées à des craquements intra-articulaires provenant de la base du pouce droit et avait été victime d'une chute sur le poignet droit le 20 avril 1992. Les radiographies du 28 juillet 1992 montraient un remodellement arthrosique de la base du pouce droit avec irrégularité de la surface articulaire. Il s'agissait selon lui d'une fracture intra-articulaire consolidée en position vicieuse, mais comme il n'avait pas les radiographies de « départ », il lui était difficile de se déterminer sur les troubles actuels. Une arthrodèse trapézométacarpienne devrait être proposée ultérieurement à l'assuré.!endif>!if> 4. L'assuré a été victime d'un nouvel accident le 23 février 1996. Selon la déclaration d'accident établie par l'employeur le 26 février 1996, l'assuré a glissé au travail sur le sol mouillé de la cuisine et a chuté sur les fesses en tenant une grille qu'il nettoyait et qui est tombée sur sa main droite. Il souffrait de contusions à la main droite et aux fesses avec incapacité de travail.!endif>!if> 5. Le 8 mars 1996, l'assureur a informé l'assuré qu'il acceptait la prise en charge de cet accident.!endif>!if> 6. Dans un rapport du 18 avril 1996, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué s'agissant de l'accident du 23 février 1996 que l'assuré avait été soigné en premier lieu à la clinique de l'Arve de laquelle il était ressorti avec un plâtre au poignet droit. Il a diagnostiqué un status post-contusion, une suspicion de fracture du poignet droit (en raison du port de plâtre) ainsi qu'une contusion de la colonne lombaire. Il a attesté une incapacité de travail entière dès le 23 février 1996.!endif>!if> 7. Le 3 septembre 1996, l'assuré a subi une arthrodèse de l'articulation trapézo-métacarpienne droite. Lors de l'opération, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgien de la main, a enlevé un fragment

osseux en se demandant s'il provenait d'une ancienne fracture. Il a constaté que le métacarpien était désaxé en position anatomique et que même après résection massive des contours articulaires et d'une partie du condyle, ce métacarpien restait légèrement désaxé.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 9 décembre 1996, le Dr C \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il avait examiné pour la première fois l'assuré le 26 février 1996. Selon les dires de celui-ci, il avait fait une chute sur la main droite et sur le bas du dos, le 23 février 1996. En voyant son poignet plâtré, il avait supposé que les médecins de la clinique de l'Arve avaient suspecté une fracture du poignet et l'avaient plâtré. Au vu des radiographies faites à ladite clinique, il avait constaté le 28 février 1996, une arthrose au niveau du poignet droit sur la base d'une éventuelle fracture ancienne. Il avait décidé de lui enlever le plâtre pour ne pas ankyloser davantage son poignet droit.![endif]>![if> 9. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 1996 mise en œuvre par l'assureur, le docteur F \_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, a diagnostiqué une contusion de la région sacro-lombaire, une arthrose trapézométacarpienne du pouce droit et un status après arthrodèse de l'articulation trapézométacarpienne du pouce droit non encore consolidée. Selon la description faite par l'assuré de l'accident, il était tombé assis par terre en tenant des grilles d'évacuation d'eau qui n'étaient pas tombées car il les tenait avec ses deux mains. Il en a déduit que l'assuré ne s'était pas cogné la main et que ces grilles n'étaient pas tombées sur ses mains. Quoiqu'il en fût, l'assuré avait vraisemblablement dû faire un effort pour les retenir et cet effort avait entraîné le réveil de douleurs de type arthrosique à la base du pouce droit. Les documents transmis par la clinique de Carouge à la suite de la consultation de l'assuré en urgence le 23 février 1996, mentionnaient un choc sur la main droite avec fracture de la base du pouce quatre ans auparavant (1992). L'assuré n'avait pas ressenti de douleurs depuis lors. Sur le plan radiologique, il y avait une arthrose tout à fait nette de l'articulation trapézométacarpienne du pouce droit en 1992 déjà et cette arthrose n'avait pas évolué particulièrement jusqu'en février 1996. Elle était vraisemblablement devenue douloureuse à la suite d'un mouvement de crispation pour retenir les grilles lors de la chute. Par conséquent, il existait un état antérieur marqué au niveau de l'articulation trapézométacarpienne du pouce de la main droite et une aggravation de cet état à la suite de l'événement de février 1996. Comme cette arthrose n'avait pas évolué entre 1992 et 1996, l'état actuel ne correspondait pas au cours irréversible de la maladie. Cette arthrose avait été vraisemblablement décompensée par l'accident de 1996 qui avait rendu nécessaire l'arthrodèse. Il ne s'agissait pas d'une aggravation passagère d'un état antérieur mais d'une aggravation durable d'un état antérieur par l'accident. Quant à l'incapacité de travail, l'expert a considéré que compte tenu de l'accoutumance et sans complications au niveau de la main droite, on devrait pouvoir attendre du patient une reprise du travail à 100 % au début février 1997. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité corporelle, il était prématuré de la fixer, mais au vu de l'arthrodèse de la base du pouce, il fallait s'attendre à une telle atteinte.![endif]>![if> 10. Par décision du 10 mars 1997, l'assureur a mis un terme à sa prise en charge au 31 août 1996 estimant que l'accident avait rendu manifeste un état antérieur et que le statu quo sine était atteint à fin août 1996.![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 9 avril 1997 établi sur demande de l'assuré, le Dr E \_\_\_\_\_ a précisé que le statu quo sine n'avait pas été atteint à la fin août 1996 et que l'accident du 23 février 1996 avait provoqué une diminution de la force probablement définitive, une diminution de la mobilité du rayon du pouce, ainsi qu'une apparition de douleurs lors de l'emploi avec force ou mouvements répétitifs. L'opération du 3 septembre 1996 était indispensable puisqu'elle avait pour objectif une diminution de la douleur. L'accident du 19 mai 1992 avait

probablement entraîné une arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne à droite et aurait probablement nécessité un traitement. L'accident du 23 février 1996 avait probablement précipité l'évolution défavorable dans la mesure où un phénomène de décompensation aigüe était apparu nécessitant des mesures thérapeutiques.!

12. A la suite de l'opposition formée par l'assuré, l'assureur a admis partiellement l'opposition par décision du 28 janvier 1998. Il a accepté de prendre en charge l'opération du 3 septembre 1996 et de verser une indemnité journalière jusqu'au 31 mars 1997. Il a toutefois précisé que la condition préalable ouvrant le droit à des prestations, à savoir celle de la causalité naturelle, n'était pas remplie et qu'il n'existait aucun droit au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 28 février 1997.!

13. A la suite du recours formé contre ladite décision, le Tribunal administratif (ci-après : TA) – alors compétent – a entendu le Dr E\_\_\_\_\_, le 18 décembre 1998. Celui-ci a précisé qu'il avait procédé à une arthrodèse, ce qui signifiait bien que les deux os d'une articulation ne remplissaient plus leurs fonctions en raison d'une arthrose. Il ne pouvait pas dire si l'assuré avait subi une fracture de la main droite et si, dans cette hypothèse, celle-ci datait du 23 février 1996 ou si elle était antérieure. Il faudrait réexaminer les radiographies, mais les médecins qui l'entouraient lors de l'opération de septembre 1996 n'avaient pas été en mesure de répondre à cette question. C'était d'autant plus difficile d'y répondre que la zone concernée de l'articulation était plus proche du poignet que de la base du pouce, soit un type de lésion plus rare et provenant plus rarement d'un accident. Il avait eu connaissance des radiographies effectuées en 1992 par le Dr D\_\_\_\_\_ qui avaient été transmises à l'assurance-invalidité. Il avait le souvenir que l'articulation de l'assuré n'était pas une articulation normale, mais il était possible qu'il n'en ait pas souffert pendant des années et qu'elle ait été décompensée par un événement soudain. Il n'avait pas entendu dire que l'assuré avait pratiqué la boxe et le type de lésion présenté par celui-ci n'était pas vu fréquemment comme étant dû à la pratique de la boxe. L'assuré a précisé qu'il n'avait jamais déclaré au Dr F\_\_\_\_\_ qu'il avait été un ancien boxeur champion national de Tunisie, mais lui avait simplement dit qu'il aimait bien la boxe au même titre que le tir. S'il avait été champion de boxe, il ne serait pas venu en Suisse pour nettoyer des casseroles. Lors de l'accident de 1992, il était assuré auprès de la WINTERTHUR assurances.!

14. Par arrêt du 9 mai 2000 (cause A/440/1998-ASSU), le TA a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ et a rejeté le recours en considérant qu'au vu de l'état préexistant, un statu quo sine avait été atteint en tout cas le 31 mars 1997. Le jugement cantonal a été annulé par arrêt du Tribunal fédéral du 31 janvier 2001 (U 270/00) dans la mesure où le droit de l'assuré aux prestations de l'assureur était limité au 31 mars 1997. Le Tribunal fédéral a considéré que les avis des Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ étaient partiellement divergents, de sorte qu'il n'était pas possible d'en déduire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le statu quo sine avait été atteint en février 1997. De plus, il subsistait un doute sur le degré exact de l'incapacité de travail dont l'assureur devait répondre à la suite de l'accident du 23 février 1996. Il a admis que le statu quo sine vel ante n'était pas rétabli et a renvoyé la cause à l'assureur afin qu'il statuât à nouveau sur le droit aux prestations après avoir déterminé à l'aide d'un expert si et quand le statu quo sine vel ante avait été atteint.!

15. Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'assureur-accidents a confié un mandat d'expertise au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgien de la main. Dans son rapport du 10 janvier 2003, l'expert a considéré que l'atteinte à la santé invoquée par l'assuré était, avec vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'accident du 23 février

1996 qui avait déclenché un état douloureux incoercible de la région trapézométacarpienne droite nécessitant une arthrodèse trapézométacarpienne et une intervention de nature indéterminée sur le cinquième rayon à droite. Il a précisé que l'arthrodèse ne s'était pas consolidée, qu'un des implants s'était fracturé et que l'état douloureux avait persisté, accompagné d'un flexum de l'auriculaire droit. L'état définitif n'était pas atteint. Une révision de l'arthrodèse avec retrait du matériel d'ostéosynthèse et réarthrodèse était impérative mais il n'était pas exclu que même après obtention de la consolidation, la part des troubles imputables à l'arthrose de surcharge scapho-trapézo-trapézoïdienne ne fût pas résolue. Cette éventualité amenait à s'interroger sur la validité de réaliser une réarthrodèse versus une résection du trapèze et suspension du premier métacarpien. Selon la description de l'accident faite par l'assuré, lors de travaux de nettoyage, il avait chuté en arrière et s'était reçu lourdement sur le dos en tenant dans ses mains trois regards d'écoulement. Ces lourdes pièces avaient engendré une torsion et un choc plus particulièrement sur la main et le poignet droits.!

16. Le 26 juillet 2004, l'assuré a subi une reprise d'arthrodèse de l'articulation trapézo-métacarpienne droite par cerclage haubanage ainsi qu'une greffe (prise sur le radius distal) et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

17. Dans un rapport du 19 novembre 2004, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que l'accident du 23 février 1996 avait décompensé de manière douloureuse un état préexistant séquellaire d'un autre traumatisme survenu en 1992 dont l'assuré avait récupéré sans douleur jusqu'à l'accident de 1996, qui, dès lors, pouvait être considéré comme responsable du traitement entrepris à ce moment-là (arthrodèse trapézométacarpienne). Puis, dans un rapport du 28 avril 2005, après examen du CT-scanner du pouce droit réalisé le 7 février 2005, il a considéré que l'évolution n'était pas aussi favorable que prévu et que la consolidation de l'arthrodèse n'était de loin pas acquise de manière optimale. Il a relevé que le matériel n'avait pas encore été retiré et que l'état douloureux devait vraisemblablement persister ce qui contre-indiquait toujours les mouvements de force ou répétitifs à l'aide de la main droite.!

18. Par décision du 16 février 2005, sur la base du premier rapport complémentaire du Dr G\_\_\_\_\_, l'assureur a admis que l'opération du 26 juillet 2004 était en rapport de causalité avec l'accident du 23 février 1996. Il a considéré que l'accident était responsable du « traitement entrepris à ce moment-là » et que l'assuré était capable de travailler depuis le mois de novembre 2004. Par conséquent, il a octroyé des indemnités journalières dès l'opération du 26 juillet 2004 en retenant une incapacité de travail entière du 26 juillet au 31 octobre 2004, puis à bien plaisir de 50 % du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 31 janvier 2005 et de 25 % du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2005. A la suite de l'opposition de l'assuré contestant notamment la limitation du droit aux indemnités journalières, l'assureur a annulé sa décision par courrier du 3 mai 2005 en se basant sur le rapport complémentaire du Dr G\_\_\_\_\_ du 28 avril 2005. Il a admis son obligation de continuer à verser des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2005 tout en se réservant le droit de réexaminer cette question dès la fin de la période de convalescence suite à l'intervention prévue le 12 mai 2005. Il a considéré que l'opposition devenait sans objet.!

19. Par décision du 22 août 2005, l'assureur a notamment refusé l'octroi d'indemnités journalières entre le 31 mars 1997 et le 25 juillet 2004. Il a également constaté que les conditions permettant de déterminer le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient actuellement pas remplies. Sur la base des rapports des Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, il a estimé que l'état définitif n'était actuellement pas atteint et qu'il avait lieu de réexaminer la situation médicale à la fin du mois de septembre 2005.!

20. A la suite de l'opposition à cette décision et du recours

formé contre la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) - alors compétent - a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ par arrêt du 30 juillet 2008 ( ATAS/840/2008 ) et a admis partiellement le recours, en ce sens que l'assuré avait droit à des indemnités journalières pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1997 au 31 décembre 1997. Il a en revanche confirmé le refus de l'assureur d'octroyer tant des indemnités journalières à partir du 27 juillet 2004 qu'une rente d'invalidité. Le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable, pour motivation insuffisante (arrêt 8C\_738/2008 du 14 octobre 2008). La demande de révision déposée par l'assuré le 22 juin 2009 à l'encontre de l'arrêt du TCAS du 30 juillet 2008 a été rejetée par arrêt du 7 octobre 2009 ( ATAS/1236/2009 ), confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 8C\_934/2009 du 24 février 2010). [endif]>[if> 21. Dans un nouveau rapport d'expertise du 4 avril 2009, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs persistantes de la colonne du pouce après réarthrodèse trapézométacarpienne droite, une arthrodèse trapézométacarpienne droite incomplètement consolidée, une arthrose secondaire scapho-trapézo-trapézoïdienne droite, une migration majeur d'implant (IKW intra-scapho-capitato-lunaire) et une neuropathie irritative / compressive réactionnelle du nerf médian dans le tunnel carpien droit. Selon lui, en fonction de l'évolution du cas et de son examen, les plaintes actuelles inchangées par rapport à celles exprimées dans le passé étaient clairement en relation avec l'état post-opératoire induit par le traumatisme du 23 février 1996. Il n'y avait pas d'autre solution à proposer qu'une nouvelle opération en présence d'une très probable consolidation incomplète de la réarthrodèse et d'une broche ayant migré dans une zone fonctionnelle importante avec de surcroît une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne. Elle consistait au minimum en une ablation du matériel d'ostéosynthèse et de la broche puisque les dernières radiographies mettaient en évidence la décompensation classique après arthrodèse trapézométacarpienne, d'une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne par surcharge. Le type d'arthroplastie restait à déterminer, mais le consensus actuel parlait en faveur d'une résection du trapèze avec plastie d'interposition tendineuse. Bien que le status n'était pas définitif et quelle que fût la chirurgie ultérieure, l'atteinte à l'intégrité physique pouvait être estimée à 10 %.[endif]>[if> 22. Les 29 mai et 23 juin 2009, l'assureur a accepté la prise en charge du traitement préconisé par le Dr G\_\_\_\_\_.[endif]>[if> 23. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010, confirmée sur opposition, l'assureur a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 9'720.- correspondant à un taux de 10 %. A la suite du recours de l'assuré, qui concluait au paiement d'une indemnité de CHF 344'981.-, la chambre de céans a rejeté le recours par arrêt du 8 février 2012 ( ATAS/92/2012 ). Toutefois, par arrêt du 4 avril 2013 ( 8C\_221/2012 ), le Tribunal fédéral a admis partiellement le recours de l'assuré, annulé l'arrêt cantonal ainsi que les décisions de l'assureur et renvoyé la cause à ce dernier. Il a jugé que puisque le recourant n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne pouvait être fixée qu'une fois le traitement médical terminé, ce qui n'était pas encore le cas au vu des avis médicaux versés au dossier. L'assureur devait se prononcer à nouveau sur le droit éventuel à une telle indemnité au terme du traitement médical. Il en allait de même quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique.[endif]>[if> 24. Le 8 mai 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a procédé à une désarthrodèse de la main droite et à la mise en place d'une prothèse Pi2 à droite. Par certificat médical du 9 mai 2012, il a attesté une incapacité de travail de 100 % du 8 au 30 juin 2012. A réception dudit certificat médical, l'assureur a demandé à l'assuré le 14 mai 2012, de faire compléter la déclaration d'accident par son

employeur afin qu'il puisse débiter l'instruction de la rechute qu'il déclarait.![endif]>![if> 25. Dans une notice du 16 juillet 2012, le gestionnaire de l'assureur a demandé au docteur I\_\_\_\_\_, médecin-conseil, de déterminer si la mise en place d'une prothèse Pi2 à droite était une séquelle tardive de l'accident du 23 février 1996. Les notes manuscrites apposées sur ce document le 7 mars 2013, ont la teneur suivante : « Le Dr J\_\_\_\_\_ est surpris à la lecture des premières pièces que nous ayons pris en charge ce sinistre![endif]>![if> - accident antérieur en avril 1992 - arthrodèse déjà prescrite ... (illisible) d'une ancienne fracture » 26. Le 10 septembre 2012, l'assureur a indiqué à l'assuré que le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ relevait un état antérieur justifiant une arthrodèse, laquelle avait été proposée par le Dr D\_\_\_\_\_. Afin de compléter son dossier, il a demandé à l'assuré de lui indiquer quel était l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'accident du mois d'avril 1992 et de préciser les circonstances de l'accident ou des accidents antérieurs à celui d'avril 1992.![endif]>![if> 27. Depuis lors, un important échange de courriers est intervenu entre l'assureur et l'assuré, les parties divergeant notamment quant au versement des indemnités journalières et la nécessité d'instruire le dossier sur le plan médical. L'assuré s'est notamment plaint auprès de l'autorité de surveillance en matière d'assurance-accidents du comportement de l'assureur dans la gestion du dossier, auquel il reprochait un « comportement dilatoire ».![endif]>![if> 28. Une proposition transactionnelle du 11 mars 2013 de l'assureur de verser à l'assuré, sans reconnaissance de responsabilité, des indemnités journalières de CHF 27.79 pour la période allant du 8 mai 2012 au 30 octobre 2012, ainsi que de prendre en charge les frais de traitement liés à l'intervention du 8 mai 2012 a été refusée par l'assuré. Ce dernier a requis une nouvelle fois le versement d'indemnités journalières depuis le 8 mai 2012, réduites à 50 % depuis le 1 er juin 2013.![endif]>![if> 29. Le 10 mai 2013, à la suite de l'arrêt du renvoi du Tribunal fédéral du 4 avril 2013, l'assureur a informé l'assuré qu'il mettait en œuvre une expertise orthopédique auprès du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgien de la main. Il ne procéderait à aucune instruction tant de l'atteinte à la santé psychique alléguée que de l'éventuelle relation de causalité naturelle entre l'accident et celle-ci, le lien de causalité adéquate devant de toute évidence être nié. Les questions posées à l'expert avaient trait notamment à la causalité naturelle entre l'état somatique et l'accident du 23 février 1996, à l'atteinte d'un état définitif et la date de celui-ci, ainsi qu'à la description de l'atteinte à l'intégrité consécutive à l'accident et à l'évaluation de son degré.![endif]>![if> 30. Par courrier du 16 août 2013, l'assuré a contesté que l'expertise portât sur le lien de causalité naturelle entre les plaintes émises et l'accident dès lors que cette question résultait déjà du dossier médical en possession de l'assureur, que celui-ci avait déjà pris en charge l'opération du 8 mai 2012 et tous les frais de traitements y relatifs et que le Dr H\_\_\_\_\_ attestait que ses interventions chirurgicales étaient consécutives à l'accident de 1996. Par conséquent, l'expertise devait être limitée à la question de l'atteinte à l'intégrité qui ne pouvait être tranchée qu'une fois le traitement médical terminé, ce qui n'était pas le cas. Aussi, l'examen par le Dr K\_\_\_\_\_ devait être annulé.![endif]>![if> 31. Le 2 septembre 2013, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assureur que l'assuré ne s'était pas présenté au rendez-vous du 2 septembre 2013 et qu'il n'était plus disposé à lui donner un nouveau rendez-vous.![endif]>![if> 32. Le 3 septembre 2013, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une « plainte pour déni de justice et demande en paiement ». Préalablement, il a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise neutre auprès d'un spécialiste en chirurgie de la main concernant exclusivement l'incapacité de travail depuis le 1 er octobre 2007. Sur le fond, il a conclu à ce qu'il soit dit et constaté que l'assureur disposait d'un

dossier complet lui permettant de se déterminer et qu'il n'était pas habilité à remettre en cause le lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 février 1996 et les douleurs, ainsi que les interventions qu'il avait subies depuis lors. En effet, cette question avait déjà été tranchée sur le plan médical et juridique.![endif]>![if> 33. Par courrier du 14 octobre 2013, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu de son refus de se soumettre à l'expertise prévue et afin de continuer l'instruction de son dossier, il avait demandé au Dr C\_\_\_\_\_ de rechercher dans ses archives les documents médicaux le concernant.![endif]>![if> 34. Le 21 octobre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a remis à l'assuré une copie de son dossier. Selon le rapport scanographique du poignet droit du 26 juin 1992, il n'y avait pas de lésion traumatique du poignet droit. Les structures osseuses étaient régulières dans leur ensemble sans aucune image de fracture ou de fissure, plus particulièrement sur le scaphoïde. Les rapports articulaires étaient conservés et les tissus mous ne montraient rien de particulier.![endif]>![if> 35. Par arrêt du 5 mars 2014, la chambre de céans a déclaré irrecevables les conclusions portant sur le fond du litige et a rejeté le recours pour déni de justice ( ATAS/264/2014 ). Elle a considéré qu'au vu des pièces du dossier et de l'échange épistolaire intervenu entre les parties depuis l'annonce de la rechute, l'on ne pouvait faire grief à l'assureur d'avoir commis un déni de justice. Toutefois, dans la mesure où l'assuré avait manifesté son désaccord à une proposition transactionnelle, il appartenait à l'assureur de rendre une décision quant au versement d'indemnités journalières depuis le 8 mai 2012. Le recours formé par l'assuré contre le jugement cantonal a été déclaré irrecevable par arrêt du Tribunal fédéral du 19 mai 2014 ( 8C\_276/2014 ), faute de motivation topique.![endif]>![if> 36. Dans un certificat du 2 avril 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis l'intervention du 8 mai 2012 et jusqu'au 31 mai 2013, puis de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2013 et jusqu'à ce jour, mais uniquement pour des travaux légers, sans force de la main ni mouvements répétitifs. Une opération était prévue mais n'avait pas encore eu lieu en attente de l'accord de la prise en charge financière par l'assurance. Toutes les interventions chirurgicales étaient consécutives à l'accident initial de 1996.![endif]>![if> 37. Le 16 avril 2014, l'assureur a informé l'assuré que les recherches dans les archives du docteur M\_\_\_\_\_ avaient pas permis de retrouver l'expertise le concernant effectuée pour PANORAMA assurances (actuellement SWICA assurances SA) s'agissant des suites de l'accident de 1992. Il voulait savoir s'il était d'accord de se soumettre à l'expertise prévue afin de compléter l'instruction de son dossier.![endif]>![if> 38. Après que l'assuré ait accepté le 3 juin 2014, de se soumettre à l'examen prévu auprès du Dr K\_\_\_\_\_, l'assureur a transmis à l'assuré son questionnaire le 4 juin 2014 et lui a accordé un délai d'un mois pour faire part de ses éventuelles observations. Le questionnaire concernait notamment la relation entre l'accident du 23 février 1996 et les plaintes de l'assuré, l'aggravation par l'accident de facteurs étrangers, l'atteinte d'un statu quo ante vel sine , l'atteinte d'un état définitif, l'existence d'une atteinte à l'intégrité et d'une invalidité, ainsi que l'évaluation de leur taux.![endif]>![if> 39. L'expert ayant rappelé son refus d'examiner l'assuré, l'assureur a informé celui-ci le 22 août 2014, qu'il envisageait de mandater la clinique CORELA. L'assuré a répondu le 1<sup>er</sup> septembre 2014, qu'il laissait à l'assureur le libre choix de l'expert de la main. Le 30 décembre 2014, l'assureur a informé l'assuré qu'il serait examiné par le docteur L\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 40. Après que l'assuré ait transmis à l'expert des questions complémentaires le 22 janvier 2015, l'assureur lui a rappelé par courrier du 16 février 2015 qu'il lui appartenait de diriger l'instruction et que l'assuré ne pouvait pas poser des questions complémentaires qui n'avaient pas été incluses dans le questionnaire. Le même jour, l'assureur a demandé à l'expert de répondre

uniquement aux questions contenues dans le questionnaire adressé par ses soins.![endif]>![if> 41. Dans un rapport du 11 septembre 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait un fond douloureux au poignet droit qui nécessiterait une nouvelle intervention chirurgicale ayant pour but d'enlever la broche mise en place par le précédent chirurgien au niveau du poignet droit. Cette broche faisait saillie au niveau d'un interligne articulaire. Cette intervention permettrait de diminuer le symptôme douloureux.![endif]>![if> 42. Dans son rapport d'expertise du 9 février 2016, le Dr L\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste pratiquant en Haute-Savoie (Sallanches), a conclu à l'absence de lien de causalité naturelle entre les lésions « rapportées à l'accident » et ce dernier au motif que celles-ci étaient absentes et que la limitation fonctionnelle était liée aux traitements effectués. S'agissant du lien de causalité directe, il a relevé que les Drs D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ avaient mentionné une arthrose décompensée par l'accident du 1996, soit un terme inexistant dans la doctrine médicale. Il a considéré qu'une étiologie traumatique pouvait être exclue au motif que l'atteinte arthrosique était déjà présente avant le 23 février 1996 sous les termes « de caractérisée, manifeste » depuis 1992. Une étiologie traumatique indirecte avec une décompensation lors de l'accident du 23 février 1996 se traduisant par une aggravation des lésions pouvait être exclue. Il n'existait aucun élément de preuve objectif pour affirmer que l'accident du 23 février 1996 avait créé une lésion anatomique objective au niveau de la main droite et une augmentation d'un status douloureux survenu après 1996 ne trouvait pas de justification médicale. Par conséquent, il n'y avait pas de causalité naturelle entre les lésions et l'accident. Il pouvait s'agir de traitements et de limitations en lien avec un état antérieur, lequel n'était pas à la charge de l'assureur-accidents.![endif]>![if> 43. Par décision du 3 mai 2016 et se basant sur les conclusions de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, l'assureur a nié tout droit aux prestations d'assurance au motif qu'un lien de causalité entre l'accident du 23 février 1996 et les plaintes de l'assuré n'était pas établi avec une vraisemblance prépondérante. Bien qu'il ait pris en charge indûment les frais de traitement et versé une indemnité journalière du 23 février 1996 au 31 décembre 1997, puis du 26 juillet 2004 au 30 septembre 2007, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de CHF 9'720.-, il renonçait à réclamer le remboursement de ces prestations. Par conséquent, il mettait un terme à ses prestations avec effet ex nunc et pro futuro.![endif]>![if> 44. Le 1<sup>er</sup> juin 2016, l'assuré a formé opposition à ladite décision au motif qu'elle ne répondait pas à l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 avril 2013 et que l'expertise était incomplète. Cette dernière n'était qu'une simple critique de documents et ne contenait pas un examen de son dos, ni de son état psychique.![endif]>![if> 45. Par décision sur opposition du 8 août 2016, l'assureur a rejeté l'opposition. La question litigieuse consistait à déterminer les circonstances qui devaient être retenues, respectivement s'il existait une relation de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé alléguées. Bien que l'assuré ait fortement varié dans sa description de l'accident, il y avait lieu de retenir sa version initiale, à savoir que lors de sa chute, il portait une grille métallique d'un poids maximal de cinq kilos. Même si la déclaration initiale mentionnait un choc sur la main, il convenait de se baser sur la description des experts, à savoir que l'assuré avait chuté sans lâcher la grille, de sorte que celle-ci n'avait pas pu tomber sur sa main. L'assuré avait déjà été victime d'un ou plusieurs accidents avant celui du 23 février 1996, à savoir tout d'abord une chute sur le poignet droit le 20 avril 1992, puis un objet lourd lui était tombé sur la main et le poignet droits, le 19 mai 1992. Les examens radiologiques pratiqués à proximité de ces accidents avaient révélé une fracture intra-articulaire ancienne à la base du premier métacarpien droit consolidée en

position vicieuse et un remaniement arthrosique de la base du pouce droit. L'accident de 1996 n'avait provoqué aucune fracture au niveau du poignet droit. L'arthrose constatée lors des examens radiologiques pratiqués en 1996 n'avait pas évolué entre 1992 et 1996, de sorte que la destruction de l'articulation justifiant l'arthrodèse pratiquée en septembre 1996 existait déjà en 1992 et à dire d'expert, l'augmentation d'un état douloureux survenu après 1996 ne trouvait pas de justification médicale. Les atteintes à la santé au niveau lombaire étaient de toute évidence d'origine dégénérative sans lien avec l'accident de 1996. Par conséquent, il avait couvert à tort l'intervention du 3 septembre 1996 et ses suites, de sorte qu'il avait refusé à jute titre de prendre en charge la rechute annoncée.![endif]>![if> 46. Par acte du 6 septembre 2016, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Il a conclu à l'octroi d'indemnités journalières à partir de janvier 2009 sur la base d'un gain assuré de CHF 49'283.50, à la prise en charge par l'intimé de ses opérations et au versement d'une indemnité pour tort moral. Il a confirmé que lors de l'accident du 23 février 1996, il était tombé lourdement sur le dos en tenant dans ses mains trois regards d'écoulement qu'il n'avait pas lâchés, ce qui avait engendré une torsion, ainsi qu'un choc en particulier sur sa main droite, son poignet droit et le bas de son dos, plus précisément sur les lombaires. Il a fait grief à l'expert L\_\_\_\_\_ de n'avoir évalué ni le lien de causalité entre son accident et l'opération du 8 mai 2012, ni le degré de son atteinte définitive à l'intégrité physique suite audit accident. Le litige portait sur son droit aux prestations à partir de janvier 2009, en particulier à des indemnités journalières et pour tort moral, sur la violation de son droit d'être entendu par l'intimé qui avait refusé de soumettre à l'expert les questions complémentaires qu'il avait posées, ainsi que sur la prise en charge de la nouvelle opération prévue. Le recourant a observé que dans son arrêt de 2013, le Tribunal fédéral n'avait nullement requis de remettre en cause le lien de causalité puisque celui-ci avait été déterminé par le jugement fédéral de 2001. L'hypothétique litige quant à la prise en charge de son cas concernait l'intimé et la WINTERTHUR assurances et non pas son assurance-maladie. Aussi, il appartenait à la chambre de céans de mandater un expert neutre afin de déterminer à qui incombait la prise en charge de son cas.![endif]>![if> 47. Le 14 novembre 2016, le recourant a demandé à la chambre de céans de statuer en urgence sur une prise en charge préalable en attendant que le conflit entre les deux assurances soit tranché. Puis le 16 novembre 2016, il a précisé qu'il requérait la prise en charge provisoire de la nouvelle opération prévue et le versement d'une année d'indemnités journalières à titre d'avance. Le taux de l'atteinte à l'intégrité ne pouvait être établi que suite à la nouvelle opération prévue.![endif]>![if> 48. Dans sa réponse du 15 novembre 2016, l'intimé a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours dans la mesure où il était recevable. S'agissant de la violation du droit d'être entendu du recourant, il a observé que le questionnaire à l'attention de l'expert lui avait été soumis plusieurs fois sans que le recourant ne fasse aucune observation. Ce dernier avait transmis directement à l'expert des questions complémentaires après avoir reçu une nouvelle convocation auprès du Dr L\_\_\_\_\_, sans en avoir conféré au préalable avec l'assureur. Celui-ci lui avait rappelé les différentes étapes de la mise en œuvre d'une expertise. Par conséquent, il contestait avoir violé le droit d'être entendu du recourant et quoi qu'il en fût, une hypothétique violation avait être corrigée avant l'établissement de la décision sur opposition. S'agissant du conflit de compétence entre assureurs, l'expert ne concluait à aucun moment que les plaintes seraient la conséquence du ou des accidents survenus en 1992, mais constatait seulement qu'il existait un état antérieur, déjà présent en 1992, et que l'accident n'avait pas causé les atteintes à la santé dont se plaignait le recourant. L'on pouvait imaginer, en

l'absence d'informations précises concernant les périodes antérieures, que cet état antérieur remontait à une période précédant la venue en Suisse du recourant, ce d'autant plus qu'il pratiquait la boxe et avait été champion national de Tunisie. S'agissant de la valeur probante de l'expertise, il a répété ses développements précédents.![endif]>![if> 49. Par courrier du 22 novembre 2016, la chambre de céans a indiqué au recourant qu'elle n'est pas compétente pour statuer sur une demande de prise en charge provisoire des prestations qui devait être adressée aux institutions d'assurances sociales entrant en ligne de compte.![endif]>![if> 50. Dans sa réplique du 5 décembre 2016, le recourant a rappelé que par jugement du 31 janvier 2001, le Tribunal fédéral avait décidé que l'intimé était le seul « responsable » et avait écarté la « responsabilité » de EASY SANA assurance-maladie SA. Tous les juges, tous les experts et tous les médecins étaient d'accord sur le fait que l'accident avait aggravé un état antérieur. Le Dr L\_\_\_\_\_ précisait dans son expertise que ses problèmes de santé étaient toujours présents, ce qui établissait que le statu quo n'était pas atteint. Toutefois, tout le reste de son expertise n'était qu'un avis personnel. Le recourant a admis qu'il avait pratiqué la boxe à l'école comme tous les autres sports, mais qu'il n'avait jamais été champion national et n'avait jamais fréquenté les salles de sport. Il a observé que l'assureur se basait sur les dires du Dr D\_\_\_\_\_ qui avait évoqué une fracture intra-articulaire consolidée en position vicieuse tout en précisant qu'il lui était difficile de se déterminer sur l'origine des troubles actuels, faute de disposer des radiographies de départ. L'expert L\_\_\_\_\_ avait passé sous silence la scanographie du 26 juin 1992 constatant l'absence de fracture et de fissure avant l'accident de 1992, ce qui contredisait toutes ses conclusions. Le fragment osseux mis en évidence lors de l'opération n'était pas la preuve d'une ancienne fracture mais que l'accident de 1996 avait bien eu lieu et avait aggravé l'état antérieur. Le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes.![endif]>![if> 51. Dans sa duplique du 5 janvier 2017, l'intimé a relevé que tous les médecins s'accordaient à constater que le recourant souffrait déjà avant l'accident de février 1996 d'une arthrose de la base du pouce droit et que ledit accident n'avait provoqué aucune lésion anatomique objective, ainsi que l'avait constaté le Dr F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 décembre 1996. Au demeurant, quatre ans avant l'accident, le Dr D\_\_\_\_\_ avait précisé que les radiographies montraient un remodellement arthrosique de la base du pouce droit. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait également constaté que les examens effectués après l'accident du début 1992, mais avant l'accident de février 1996, montraient déjà à l'époque une arthrose manifeste de la base du pouce. Au surplus, l'intimé a répété ses développements précédents et a persisté dans toutes ses conclusions.![endif]>![if> 52. Le 6 janvier 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé et, sur quoi, a gardé la cause à juger.![endif]>![if> 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 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).!

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

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).!

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ( statu quo ante ) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ( statu quo sine ) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli,

l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). 6. L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 2.2). Par l'adoption de cette disposition, le législateur a consciemment opéré une répartition des risques entre l'assurance-accidents et l'assurance-maladie. Dès lors, l'assureur-accidents répond de toutes les lésions provoquées par des soins (traitement médical) consécutifs à des accidents assurés, sans qu'il soit nécessaire que l'acte dommageable entre dans la notion d'accident ou soit dû à une erreur médicale ou à une lésion corporelle pénalement punissable (ATF 118 V 286 consid. 3b).

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

en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). 8. A titre préalable, il convient de rappeler que l'intimé a accepté le 8 mars 1996, de prendre en charge l'accident du 23 février 1996, respectivement par décision sur opposition du 28 janvier 1998 l'arthrodèse de l'articulation trapézométacarpienne droite pratiquée le 3 septembre 1996. A la suite de l'arrêt du TA rejetant le recours formé contre cette décision, le Tribunal fédéral a jugé par arrêt du 31 janvier 2001 que le statu quo sine vel ante n'était pas rétabli à la date de la décision litigieuse et que l'intimé ne pouvait pas mettre un terme à ses prestations. Il lui a renvoyé la cause aux fins d'expertise afin de déterminer si et quand le statu quo sine vel ante a été atteint. Par décision du 16 février 2005, l'intimé a admis que la reprise d'arthrodèse du 26 juillet 2004 était en rapport de causalité avec l'accident du 23 février 2006 et lui a alloué des indemnités journalières du 26 juillet 2004 au 30 avril 2005, puis jusqu'au 30 septembre 2007. Par arrêt du 30 juillet 2008, le TCAS a considéré que l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et a observé que selon les conclusions de celle-ci, le statu quo sine vel ante n'était pas atteint. Il a admis partiellement le recours en ce sens que le recourant avait droit également à des indemnités journalières du 1 er avril 1997 au 31 décembre 1997. Par décision du 1 er novembre 2010 confirmée par décision sur opposition du 30 mai 2011, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % en raison des troubles de la main droite. A la suite de l'arrêt de la chambre de céans rejetant le recours formé contre cette décision, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à l'intimé par arrêt du 4 avril 2013, notamment afin de fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité une fois le traitement médical terminé, ce qui n'était pas le cas au moment de la décision litigieuse. Il s'ensuit que la question du droit du recourant aux prestations de l'intimé pour la période antérieure au 30

septembre 2007 est définitivement réglée; reste celle de la causalité naturelle et adéquate pour la période postérieure à cette date (cf. ATF 122 V 356 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 2.2). Par conséquent, l'intimé était en droit de mettre en œuvre une instruction médicale afin de déterminer le lien de causalité entre l'état pathologique relatif à cette période et l'accident du 23 février 1996, respectivement le lien entre la désarthrodèse du 8 mai 2012 et ledit accident. En revanche, tel n'est pas le cas pour la période antérieure au 30 septembre 2007. 9. Dans un premier grief, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]) lors de la mise en œuvre de l'expertise confiée au Dr L\_\_\_\_\_ à fin décembre 2014. L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références). Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c). 10. En l'espèce, l'intimé a communiqué au recourant le nom de l'établissement chargé de l'expertise médicale le 22 août 2014, en lui accordant un délai au 8 septembre 2014 pour d'éventuelles observations quant au choix de l'expert. Le 1<sup>er</sup> septembre 2014, le recourant a précisé à l'intimé qu'il lui laissait le libre choix de l'expert et le 30 décembre 2014, l'intimé l'a informé du nom de l'expert. Par conséquent, la procédure quant à la désignation de l'expert remplit les injonctions de l'art. 44 LPGA. En revanche, le 29 décembre 2014, l'intimé a transmis son questionnaire à l'expert sans le communiquer au recourant. Ce dernier a alors posé directement ses propres questions au Dr L\_\_\_\_\_, le 22 janvier 2015. L'intimé conteste avoir violé le droit d'être entendu du recourant au motif que celui-ci a eu la possibilité de se prononcer sur le questionnaire soumis au Dr K\_\_\_\_\_, le 4 juin 2014. En l'occurrence, s'il est exact que le recourant a pu se prononcer sur le questionnaire destiné au Dr K\_\_\_\_\_, l'intimé ne lui a en revanche pas donné l'occasion d'en faire de même s'agissant de celui

soumis au Dr L\_\_\_\_\_. Même si ce questionnaire est strictement identique au précédent, le recourant ne pouvait pas le savoir tant qu'il ne lui avait pas été communiqué, ce d'autant plus que les deux questionnaires destinés au Dr K\_\_\_\_\_ et soumis précédemment au recourant, les 10 mai 2013 et 4 juin 2014, n'étaient pas strictement identiques. Par conséquent, l'intimé a violé le droit du recourant à participer à l'établissement d'une expertise. Il l'a ainsi privé de la faculté de connaître les questions posées à l'expert et de formuler ses propres questions vidant ainsi de leur substance les nouvelles exigences procédurales qui visent à renforcer le caractère équitable de la procédure administrative. Toutefois, la question de savoir si la violation du droit d'être entendu dont se prévaut le recourant peut être considérée comme réparée dans le cadre de l'examen du recours peut rester ouverte puisque l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante, conformément à ce qui suit. 11. Dans un deuxième grief, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ au motif qu'elle est incomplète et qu'elle ne constitue qu'une simple critique de documents. Dans son rapport d'expertise du 9 février 2016 et sur la base des divers rapports médicaux au dossier, le Dr L\_\_\_\_\_ relève l'existence d'un état antérieur sous forme d'une atteinte arthrosique du pouce droit objectivée par les radiographies de juillet 1992. Il conclut à l'absence d'une aggravation par l'accident du 23 février 1996 eu égard à l'absence tant d'une aggravation anatomique que d'une aggravation douloureuse de l'arthrose du pouce. Il aboutit à cette conclusion en reconstituant le mécanisme de l'accident de février 1996 sur la base des déclarations du recourant et des descriptions de l'accident contenues dans les rapports médicaux qui lui permettent de retenir l'absence de choc à la main tant par la grille que par le sol, respectivement que l'événement n'a pas pu déclencher une symptomatologie douloureuse. Il convient tout d'abord de constater que ce rapport d'expertise ne reproduit pas les plaintes du recourant, de sorte qu'il ne remplit pas les conditions formelles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. De plus, il se base sur une fausse prémisse en tant qu'il tente d'établir le déroulement de l'accident vingt ans après celui-ci, en essayant de retenir la version la plus cohérente. Or, en droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 42 et 8C\_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1). En l'occurrence, selon la déclaration de sinistre du 26 février 1996, le recourant a chuté sur les fesses et la grille qu'il tenait est tombée sur sa main droite, les documents transmis par la clinique de Carouge à l'expert F\_\_\_\_\_ à la suite de la consultation du 23 février 1996 faisant également l'état d'un choc sur la main droite. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où tous les médecins sont d'accord pour admettre que cet accident a provoqué une contusion de la main droite, il est incontestable qu'il y a eu un choc sur la main droite. Par conséquent, la description de l'accident faite par le Dr L\_\_\_\_\_ ne peut être retenue et l'intimé a pris en charge à juste titre l'accident du 23 février 1996. Sur la question de savoir si l'aggravation de l'état pathologique de l'articulation du pouce droit est en lien de causalité avec l'accident du 23 février 1996, la chambre de céans constate qu'elle a été soumise à l'expertise tant du Dr F\_\_\_\_\_ que du Dr G\_\_\_\_\_ qui ont admis unanimement dans leurs rapports des 16 décembre 1996 et 10 janvier 2003 que l'accident avait déclenché un état douloureux, respectivement une décompensation de l'arthrose nécessitant une arthrode

trapézométacarpienne. Par ailleurs dans son rapport du 9 avril 1997, le Dr E\_\_\_\_\_ a également considéré que l'accident du 23 février 1996 a précipité l'évolution défavorable en provoquant une diminution de la force probablement définitive, une diminution de la mobilité du rayon du pouce et une apparition de douleurs lors de l'emploi avec force ou mouvements répétitifs rendant indispensable l'arthrodèse afin de diminuer la douleur. Tant le TA, le TCAS que la chambre de céans ont admis la valeur probante des rapports d'expertise des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ pratiqués à proximité de l'accident. En effet, par arrêt du 30 juillet 2008 entré en force de chose jugée, le TCAS a accordé une pleine valeur probante à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ retenant que le statu quo sine vel ante n'était pas atteint à la date de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre 2007. De plus par arrêt du 31 janvier 2001, le Tribunal fédéral a retenu que le recourant souffrait, à l'époque où l'intimé a rendu sa décision sur opposition du 28 janvier 1998, d'un état pathologique en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 23 février 1996. Enfin, dans son arrêt du 5 mars 2014, la chambre de céans a également considéré que le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ du 4 avril 2009 avait pleine valeur probante. Par conséquent, il n'est pas admissible que vingt ans après l'accident, l'intimé ordonne une expertise afin de procéder à une nouvelle appréciation du lien de causalité pour une période antérieure à celle qui est litigieuse à savoir celle dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007, sur la base des faits déjà connus à l'époque des expertises des 16 décembre 1996 et 10 janvier 2003, alors que ce lien a été admis par plusieurs juridictions. Quant aux développements de l'expert L\_\_\_\_\_ à cet égard, ils n'expliquent à aucun moment la contradiction entre le rapport scanographique du poignet droit du 26 juin 1992 attestant de l'absence de lésion traumatique du poignet droit et les radiographies du 20 mai 1992 mettant en évidence une ancienne fracture de la base du premier métacarpien droit. Quoi qu'il en soit, au regard des autres expertises et du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 9 avril 1997 aux conclusions convergentes, l'apparition de douleurs immédiatement après l'accident – alors qu'aucun médecin ne fait état de douleurs provoquées par l'état arthrosique du pouce droit entre le début juillet 1992, date de la fin du traitement médical lié au premier accident – et le 23 février 1996 – confirme une décompensation douloureuse de l'arthrose du pouce droit, respectivement une aggravation de l'état pathologique par l'accident du 23 février 1996. Aussi, les conclusions contraires du Dr L\_\_\_\_\_ n'ont pas de valeur probante. Par ailleurs, l'expert ne s'est pas prononcé – si ce n'est implicitement – sur le lien de causalité entre l'état pathologique lors de son examen et l'accident du 23 février 1996, respectivement sur la question de savoir si le statu quo sine vel ante était atteint à la date de son examen, ni sur la question de savoir si l'état définitif est atteint, ni s'il existe une atteinte à l'intégrité et une invalidité, respectivement quel en sont leur taux, bien que ces questions lui aient été posées par l'intimé. De plus, il ne se prononce pas davantage sur le lien de causalité avec la nouvelle opération projetée par le Dr G\_\_\_\_\_ consistant à enlever une broche au poignet droit, alors qu'il s'agit de la question centrale pour le recourant. Au vu de ces divers défauts et lacunes, le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante. 12. Dans la mesure où par sa décision querellée, l'intimé a mis un terme à ses prestations avec effet ex nunc et pro futuro, il a dans les faits reconnu l'atteinte du statu quo ante vel sine au 30 septembre 2007 puisqu'il a versé ses prestations jusqu'à cette date. Or, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du retour au statu quo ante vel sine au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 1996, le Dr F\_\_\_\_\_ a très clairement conclu à l'aggravation durable d'un état antérieur par l'accident de 1996 au motif que celui-ci avait rendu nécessaire l'arthrodèse, soit une intervention qui a modifié anatomiquement

l'articulation de la main droite du recourant, de sorte qu'un retour au statu quo ante n'entre pas en considération. Aussi, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 5), l'intimé ne peut mettre un terme à ses prestations que s'il établit l'atteinte du statu quo sine au degré de la vraisemblance prépondérante, étant précisé que si au vu de l'écoulement du temps et de l'indisponibilité de certains documents, notamment du dossier médical du Dr D \_\_\_\_\_ qui a pris sa retraite, il ne peut pas rapporter cette preuve, le fardeau de la preuve lui appartient et il doit en assumer les conséquences négatives. 13. L'intimé soutient que la désarthrodèse du 8 mai 2012 avec mise en place d'une prothèse Pi2 à droite est une rechute ou une séquelle tardive de l'accident du 23 février 1996.!

a) Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

b) En l'espèce, contrairement à ce que soutient l'intimé, il n'y a pas à examiner si l'intervention du 8 mai 2012 est une séquelle tardive ou une rechute de l'accident du 23 février 1996 puisque l'atteinte au poignet droit n'a jamais été considérée comme guérie en apparence. En effet, dans son rapport du 4 avril 2009, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué que les plaintes formulées lors de son examen du même jour étaient clairement en relation avec l'état post-opératoire induit par le traumatisme du 23 février 1996 et que le recourant portait de façon régulière pour ne pas dire constante une attelle de type rhizarthrose rigide. Les radiographies mettaient en évidence une très probable consolidation incomplète de la réarthrodèse mais également la présence d'une broche ayant migré et une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne. Une nouvelle intervention était inéluctable sous forme d'arthroplastie dont le type restait à déterminer. Au vu des avis médicaux versés au dossier parmi lesquels figurait le rapport susmentionné, le Tribunal fédéral a expressément relevé dans son arrêt de renvoi du 4 avril 2013 que le traitement médical n'était pas terminé et que l'état du recourant n'était pas stabilisé, de sorte qu'il n'était pas possible de fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité. Par ailleurs, l'intimé n'a jamais procédé au règlement définitif du cas, ce qui confirme l'absence de guérison des

troubles du poignet droit. Au vu de ce qui précède, tant que l'atteinte du statu quo sine n'est pas établie sur la base d'un rapport d'expertise ayant valeur probante, l'intimé doit continuer à verser ses prestations. 14. Le recourant requiert également le versement d'indemnités journalières à partir de janvier 2009 sur la base d'un gain assuré de CHF 49'283.50 et d'une indemnité pour tort moral, ainsi que la prise en charge par l'intimé de ses opérations. Il demande également à la chambre de céans de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer l'assureur compétent pour prendre en charge son cas.!

a) Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). b) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2009 du 18 mars 2010 2008 consid. 2.1). c) En l'espèce, le droit éventuel du recourant à d'autres prestations de l'assurance-accidents pour tort moral n'a pas fait l'objet d'une décision de l'intimé. Par ailleurs, le recourant semble prétendre à ce titre non pas à une indemnité pour tort moral qui est allouée dans l'assurance-accidents par le biais de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 133 V 224 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1), mais l'indemnisation de ses frais d'avocat. S'agissant de la détermination de l'assureur compétent, il n'appartient pas à la chambre de céans de procéder à une telle détermination, mais seulement de contrôler l'exactitude des décisions rendues par l'assureur social. Or, seul l'intimé a rendu une décision de refus de prestations. Par ailleurs, en cas de conflit négatif de compétence entre assureurs-accidents, la chambre des assurances sociales n'est pas compétente pour connaître d'un tel litige puisque cette compétence appartient à l'office fédéral de la santé publique. En effet, l'art. 78 a LAA prévoit que l'office fédéral de la santé publique statue sur les contestations pécuniaires entre assureurs et selon la jurisprudence, les voies de droit désignées à l'art. 78 a LAA sont ouvertes au sujet de l'obligation de prester ou lorsque un assureur réclame à l'autre assureur le remboursement des prestations déjà versées (ATF 127 V 176 consid. 4d). Dans ces conditions, cette contestation n'a pas d'objet, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur lesdites conclusions. En revanche, en tant que selon la décision litigieuse, l'intimé a versé ses prestations jusqu'au 30 septembre 2007 seulement et que le recourant conclut à la prise en charge du traitement médical et à l'octroi de prestations en espèces pour la période postérieure au 30 septembre 2007, ses conclusions sont recevables sur ces points. 15. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au

traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA). Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). L'art. 21 al. 1 let. c LAA subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Si cette condition n'est pas réalisée, le traitement médical requis doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (ATF 140 V 130 consid. 2.2; ATF 134 V 109 consid. 4.2). Quant à l'art. 21 al. 1 let. d LAA, il vise les assurés totalement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain (ATF 124 V 52 consid. 4). Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). 16. En l'espèce, l'intimé a statué sur le droit à la rente d'invalidité par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre 2007 tout en reconnaissant dans sa décision du 22 août 2005 ayant fait l'objet de ladite opposition que les conditions permettant de déterminer le droit à une rente d'invalidité n'étaient pas encore remplies. Or, dans son rapport d'expertise du 10 janvier 2003, le Dr G\_\_\_\_\_ a constaté que l'arthrodèse ne s'était pas consolidée et que l'état définitif n'était pas atteint, puis dans son rapport du 4 avril 2009, il a confirmé l'existence d'une très probable consolidation incomplète de la réarthrodèse

pratiquée le 26 juillet 2004 avec migration d'une broche qui nécessitait une arthroplastie. Celle-ci n'a eu lieu que le 8 mai 2012 et dans son arrêt du 4 avril 2013, le Tribunal fédéral a considéré que l'intimé ne pouvait pas statuer sur l'atteinte à l'intégrité tant que le traitement médical n'avait pas pris fin, ce qui n'était pas le cas au vu des avis médicaux versés au dossier. Ainsi, l'intimé a statué à tort sur le droit à la rente d'invalidité en 2007 puisque l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé tout en précisant de façon contradictoire dans sa décision que les conditions permettant de déterminer le droit à une rente d'invalidité n'étaient pas encore remplies. Au vu de ces circonstances, il faut admettre que l'intimé n'a pas pu statuer sur le droit à la rente et que les conditions déterminant la prise en charge du traitement sont régies par l'art. 10 al. 1 LAA.

Etant donné que la désarthrodèse avec pose d'un implant Pi2 pratiquée le 8 mai 2012 était propre à entraîner une amélioration de l'état de santé du recourant, l'intimé doit également la prendre en charge. Il en va de même de la future opération prévue au poignet droit consistant à enlever la broche mise en place par le précédent chirurgien qui fait saillie au niveau d'un interligne articulaire, soit une conséquence des opérations déjà prises en charge par l'intimé au sens de l'art. 6 al. 3 LAA.

17. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPG).

Les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Ce salaire, y compris les éléments non encore perçus par l'assuré et auxquels il a droit, est converti en gain annuel et divisé par 365 (art. 22 al. 3 et 25 al. 1 OLAA, annexe 2 à l'OLAA). D'après l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail, à 80 pour cent du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré a droit pendant une longue période aux indemnités journalières ou lorsqu'il est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 23 OLAA.

b) S'agissant de l'indemnité journalière à partir de janvier 2009, le recourant conclut à ce qu'elle soit fixée sur la base d'un gain assuré de CHF 49'283.50. En l'occurrence, dans son certificat médical du 7 janvier 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ indique que le recourant ne peut en aucun cas avoir une activité professionnelle avec sa colonne de pouce et que jusqu'à la date de l'intervention chirurgicale du 14 janvier 2009, il ne peut pas exercer d'activité professionnelle. Toutefois, cette opération a été reportée par le recourant. Puis dans ses certificats des 19 avril 2013 et 2 avril 2014, tout en rappelant qu'il suit le recourant depuis 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail à 100 % du 8 mai 2012 au 31 mai 2013 et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2013 sans faire état d'aucune incapacité de travail antérieure au 8 mai 2012. Aussi, la question de savoir si le recourant présente une incapacité de travail depuis 2009 n'est pas suffisamment éclaircie sur le plan médical, ce d'autant plus que dans son rapport du 4 avril 2009, le Dr G\_\_\_\_\_ relève que le recourant n'exerce aucune activité professionnelle et vit d'une rente versée par son ex-épouse. Ainsi, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour trancher la question de l'existence d'une incapacité de travail, de son degré et des raisons pour lesquelles le recourant ne travaille pas, à savoir si c'est à cause

de son état de santé qui, objectivement, l'empêcherait d'exercer toute activité professionnelle ou pour d'autres motifs. Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction médicale sur ces questions et sur celle de l'atteinte à l'intégrité une fois que le traitement médical aura pris fin, respectivement au calcul des prestations dues. 18. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaires au sens des considérants. Il sera dit que le recourant a droit à des prestations postérieurement au 30 septembre 2007, notamment à la prise en charge du traitement.![endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.