

## **GE\_GERICHTE A/3501/2015 vom 21. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3501\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3501_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/3501/2015 du 21 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3501/2015 del 21 novembre 2016

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.11.2016  
A/3501/2015

A/3501/2015 ATAS/954/2016 du 21.11.2016 ( LAMAL ) , REJETE En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3501/2015 ATAS/954/2016  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 21 novembre 2016 10 ème  
Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Saint Genis-Pouilly, FRANCE,  
représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre PHILOS  
ASSURANCE MALADIE SA, sis Rue du Nord 5, 1920 Martigny intimé EN FAIT 1.  
Monsieur A\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), née le \_\_\_\_\_ 1972, originaire du  
Kosovo, a travaillé depuis août 2010 en qualité de ferblantier installateur sanitaire auprès de  
l'entreprise B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'employeur) - dont son frère est l'associé-gérant. A ce  
titre il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA  
auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Il  
bénéficiait en outre d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie  
(selon la LAMal) souscrite par l'employeur auprès de PHILOS ASSURANCE MALADIE  
SA (ci-après : PHILOS, l'assureur ou l'intimé), à laquelle il a été affilié dès le 1 er janvier  
2013. Il percevait un salaire horaire de CHF 26.-. Le 8 mars 2013,  
l'assuré a été victime d'un accident. Il est tombé d'une hauteur de 2 m avec réception sur sa  
main gauche. La CNA a versé des indemnités journalières jusqu'au 1 er septembre  
2013. Entendu par la CNA le 10 octobre 2013, l'assuré a expliqué que  
le vendredi 8 mars 2013 il se trouvait sur un chantier, debout sur une échelle à une hauteur  
approximative de 2 m, en train d'installer des tuyaux d'alimentation lorsqu'il a perdu  
l'équilibre, est tombé sur le côté gauche en se réceptionnant au sol avec le bras gauche  
tendu. Malgré ses douleurs dans les bras, et plus particulièrement au poignet gauche, il a  
continué à travailler et n'a pas jugé utile sur le moment d'aller consulter un médecin. Devant  
la persistance des douleurs, principalement au poignet gauche, il s'est rendu le 17 avril 2013  
au Centre Médical de Vermont-Grand-Pré (ci-après : le centre médico-chirurgical) où il a  
été vu en consultation par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique  
(ci-après : le médecin traitant). Ce médecin avait fait procéder à un CT du poignet gauche,  
pratiqué à l'Institut d'imagerie médicale le 8 mai 2013, puis une IRM. de l'épaule gauche,  
par le même institut le 2 juillet 2013. Il avait été adressé par son médecin, pour une  
consultation spécialisée auprès du docteur D\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et  
chirurgie de la main. Ce dernier, après avoir fait procéder à un examen radiologique des  
deux épaules et du poignet gauche, lui avait administré une infiltration au poignet et lui  
avait prescrit des séances de physiothérapie, l'adressant encore au docteur E\_\_\_\_\_,  
spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie. A la demande de ce dernier, il avait subi un  
CT de l'épaule gauche le 9 septembre 2013 et une arthro-IRM du poignet gauche le 16  
septembre 2013. Le Dr E\_\_\_\_\_ lui avait alors dit ne rien pouvoir faire pour lui et lui avait

conseillé de reprendre son travail chez son frère « à 80 % ? » en évitant toutefois les travaux lourds, vibratoires et de frappe.![endif]>![if> 4. Par décision du 3 décembre 2013, la CNA, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, suite à l'examen médical de l'assuré le 15 novembre 2013 par le médecin d'arrondissement, considérant que l'accident du "17 avril 2013" (recte: 8 mars 2013) ne jouait plus aucun rôle dans les troubles qu'il présentait encore à ce moment-là, a mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des frais médicaux au 1<sup>er</sup> septembre 2013, considérant le cas comme liquidé. Il était conseillé à l'assuré de s'adresser à l'assurance-maladie compétente qui examinerait si et dans quelle mesure elle pouvait intervenir. Enfin, cette décision invitait l'assuré à communiquer à la CNA, dans les dix jours, le nom et adresse exacte de son assurance-maladie perte de gain et frais médicaux.![endif]>![if> 5. Le 12 mars 2014 l'employeur a annoncé le sinistre à PHILOS, qui n'a eu connaissance de la décision susmentionnée de la CNA qu'en date du 17 mars 2014, l'assuré n'ayant pas transmis les coordonnées de l'assureur-maladie et perte de gain maladie à l'assureur-accidents, malgré les demandes réitérées qui lui avaient été faites, et un rappel supplémentaire après la décision du 3 décembre 2013, par courrier du 20 décembre 2013.![endif]>![if> 6. Le 10 avril 2014, PHILOS a d'une part sollicité de la CNA la copie de son dossier, et d'autre part un rapport médical du Centre médico-chirurgical.![endif]>![if> 7. Il ressort notamment du dossier de l'intimé les documents médicaux suivants :![endif]>![if> - les rapports d'interprétation d'une radiographie du poignet gauche du 17 avril 2013 de l'institut de radiologie du centre médico-chirurgical : probable fracture de l'os scaphoïde (type 3), et d'une radiographie de contrôle du 6 mai 2013 : pas de déplacement de la fracture du poignet gauche ; épaule gauche : luxation « AAC ? » ;![endif]>![if> - un rapport du CT poignet gauche pratiqué le 8 mai 2013, par l'Institut d'imagerie médicale par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie: mise en évidence d'un aspect un petit peu hétérogène du contour de l'os scaphoïde en relation avec une ancienne fracture. Pas de nouveau trait démontrable, pas d'évidence d'une pseudarthrose ; rapports radio-scaphoïdiens conservés; rapports scapho-lunaires bons. Pas d'autre anomalie démontrable au niveau des os du carpe. En conclusion, données des TDM ne démontrant pas d'évidence d'une nouvelle fracture du scaphoïde ni de pseudarthrose. Pas d'autre anomalie à signaler ;![endif]>![if> - le rapport d'IRM de l'épaule gauche du 2 juillet 2013 par le même radiologue : les données IRM démontrent les signes d'un conflit, mais pas d'évidence d'une fracture ni d'image de rupture de la coiffe ;![endif]>![if> - un rapport de consultation du 16 juillet 2013 du Dr D\_\_\_\_\_ : à l'examen clinique douleurs à la palpation de la face palmaire et dorsale du scaphoïde gauche. La radiographie poignet gauche face et profil du jour montre un poignet normo-axé avec quelques géodes dans le tubercule du scaphoïde. Selon le CT du poignet du 8 mai 2013 : pas de solution de continuité du scaphoïde. Attitude clinique : actuelles douleurs au serrage et à la palpation du scaphoïde. Le médecin a effectué une infiltration à la cortisone dans l'articulation radiocarpienne et a prescrit de la physiothérapie anti-inflammatoire. Il a adressé le patient, pour l'épaule, à la consultation du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie ;![endif]>![if> - un certificat médical LAA du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 août 2013, dans lequel il pose le diagnostic de fracture du scaphoïde, suite à une chute sur la main gauche. Il mentionne des douleurs à la tabatière anatomique, sur fracture du scaphoïde. Il mentionne également le développement d'un retard de consolidation avec douleurs, le patient ayant été adressé au spécialiste chirurgien de la main. Sous la rubrique « incapacité de travail » il renvoie aux certificats ;![endif]>![if> - un rapport de consultation du 2 septembre 2013 du Dr

E\_\_\_\_\_ : il pose le diagnostic de status post contusion du poignet et status post luxation acromio-claviculaire type Rockwood III, voire IV épaule gauche. À l'anamnèse, le patient décrit encore des douleurs assez intenses au poignet gauche, surtout à la pression au niveau du tubercule du scaphoïde et des douleurs le long de la colonne radiale du poignet. La problématique de l'épaule gauche est moins accentuée mais quand même présente. Les douleurs de l'épaule se concentrent le long de la clavicule et sur l'arc acromial. En mobilisant activement cette articulation le patient perçoit en permanence des craquements peu douloureux. Vu qu'il n'a pas effectué d'activité en charge avec ce membre à cause des douleurs du poignet, il ne peut pas décrire une augmentation lors d'une sollicitation. La nuit, réveils fréquents dès qu'il se couche sur le côté gauche. Au repos peu voire pas de douleurs. À l'examen clinique, on retrouve le moignon de la clavicule latérale (gauche) proéminent comparé à l'épaule controlatérale. La clavicule est surtout mobilisable en antéro-postérieur, légèrement en supéro-inférieur. Ces manœuvres provoquent des douleurs à cet endroit. La douleur augmente à l'hyper-flexion/adduction de l'épaule. La mobilité active est comparable à celle de controlatérale. Test des tendons de la coiffe indolore. Long chef du biceps indolore. L'IRM du 2 juillet 2013 ne décèle pas de lésion au niveau de la coiffe. Les plans de coupe ne permettent pas clairement de visualiser la position de la clavicule envers l'acromion, mais on retrouve un œdème péri-articulaire. Les radiographies du 16 juillet 2013 de l'articulation acromio-claviculaire gauche ne peuvent également pas démontrer une luxation dans le plan frontal. On retrouve des signes d'une arthropathie avec ostéophytose et micro-géodes dans le moignon latéral de la clavicule. Attitude clinique : on perçoit clairement une luxation acromio-claviculaire plutôt de type III. L'absence d'une dislocation dans le plan frontal à la radiographie laisse penser à une lésion type IV. Les symptômes décrits et l'examen clinique entrent en corrélation avec ce type de pathologie mais reste faible et surmontable actuellement. Le patient se plaint surtout d'une fatigue apparaissant rapidement surtout en dessus de l'horizontale. Les douleurs principales apparaissent lorsqu'il essaie de se coucher sur ce côté. Le patient travaille comme ferblantier installateur dans l'entreprise de son frère, sans CFC, et se trouve en arrêt de travail à 100 % dès le 17 avril 2013. Par conséquent il n'a pas sollicité l'épaule gauche ce qui est normalement le cas dans son métier. Il y a donc un risque d'une augmentation des symptômes une fois que les douleurs du poignet lui permettront une reprise. Il a rajouté au traitement physiothérapeutique pour le poignet un traitement spécifique pour l'épaule ;![endif]>![if> - rapport de CT de l'épaule gauche du 9 septembre 2013 – à la demande du Dr E\_\_\_\_\_ - par le docteur Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie au Centre d'imagerie Rive Droite : indications : bilan d'une potentielle luxation acromio-claviculaire. En conclusion, il n'y a pas d'argument scannographique en faveur d'un status après luxation acromio-claviculaire ;![endif]>![if> - un rapport d'arthro-IRM du poignet gauche du 16 septembre 2013 par le Dr G\_\_\_\_\_ : en conclusion, petite fracture non déplacée de la corne ventrale du lunatum. Déchirure de la portion moyenne du ligament scaphoïde lunaire et de la limite entre la portion ventrale et moyenne du ligament lunotriquétral. Synovite radiocarpienne et mediocarpienne ;![endif]>![if> - un rapport du 23 octobre 2013 du Dr E\_\_\_\_\_ à la CNA : il a posé le diagnostic de status post contusion/entorse du poignet gauche selon arthro-IRM du poignet du 16 septembre 2013. Status post contusion acromio-claviculaire sur arthropathie dégénérative épaule gauche. La suspicion clinique lors de sa première consultation - du 2 septembre 2013 -, d'une luxation acromio-claviculaire s'est avérée fautive suite au CT de l'épaule gauche du 9 septembre 2013. La voussure visible provient plutôt d'une combinaison ostéophytaires

acromio-claviculaire avec une hypotrophie moyenne de la musculature externe et interne autour de l'épaule. Actuellement l'épaule n'est pas symptomatique douloureuse. Le patient se plaint plutôt d'une faiblesse permanente pour l'élévation du bras. Il déclare le membre supérieur gauche comme lourd. Les nuits il ressent des douleurs irradiantes partant des cervicales jusqu'au poignet. Les lésions décrites au poignet ne rentrent pas en corrélation avec les douleurs permanentes de fort caractère autour du tubercule du scaphoïde. Au niveau lunaire du pôle inférieur et lunotriquétral aucune douleur provoquée à l'examen clinique. Reste une pression douloureuse dans la tabatière où l'on n'a pas pu déceler de lésion à l'IRM. Il n'y a également pas de signes d'une tendinite des extenseurs de la première coulisse avec un test de Finkelstein négatif sur les tendons mais positif sur l'articulation scapho-radiale. L'épaule gauche montre une mobilité complète avec les tests des tendons de la coiffe négatifs, léger manque de force comparé au controlatéral de M4+, hypotrophie moyenne de la musculature, probablement lié à l'inactivité. Les faisceaux musculaires contractent tous sans parésie. Pas de troubles sensitifs, pas de paresthésies ; mais le patient décrit des douleurs électrisantes pouvant prendre tout le bras gauche partant des cervicales et des douleurs occipitales. Ces symptômes n'excluent pas une composante d'irritation radiculaire au niveau C6-C7. Le problème principal reste les douleurs difficiles à expliquer au niveau du poignet dans la tabatière. D'après le patient une reprise de travail dans le sanitaire n'est toujours pas possible. Les douleurs sont surtout présentes la nuit. Il prend régulièrement du Dafalgan le soir avec des réveils fréquents. A six mois de l'accident avec des douleurs permanentes inchangées ces derniers mois, il est difficile de poser un pronostic surtout avec une divergence entre les symptômes subjectifs décrits et les lésions objectivées. Pour cette raison il n'y a pas de solution thérapeutique ou de mesure médicale qui pourrait améliorer la situation à proposer. L'épaule montrant des signes dégénératifs de l'acromio-claviculaire étant douloureuse au début, actuellement indolore, peut être déclarée comme médicalement stabilisée, parlant d'une contusion avec activation momentanée de l'arthrose. La faiblesse peut contribuer à l'inactivité de l'utilisation de ce bras ; faible suspicion d'une éventuelle irritation radiculaire. Dans le cas où l'on pourrait confirmer une participation neurologique, celle-ci expliquerait également difficilement les symptômes du poignet ; une corrélation avec l'accident est peu probable. Pour l'instant la situation étant médicalement stable, encore douloureuse pour le poignet mais sans traitement spécifique à proposer, il s'agit plutôt actuellement d'une problématique socio-professionnelle qui nécessitera certainement une prise en charge de l'AI tant que l'on ne peut pas observer d'amélioration. Du point de vue de l'épaule, pas de contrôle prévu, de même concernant le poignet (pour le Dr E. \_\_\_\_\_);

[endif]> [if] - un rapport médical du 25 novembre 2013, du médecin d'arrondissement de la CNA, le docteur H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ayant procédé à l'examen de l'assuré le 15 novembre 2013. Au niveau des épaules, ce praticien remarque du côté gauche une asymétrie au niveau de l'articulation AC, laquelle est plus proéminente ; il n'y a pas d'amyotrophie évidente de la musculature de l'épaule gauche. Les mobilités actives (droite/gauche) sont parfaitement symétriques. Il n'y a pas de douleurs à la mobilisation circulaire des épaules, pas de limitation de la mobilité des coudes. Pour ce qui concerne le poignet, il y a une légère limitation de la mobilité du poignet gauche en flexion/extension. Le patient évoque une douleur lors de la mobilisation de son poignet gauche. La douleur se localise à la palpation au niveau de la tabatière anatomique. Il n'y a aucune douleur du versant cubital ni des articulations de la cubito-carpienne. La douleur est exclusivement sur la partie externe de l'articulation radio-carpienne. En relation avec le bilan radiographique du 7 juillet 2013, il

note l'existence de lésions de type arthrosique localisées au niveau de l'articulation scapho-trapézoïdienne avec quelques ostéophytes latéraux. Pas de diastasis de l'articulation scapho-lunaire dans le cliché en inclinaison radiale, témoignant de la bonne stabilité de cette articulation. Il est observé quelques irrégularités de l'extrémité distale et postérieure du radius gauche témoignant d'un ancien traumatisme à ce niveau. Pour ce qui concerne l'articulation AC gauche, il est observé la présence d'ostéophyte de cette articulation. Un bilan par scanner a exclu une anomalie ligamentaire associée. Par ailleurs la distance coraco-claviculaire sur le cliché de face est tout à fait symétrique. S'agissant de l'appréciation du cas, le praticien ne retient pas la « petite fracture » de la corne ventrale du lunatum évoquée par le Dr G\_\_\_\_\_ lors de l'arthro-IRM du poignet du 7 septembre 2013, dans la mesure où celle-ci n'est pas observée sur le CT du poignet gauche du 8 mai 2013, un mois après l'accident. Les images osseuses par CT scan sont supérieures à celles visibles sur l'IRM. Il en va de même des déchirures de la portion moyenne du ligament scapho-lunaire évoqué dans cette IRM, par comparaison au bilan radiographique pratiqué le 7 juillet 2013. Subjectivement l'assuré évoque des douleurs de son épaule et de son poignet gauche. Objectivement on constate des lésions de type dégénératif de l'articulation AC sans aucune lésion récente des ligaments coraco-claviculaires. Sur le plan asséculo-logique, s'agissant de l'épaule gauche, aucune chirurgie ne pourra être à la charge de l'assurance-accidents, la pathologie de l'épaule est manifestement dégénérative. S'agissant du poignet gauche, le bilan clinique et radiologique ne met pas en évidence de lésions de type traumatique susceptibles de nécessiter un traitement à l'heure actuelle. Il y a par ailleurs des lésions de type dégénératif ;![endif]>![if> - un rapport complémentaire du Dr H\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2013, après réception du bilan radiographique. Si les radiographies initiales, du 17 avril 2013, mentionnaient une suspicion de fracture du pôle distal du scaphoïde, sous la forme de quelques irrégularités du pôle distal, il apparaissait deux ostéophytes de la partie distale et dorsale du radius témoignant d'un état pathologique ancien. Le scanner pratiqué le 13 mai 2013 n'a toutefois pas confirmé ces lésions. En ce qui concerne le poignet, les lésions observées sont de type dégénératif ancien et il n'y a pas lieu de retenir un lien de causalité pour le moins probable entre la lésion constatée sur cet examen radiographique et l'accident du 8 mars 2013. Le médecin d'arrondissement concluait que, pour les seules suites de l'accident déclaré le 8 mars 2013, il n'y a pas d'incapacité de travail. Celle-ci peut être justifiée, mais elle doit être mise en relation avec des lésions de type dégénératif qui ne concernent pas l'assurance-accidents. Le retour à l'état antérieur est constaté le jour de l'examen à l'agence et probablement déjà présent depuis quelques semaines ;![endif]>![if> - Sur une formule de rapport médical LAA pour la CNA daté du 21 décembre 2013, un rapport médical sommaire du Dr C\_\_\_\_\_ : chute sur le poignet gauche le "17.4.2013" – premiers soins le 17.4.2013 Douleur tabatière G ; observation radiologique : fracture scaphoïde G. Traitement : Ergo et AINS. Incapacité de travail (voir certificats) ;![endif]>![if> - un certificat d'arrêt de travail du Dr C\_\_\_\_\_ du 1 er mars 2014, faisant état de l'incapacité totale de travail de l'assuré du 17 avril 2013, probablement jusqu'au 1 er avril 2014. Il figure également une note manuscrite du gestionnaire de l'intimé, relative à un entretien téléphonique du 13 mai 2014 : ce médecin indique qu'il ne voit plus l'assuré depuis le 1 er mars 2014, qu'il n'est pas d'accord avec la décision de la CNA et qu'il faxera un récent rapport du Dr I\_\_\_\_\_ ;![endif]>![if> - Sur une formule de rapport médical du 15 avril 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ indique : « n'est plus suivi chez nous. » ;![endif]>![if> - Copie d'un courrier du 5 mai 2014 du Centre de Chirurgie et Thérapie de la main : le docteur I\_\_\_\_\_, FMH en orthopédie et chirurgie de la main, relève

sur le plan anamnestique que l'assuré a apparemment présenté une fracture du scaphoïde traitée conservativement, en avril 2013. Selon le bilan effectué par le Dr J\_\_\_\_\_ par arthro-IRM et CT-scan, ces examens revenant négatifs pour des lésions ligamentaires, montrent une ancienne fracture du scaphoïde actuellement consolidée, sans cal vicieux. Cliniquement, à part une palpation sensible de la tabatière anatomique, le Dr I\_\_\_\_\_ ne retrouve pas d'autre anomalie, en particulier d'un point de vue ligamentaire avec une manœuvre de Watson ne provoquant ni craquements ni douleurs postérieurement. Son examen clinique, associé aux imageries complémentaires, ne lui permet pas de proposer un traitement quelconque, hormis symptomatique concernant le patient. Il n'a pas prévu de le revoir en contrôle ;![endif]>![if> - procès-verbal de séance avec le Dr K\_\_\_\_\_, médecin-conseil de PHILOS du 16 mai 2014 : le cas maladie n'est pas à charge de PHILOS. Les constatations du médecin-conseil de la CNA du 15 novembre 2013 sont convaincantes. Une nouvelle expertise ne serait pas justifiée, car les conclusions en seraient les mêmes, le dossier CNA étant complet et bien fait. De plus, le rapport médical du Centre de chirurgie et thérapie de la main du 5 mai 2014 est clair à ce sujet : il n'y a pas d'autre anomalie (à part une palpation sensible de la tabatière anatomique). Le médecin traitant de l'assuré n'a pas prévu de le revoir et son certificat médical à une année n'a aucune valeur.![endif]>![if> 8. Par décision du 12 juin 2014, l'assureur a refusé d'accorder des indemnités journalières pour la période d'incapacité de travail du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 1<sup>er</sup> avril 2014. Les renseignements médicaux demandés relatifs à son incapacité de travail du 2 septembre 2013 au 1<sup>er</sup> avril 2014 ainsi que les pièces du dossier de la CNA avaient été examinés attentivement par le médecin-conseil de l'assureur. Il n'existait aucun élément permettant de justifier une incapacité de travail, même partielle, au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2013 pour raison de maladie. Une éventuelle opposition n'aurait pas d'effet suspensif.![endif]>![if> 9. Par courrier du 2 juillet 2014, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il annexait une copie d'une attestation médicale du 5 juin 2014 du Dr C\_\_\_\_\_ selon laquelle, suite à une chute sur le poignet gauche en avril 2013, qui a montré une fracture de l'os scaphoïde, les douleurs restent persistantes. De ce fait l'intéressé ne peut plus pratiquer une activité professionnelle qui l'oblige à porter et soulever des objets lourds. Il lui faut un travail compatible avec une impotence du poignet gauche. Le patient n'est plus suivi au centre médico-chirurgical pour cet accident.![endif]>![if> 10. Par courrier du 9 juillet 2014, l'assuré a confirmé son opposition et produit copie d'un rapport complémentaire du Dr J\_\_\_\_\_ daté du 7 juillet 2014, adressé à l'OAI. Il avait vu le patient les 16 juillet, 2 septembre et 6 décembre 2013, pour les suites d'un status post-contusion de la main gauche avec un status post éventuelle fracture du scaphoïde. Le patient présentait des douleurs à la colonne du pouce gauche, notamment dans la tabatière. A l'examen clinique, on trouvait des douleurs à la palpation de la face palmaire dorsale du scaphoïde gauche. Le poignet présentait une mobilité symétrique. La force était réduite à 12 kg (41 kg). Une infiltration de la zone douloureuse avec du Kenacort et des séances de physiothérapie n'avaient pas amélioré son état douloureux. Le traitement était terminé dans son cabinet. En ce qui concerne les arrêts de travail en rapport à sa main, il proposait une évaluation dans un atelier préprofessionnel pour déterminer la capacité résiduelle dans son travail actuel, c'est-à-dire dans une entreprise de sanitaire et chauffage. Par ailleurs, pour tous travaux non manuels, il ne voyait aucune contre-indication pour une reprise d'activité à 100 %.![endif]>![if> 11. Les rapports médicaux produits par l'assuré à l'appui de son opposition ont été soumis au médecin-conseil qui s'est déterminé le 5 août 2014. Ces documents médicaux ne permettent pas de justifier une incapacité de travail pour maladie.

Au contraire, le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 5 mai 2014 conforte l'avis précédent du médecin-conseil. En effet, les examens pratiqués (arthro-IRM. et CT scan) sont normaux. Il ne fait aucune proposition de traitement et ce spécialiste ne prévoit pas de revoir l'assuré à sa consultation.!

12. L'assuré ayant reçu un délai supplémentaire pour compléter son opposition au 31 août 2014, il l'a fait par son mandataire, l'ASSUAS. Se référant aux divers avis médicaux susmentionnés, il allègue que ses douleurs toujours présentes au poignet gauche l'ont rendu incapable de travailler depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013 jusqu'à ce jour. D'où sa demande de paiement des indemnités auxquelles il estime avoir droit.!

13. PHILOS à une fois encore soumis à son médecin-conseil les documents médicaux complémentaires fournis par le mandataire de l'assuré à l'appui de sa détermination du 29 août 2014. Selon le médecin-conseil, l'examen réalisé par le médecin d'arrondissement de la CNA en novembre 2013 ayant valeur d'expertise, tous les documents postérieurs à cette expertise ont « perdu leur valeur probante ». Il répète que l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ du 5 mai 2014 est le document le plus probant. Ce médecin ne retrouve aucune anomalie. Quant à l'attestation du Dr C\_\_\_\_\_, datée du 5 juin 2014, elle n'a en l'état aucune valeur, car elle n'est pas documentée. Il conviendrait que ce médecin indique de manière détaillée quelles ont été ses constatations objectives, y compris les examens cliniques lui permettant d'établir ladite attestation, ainsi que les dates de toutes ses consultations en 2014. !

14. Par décision sur opposition du 3 septembre 2015, l'assureur a rejeté l'opposition. L'intéressé avait été assuré auprès de PHILOS pour la perte de gain maladie selon la LAMal (80 % du salaire dès le 2<sup>e</sup> jour) par le biais du contrat collectif de son employeur, du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 octobre 2014. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014, l'assuré ne possède plus de couverture, dans la mesure où il n'a pas donné suite favorable à la proposition de « libre passage en individuelle qui lui a été adressée le 17 octobre 2014 par lettre recommandée. Ce n'est que le 17 mars 2014 que PHILOS avait eu connaissance de la décision du 3 décembre 2013 de la CNA, l'assuré n'ayant pas transmis les coordonnées de son assureur perte de gain maladie à cet organisme, malgré plusieurs demandes de la part de ce dernier. C'était après avoir reçu les différents éléments médicaux sollicités que PHILOS, après avoir soumis le dossier à son médecin-conseil, avait refusé d'accorder un droit aux indemnités journalières au-delà de la prise en charge par l'assureur-accident, soit au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2013. La plupart des documents annexés par l'assuré à ses courriers d'opposition figuraient déjà dans le dossier de la CNA. Toutefois PHILOS avait soumis à son médecin-conseil les divers rapports produits sur opposition, pour une nouvelle appréciation. Ces divers documents ne permettaient pas une appréciation différente du cas. Les éléments apportés par le Dr J\_\_\_\_\_ le 7 juillet 2014 relevaient à l'évidence des suites de l'accident pour lequel la CNA avait rendu une décision formelle le 3 décembre 2013, que ni l'assuré ni son médecin n'avaient a priori remise en cause. L'assureur avait néanmoins, par courrier du 24 septembre 2014, invité le recourant à solliciter un rapport détaillé de la part du Dr C\_\_\_\_\_ sur ses constatations objectives, avec copie de tous les examens cliniques lui ayant permis d'établir son attestation du 5 juin 2014, avec indication des dates de toutes ses consultations de janvier 2014 ce jour. Sans nouvelles du mandataire de l'assuré, PHILOS l'avait encore relancé en lui impartissant un nouveau délai de dix jours. Le conseil de l'assuré avait néanmoins sollicité, et obtenu, par courrier du 18 décembre 2014, une prolongation du délai jusqu'au 15 janvier 2015, mais il n'y avait donné aucune suite.!

15. Par courrier recommandé du 5 octobre 2015 l'assuré représenté par son mandataire a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut à l'annulation de la décision

entreprise, et à ce qu'il soit dit que le recourant a droit aux prestations de l'assureur et notamment au versement des indemnités journalières depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Les documents médicaux produits démontraient que le recourant était en incapacité totale de travail à cause de son poignet gauche, mais aussi de ses douleurs à l'épaule gauche. De plus la CNA avait mis fin à ses prestations d'assurance-accidents au « 31 août 2014 » (recte: 2013) et l'intimé avait refusé le versement de prestations au-delà de cette date, en retenant qu'au 1<sup>er</sup> septembre 2013 aucun élément ne permettait de justifier une incapacité de travail. Or selon le recourant tous les médecins traitants avaient constaté qu'il avait été en totale incapacité de travail jusqu'à ce jour, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Il y a dès lors lieu d'admettre qu'il a droit au versement des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013. Selon ses dires le recourant n'aurait été averti, ni par son employeur ni par l'assureur, de la possibilité de passer dans l'assurance-individuelle. Il produisait à cet égard copie du courrier du 24 avril 2014 par lequel l'employeur lui indiquait qu'à la suite de la dernière décision de l'assurance (accident) et en relation avec son état de santé, son activité dans l'entreprise cesserait le 30 juin 2014.!

16. L'intimé a répondu au recours par mémoire du 4 décembre 2015, et a conclu à son rejet, avec suite de frais et dépens.

! Selon le contrat collectif d'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, conclu par l'employeur, le recourant était assuré, pour la maladie et l'accident, à raison d'un montant journalier assuré de 80 % du salaire dès le 2<sup>e</sup> jour, du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2014. En date du 8 mars 2013, l'assuré avait fait une chute avec réception sur la main gauche, mais n'avait consulté le Dr C\_\_\_\_\_ que le 17 avril 2013. En date du 13 mai 2013 un CT scan du poignet gauche a été réalisé auprès de l'institut d'imagerie médicale à Genève. Le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que les données TDM ne démontrent pas d'évidence d'une nouvelle fracture du scaphoïde ni de pseudarthrose et précise qu'aucune anomalie n'est à signaler. Le Dr C\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical LAA en date du 16 août 2013 : il est fait état de douleurs à la tabatière anatomique, le médecin évoquant le diagnostic de fracture du scaphoïde de la main gauche. Il évoque également un retard de consolidation et demande un avis spécialisé d'un chirurgien de la main. Le 2 septembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que le patient décrit encore des douleurs assez intenses surtout la pression au niveau du tubercule du scaphoïde et des douleurs le long de la colonne radiale du poignet. Il examine le patient pour la problématique de son épaule gauche qui, selon lui, est moins accentuée mais quand même présente. Il évoque une luxation acromio-claviculaire. Il fait procéder à un CT de l'épaule gauche, réalisé le 9 septembre 2013 par le centre d'imagerie Rive droite à Genève, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, constatant qu'il n'y a pas d'argument scannographique en faveur d'un status après luxation acromio-claviculaire. Une arthro-IRM du poignet gauche le 16 septembre 2013 évoque une petite fracture non déplacée du lunatum une déchirure de son ligament scaphoïde lunaire, ainsi qu'une synovite radiocarpienne est mediocarpienne. Dans son rapport du 23 octobre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ indique que la suspicion clinique lors de sa première consultation d'une luxation acromio-claviculaire s'est avérée fautive suite au CT-scan de l'épaule gauche du 9 septembre 2013. Il affirme qu'actuellement l'épaule n'est pas symptomatique pour la douleur et que le patient se plaint plutôt d'une faiblesse permanente lors de l'élévation du bras. S'agissant de la problématique du poignet gauche, il précise en outre que les douleurs décrites ne rentrent pas en corrélation avec les douleurs permanentes de fort caractère autour du tubercule du scaphoïde. Au niveau lunaire du pôle inférieur et lunotriquétral, il ne subsiste aucune douleur provoquée à l'examen clinique. Il reste une pression douloureuse dans la tabatière

où l'on n'a pas pu déceler de lésion à l'IRM. Il n'y a également pas de signes d'une tendinite des extenseurs et l'épaule gauche montre une mobilité complète. Ce médecin a conclu que l'hypertrophie moyenne est probablement liée à l'inactivité. Il souligne encore que les douleurs au niveau du poignet gauche du patient restent difficiles à expliquer et pour poser un pronostic, vu également la divergence entre les symptômes subjectifs décrits et les lésions objectivées. Sur le plan évolutif, il ressort du rapport du Docteur H\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA que l'intéressé évoque des douleurs qui augmentent avec le froid au niveau de son poignet gauche. Il se dit limité pour le port de charges. Les douleurs sont calmées avec les médicaments, comme le Dafalgan et des anti-inflammatoires qu'il obtient d'une pharmacie, son médecin ne lui en ayant pas prescrit dernièrement. Ce médecin constate que l'assuré est en bon état général. Au niveau des épaules il n'y a pas d'amyotrophie évidente de la musculature de l'épaule gauche. Les mobilités articulaires actives sont identiques tant à gauche qu'à droite. Les tests musculaires des épaules sont négatifs et il n'y a pas de douleurs à la mobilisation circulaire. Il n'y a pas de limitation de la mobilité des coudes, laquelle est complète. Pour ce qui concerne le poignet, il n'y a aucune douleur du versant cubital de l'articulation cubito-carpienne. Le bilan clinique et radiologique ne met pas en évidence de lésion de type traumatique susceptible de nécessiter un traitement à l'heure actuelle. Dans son rapport complémentaire du 2 décembre 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ concluait que, pour les seules suites de l'accident du 8 mars 2013, il n'y avait pas d'incapacité de travail. Fort de tous les documents médicaux réunis, tant par rapport au dossier de l'assureur-accidents que par les médecins traitants dans le cadre de l'examen du droit aux prestations par l'assureur perte de gain maladie, l'intimé a refusé l'octroi de prestations au recourant au-delà de la prise en charge par l'assureur-accidents, soit au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2013, sur la base de l'avis de son médecin-conseil. C'est dans le cadre d'un complément à l'opposition formée contre la décision de refus du 12 juin 2014 que l'intimé apprend que « l'assureur n'ayant jamais informé le l'assuré de son droit au libre passage en assurance individuelle, ce dernier serait toujours assuré pour l'assurance d'indemnités journalières ». Or, à l'époque, l'assuré n'a jamais informé l'assureur de la fin des rapports de travail au 30 juin 2014. Néanmoins par courrier recommandé du 17 octobre 2014, l'assureur avait adressé à l'intéressé une proposition de libre passage en assurance d'indemnités journalières individuelle, lui fixant un délai au 29 janvier 2015. Sans réponse écrite de la part de l'intéressé dans le délai imparti l'assureur a enregistré sa démission au 30 juin 2014. 17. Le recourant a répliqué par courrier du 6 janvier 2016. Il persiste dans ses conclusions. Le fait que le recourant n'ait pas contesté la décision de la CNA ne signifie pas qu'il ait accepté les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ quant à sa capacité de travail. On peut tout au plus en déduire qu'il n'entendait pas contester le caractère dégénératif, et non plus traumatique, des affections dont il souffrait. L'intimé estime que les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 16 avril et 5 juin 2016 n'auraient aucune valeur, ce médecin s'étant contenté de « relater les plaintes (du patient) ». Ce médecin spécialiste, qui a suivi le recourant d'avril 2013 à mars 2014, avait toutefois toutes les compétences professionnelles requises et une bonne connaissance du dossier pour évaluer sa capacité de travail résiduelle au mois de mars 2014, ainsi que pour donner un pronostic. L'intimé et son médecin-conseil fondent pour l'essentiel leurs déterminations sur les conclusions médicales du Dr H\_\_\_\_\_, dont les plus récentes datent du mois de décembre 2013. Cet avis, sollicité par l'assureur-accident avait vraisemblablement pour but d'établir si les affections dont souffre le recourant trouvaient leur origine dans l'accident de mars 2013 ou si elles étaient au contraire d'origine dégénérative. Dans son rapport du 25 novembre 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé qu'il y avait

bien des lésions de type dégénératif, décompensées par l'accident ou non. Il convient donc d'apprécier ses conclusions dans leur contexte, s'agissant de la capacité de travail du recourant. Si enfin, comme l'indique l'intimé dans sa réponse, le recourant ne fait plus l'objet d'un suivi médical régulier, c'est faute de ressources financières et non de douleurs. Il est en effet toujours incapable de reprendre une activité professionnelle et ne dispose d'aucun revenu de substitution ni de soutien financier de la part de ses proches. Ainsi, l'intimé, en se contentant de reprendre les conclusions médicales du médecin-conseil et de la position de l'assureur-accidents, sans tenir compte de l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ a mal évalué la situation médicale, les limitations et la capacité de travail du recourant.!

18. L'intimé a dupliqué par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2016. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ a bien été pris en compte. Le médecin-conseil de l'intimé a en effet considéré que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 avril 2014 n'apportait aucun élément nouveau, dans la mesure où il se limite uniquement à relater les plaintes du recourant et à indiquer que jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2014 l'évolution est « plutôt » défavorable, et de préciser que le patient n'est plus suivi à la consultation du centre médical. Quant au rapport du 5 juin 2014, le médecin-conseil considère également qu'il n'a aucune valeur, car il n'est pas documenté, ce qui peut être compréhensible, comme le relève le médecin-conseil, dans la mesure où le Dr C\_\_\_\_\_ affirme ne plus suivre l'intéressé depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014. Ces rapports ont bien été pris en compte, mais ils ne sauraient en aucun cas être suivis. Sur ce point, les griefs du recourant sont d'autant plus étonnants que malgré les demandes de renseignements médicaux de l'intimé, des 24 septembre et 25 novembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ n'y a donné aucune suite. Comme relevé dans la réponse au recours, le recourant a consulté un grand nombre de médecins, et aucun de ceux-ci n'a pourtant fait état d'une quelconque constatation médicale justifiant une incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, respectivement l'octroi d'indemnités journalières dès cette même date. Le recourant alléguant enfin que sa capacité de travail serait toujours nulle actuellement, mais qu'il ne fait plus l'objet d'un suivi médical régulier faute de ressources financières et non de douleurs, on ne peut qu'en déduire qu'il ne présente aucun trouble susceptible de justifier une incapacité de travail. Par ce comportement, l'intéressé viole son obligation de réduire le dommage au sens des conditions générales qui lui imposent, dès le début de l'incapacité de travail, de consulter un médecin possédant une autorisation de pratiquer, et suivre ses prescriptions, devant éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger son incapacité.!

19. Sur quoi, la chambre de céans a informé les parties de ce que la cause était gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.!

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à l'assurance-maladie, sauf dérogation expresse (art. 1 al. 1 LAMal).!

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).!

5. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut se voir reconnaître le droit à des indemnités journalières au-delà du 31 août 2013, singulièrement sur celle de l'existence d'une incapacité de travail pour cause de maladie à la charge de l'assureur perte de gain.!

6. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute

personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 LAMal. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal).

b) Selon l'art. 3 al. 1 LPGA est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail, définie conformément à l'art. 6 LPGA, réduite de moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995) est également applicable sous le nouveau régime de la LAMal (ATF 128 V 152, consid. 2a; RAMA 1998 n° KV 45 p. 430). Selon la jurisprudence, est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51, consid. 1.1 et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281, consid. 1c).

c) En l'espèce, il est constant que le rapport juridique entre les parties est régi par le contrat cadre conclu entre PHILOS et la Conférence paritaire de la métallurgie du bâtiment de Genève et ses avenants spécifiques avec l'employeur, valables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, respectivement 1<sup>er</sup> janvier 2014, lesquels prévoient que l'avenant est lié aux conditions du contrat-cadre susmentionné et aux conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BE) édition du 1<sup>er</sup> janvier 2011 (CGA) ainsi que les dispositions complémentaires et dérogatoires aux CGA précitées. Les CGA susmentionnées indiquent d'emblée que la LPGA, la LAMal ainsi que les ordonnances idoines suppléent aux dispositions non contenues dans ces conditions générales d'assurance. L'art. 11 CGA fixe le début et la fin de la couverture d'assurance, laquelle débute pour chaque assuré le jour de son entrée au service de l'entreprise, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur du contrat. Sous réserve du droit au libre passage dans les hypothèses réalisées, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cesse pour chaque assuré notamment : a. lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés ; b. à la résiliation du contrat ; c. dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire. L'art. 28 CGA fixe les obligations de la personne assurée, parmi lesquelles son devoir d'annonce et de collaborer; le ch. 4 de cette disposition précise que l'assuré doit, dès le début de l'incapacité de travail, consulter un médecin possédant une autorisation de pratiquer et suivre ses prescriptions. Il doit éviter tout ce qui pourrait nuire à sa guérison ou prolonger son incapacité (obligation de réduire le dommage).

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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V

157 , consid. 1b et les références).>![endif]>![if> S'agissant de la capacité de travail, les tâches du médecin consistent à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler, d'autre part à déterminer les travaux qui peuvent encore raisonnablement être exigés de lui (ATF 125 V 256 , consid. 4). 8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 , consid. 1b).>![endif]>![if> Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; ATF 125 V 351 , consid. 3b/ee). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb et cc). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3 et les références). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une

hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. En l'espèce, le recourant a indiqué dans son opposition, et confirmé dans son recours qu'il n'aurait été averti ni par son employeur ni par l'intimé de la possibilité de passer dans l'assurance individuelle au moment où se sont terminés ses rapports de travail, au 30 juin 2014.

Or, dans sa réponse, pièce à l'appui, l'intimé a contesté cette allégation. Il avait adressé au recourant un courrier recommandé du 17 octobre 2014, lui indiquant avoir été informé de sa cessation d'activité auprès de l'entreprise au 31 octobre 2014, et que dès cette date il ne bénéficierait donc plus de l'assurance d'une indemnité journalière de l'ancien employeur. Toutefois la possibilité lui était donnée de maintenir son affiliation en qualité de membre individuel dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014, indiquant les conditions et tarifs proposés. Une déclaration d'adhésion à remplir, et à retourner au moyen d'une enveloppe-réponse annexée lui étaient communiquées, lui précisant encore que sans réponse écrite de sa part d'ici au 29 janvier 2015, l'assureur considérerait sa proposition comme nulle et non avenue, et il enregistrerait sa démission au sein de la caisse avec effet au 31 octobre 2014. Dans sa réplique, le recourant n'a pas contesté ces explications, et encore moins persisté dans ses reproches, sur ce point. La chambre des assurances sociales observe à cet égard que le recourant, sinon son ancien employeur, soit son frère, associé gérant de l'entreprise dont il détient l'intégralité des parts sociales, ne se sont pas toujours

montrés très prompts à l'égard de leurs obligations légales ou contractuelles, dans le cadre des procédures administratives consécutives à l'accident du 8 mars 2013. Ainsi, le recourant, plusieurs fois interpellé par la CNA, y compris dans la décision qui mettait un terme au versement des indemnités journalières, pour qu'il indique les coordonnées des assurance-maladie et perte de gain maladie, ne l'a jamais fait, de sorte que ce n'est que tardivement, soit après l'annonce du sinistre maladie auprès de l'intimé, - plus de trois mois après la décision de l'assureur-accident qui avait mis un terme à ses prestations avec effet rétroactif -, que l'intimée a incidemment eu connaissance de la décision de la CNA du 3 décembre 2013. A l'appui de son recours, il a prétendu que les rapports de travail avaient cessés au 30 juin 2014, produisant à cet égard un courrier de son employeur du 24 avril 2014, alors qu'il semble ressortir du courrier de l'intimé du 17 octobre 2014 qu'en définitive les rapports de travail se seraient terminés au 31 octobre 2014 seulement. Ceci dit l'intimé n'explique pas la raison pour laquelle, selon ce qu'il écrit dans sa réponse au recours, il aurait enregistré la sortie de l'assuré au 30 juin 2014, alors que le courrier du 17 octobre 2014 lui indiquait que faute par lui de faire valoir son droit de libre passage d'ici au 29 janvier 2015, il enregistrerait sa démission au sein de la caisse-maladie avec effet au 31 octobre 2014. Quoi qu'il en soit, la chambre des assurances sociales constate d'une part que le grief n'est plus litigieux, la question pouvant au demeurant rester ouverte, et ne nécessitant dès lors pas d'investigations supplémentaires de la chambre de céans, au vu de l'issue du litige. 11. Le recourant reproche donc pour l'essentiel à l'intimé de ne s'être fondé que sur le dossier instruit par l'assurance-accidents, alors que le droit aux prestations qu'il fournit se fonde sur d'autres éléments que ceux sur lesquels se base l'assurance-accidents. 12. En l'espèce, s'agissant de l'incidence des douleurs au poignet gauche, voire à l'épaule gauche du recourant sur sa capacité de travail, la chambre de céans relève ce qui suit : L'assurance-accidents du recourant a procédé à un examen par le Dr H\_\_\_\_\_, son médecin d'arrondissement, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, afin de déterminer si les atteintes alléguées au poignet gauche et à l'épaule gauche étaient encore liées à l'événement accidentel du 8 mars 2013. Cet examen correspond aux réquisits jurisprudentiels exposés plus haut. Elle contient en effet une anamnèse complète, un examen clinique et expose précisément les plaintes du recourant. Les conclusions de cette expertise sont motivées et convaincantes. Il sied donc de lui reconnaître une pleine valeur probante en tant qu'elle porte sur les répercussions des troubles au poignet gauche et à l'épaule gauche sur la capacité de travail. Le médecin d'arrondissement concluait que, pour les seules suites de l'accident déclaré le 8 mars 2013, il n'y a pas d'incapacité de travail. Certes, le médecin d'arrondissement a suggéré qu'une incapacité de travail « peut-être justifiée » mais elle doit être mise en relation avec des lésions de type dégénératif qui ne concerne pas l'assurance-accidents. Dans le contexte du dossier médical et des autres documents médicaux produits par le recourant, émanant en particulier de son médecin traitant et des autres spécialistes qu'il a consultés, cette réserve tient plutôt au cadre dans lequel l'examen lui était demandé, soit en regard des critères pertinents en matière d'assurance-accidents, et en l'espèce, de répondre à la question de savoir s'il existait un lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 8 mars 2013. Le médecin d'arrondissement a toutefois tenu compte de l'ensemble des documents médicaux, s'est même adressé notamment aux Drs L\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ avant de procéder à l'examen de l'assuré, pour que ces derniers complètent encore le dossier médical de la CNA. C'est ainsi qu'il s'est livré à un inventaire commenté de l'évolution du patient suivant les pièces communiquées, mais également des explications données par le patient aux

intervenants, notamment qu'en octobre 2013 l'intéressé ne prenait plus de médicaments, et avait terminé les séances de physiothérapie; il mettait aussi en évidence les constatations du Dr L\_\_\_\_\_, à fin octobre 2013, relevant alors que la suspicion de luxation avait été exclue, - contrairement à son évaluation initiale -, que l'épaule n'était plus symptomatique pour la douleur au 30 octobre 2013, la mobilité de l'épaule gauche étant d'ailleurs complète, ce qui avait d'ailleurs été conforté par le propre examen auquel le médecin d'arrondissement a procédé à mi-novembre 2013. S'agissant des douleurs au niveau du poignet gauche, il a souligné que celles-ci restaient difficiles à expliquer, le Dr L\_\_\_\_\_ ayant noté une divergence entre les symptômes subjectifs et les lésions objectivées. Là encore ses propres constatations confirmaient celles des médecins traitants ou des spécialistes consultés. Il faut au demeurant constater que les autres rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente de celle du médecin d'arrondissement de la CNA.

13. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_ fait essentiellement état des douleurs alléguées par le patient, au niveau de la tabatière anatomique, après fracture du scaphoïde du poignet gauche. Il n'a jamais fourni la moindre justification de l'incapacité totale de travail du 17 avril 2013 au 1<sup>er</sup> avril 2014, sinon précisément en raison des seules douleurs alléguées par le patient. D'ailleurs, s'il suspectait, conformément à la radiographie effectuée le 17 avril 2013, une fracture du scaphoïde, le CT du poignet gauche pratiqué le 8 mai 2013 ne l'a pas confirmée ; et si, lors de l'arthro-IRM du poignet du 7 septembre 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ mentionnait une « petite fracture non déplacée de la corne ventrale du lunatum », le Dr H\_\_\_\_\_ ne l'a pas retenue, pour les motifs convaincants qu'il a indiqués. Le Dr C\_\_\_\_\_ n'a plus revu le patient depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014. Ce médecin n'a manifestement rien pu objectiver par rapport aux plaintes du patient, et a systématiquement renouvelé les certificats d'incapacité de travail, sur la seule base de ces plaintes, et dans l'attente des résultats successifs des consultations spécialisées des praticiens auxquels il a adressé le recourant dès juillet 2013, jusqu'au printemps 2014. Et force est de constater que tous les spécialistes qui ont eu à connaître de ce cas, malgré des investigations minutieuses, n'excluant a priori aucune piste diagnostique possible sont finalement arrivés à la conclusion qu'aucun élément concret ne justifiait la moindre proposition thérapeutique, ni même un suivi ou des contrôles ultérieurs. Ainsi le Dr J\_\_\_\_\_ qui a examiné le patient trois fois pendant le 2<sup>e</sup> semestre 2013, a indiqué dans son dernier rapport du 7 juillet 2014 que le cas relevait d'un status post contusion de la main gauche avec un status post « éventuelle » fracture du scaphoïde : à l'examen clinique il avait relevé des douleurs à la palpation de la face palmaire dorsale du scaphoïde gauche notamment au niveau de la tabatière ; il avait pratiqué une infiltration de cortisone et prescrit de la physiothérapie anti-inflammatoire, n'ayant pas amélioré les douleurs (selon les plaintes du patient). Le traitement était dès lors terminé pour ce qui le concernait. Enfin il concluait par ailleurs, que pour tous travaux non manuels, il ne voit aucune contre-indication pour une reprise d'activité à 100 % !

Même attitude de la part du Dr E\_\_\_\_\_, s'agissant de l'épaule gauche, ceci en fonction des seules plaintes du patient. Dans un premier temps ce médecin avait envisagé une éventuelle luxation acromio-claviculaire et ordonné des examens radiologiques complémentaires tant pour l'épaule que pour le poignet gauches. S'agissant de l'épaule à l'arthro-IRM le Dr G\_\_\_\_\_ avait toutefois exclu toute luxation. Ce radiologue avait retenu, pour l'essentiel au niveau du poignet une petite fracture non déplacée de la corne ventrale du lunatum. Mais ce diagnostic de fracture avait été exclu de manière convaincante par le Dr H\_\_\_\_\_ par la suite. Quoiqu'il en soit le Dr E\_\_\_\_\_ avait finalement constaté que ses suspicions initiales ne s'étaient pas vérifiées au niveau de l'épaule. Il avait constaté en octobre 2013 que

l'épaule n'était pas symptomatique douloureuse, les tests pratiqués montrant une mobilité complète avec des tests des tendons de la coiffe négatifs, et constaté un léger manque de force comparé au controlatéral de M4+, hypotrophie moyenne de la musculature, probablement liée à l'inactivité. Les lésions décrites au poignet ne rentrent pas en corrélation avec les douleurs permanentes de fort caractère autour du tubercule du scaphoïde. Reste une pression douloureuse dans la tabatière où l'on n'a pas pu déceler de lésion à l'IRM. Le problème principal reste les douleurs difficiles à expliquer au niveau du poignet dans la tabatière. A six mois de l'accident avec des douleurs permanentes inchangées ces derniers mois, il est difficile de poser un pronostic surtout avec une divergence entre les symptômes subjectifs décrits et les lésions objectivées. Pour cette raison il n'y a pas de solution thérapeutique ou de mesure médicale qui pourrait améliorer la situation à proposer. L'épaule montrait des signes dégénératifs de l'acromio-claviculaire étant douloureuse au début, actuellement indolore, pouvait être déclarée comme médicalement stabilisée, parlant d'une contusion avec activation momentanée de l'arthrose. Pour l'instant la situation étant médicalement stable, encore douloureuse pour le poignet mais sans traitement spécifique à proposer, il s'agissait plutôt actuellement d'une problématique socio-professionnelle. Il n'avait pas prévu de suivi pour l'épaule et il en allait de même pour le poignet pour le Dr J\_\_\_\_\_. C'est aussi le lieu de rappeler que le recourant lui-même avait indiqué lors de son audition par la CNA en octobre 2013 que Le Dr E\_\_\_\_\_ lui avait alors dit ne rien pouvoir faire pour lui et lui avait conseillé de reprendre son travail chez son frère en évitant toutefois les travaux lourds, vibratoires et de frappe. Mêmes observations en mai 2014 par le Dr I\_\_\_\_\_, chirurgien spécialiste de la main : cliniquement, à part une palpation sensible de la tabatière anatomique, il ne retrouve pas d'autre anomalie, en particulier d'un point de vue ligamentaire avec une manœuvre de Watson ne provoquant ni craquements ni douleurs postérieurement. Son examen clinique, associé aux imageries complémentaires, ne lui permettait pas de proposer un traitement quelconque, hormis symptomatique concernant le patient. Il n'avait pas prévu de le revoir en contrôle. A noter d'ailleurs que ce médecin avait adressé son rapport à l'OAI. Or, curieusement le recourant n'évoque à aucun moment cette procédure devant l'OAI. La chambre retient au degré de la vraisemblance prépondérante que si la moindre des perspectives plus favorable à sa thèse s'était dessinée dans le cadre de la procédure devant l'assurance-invalidité, il n'aurait pas manqué de la faire valoir. Soit pour indiquer que l'OAI n'aurait pas encore statué, soit que tout ou partie de ses plaintes auraient confirmé une atteinte à la santé invalidante. Il n'en a rien été. La chambre de céans estime dès lors pouvoir se dispenser de toute mesure d'instruction complémentaire, par appréciation anticipée des preuves. Ainsi, quand bien même l'examen du médecin d'arrondissement de la CNA a été réalisé afin de déterminer si l'incapacité de travail alléguée du recourant était en lien de causalité avec un accident, l'intimé était fondé à s'appuyer sur ses conclusions claires s'agissant de la capacité du recourant à exercer une activité quelle qu'elle soit et à refuser le versement d'indemnités journalières pour maladie dès la fin des indemnités journalières versées par l'assureur-accident. 14. La chambre des assurances sociales constate enfin que le recourant n'a jamais fait autre chose que d'affirmer que ses douleurs ne lui permettraient pas de reprendre la moindre activité, ceci en dépit des conclusions des divers médecins, - des assureurs sociaux ou ceux l'ont examiné successivement en tant que médecins traitants. Il semble en effet qu'il n'ait jamais tenté la moindre démarche pour diminuer le dommage, soit par exemple en s'inscrivant au chômage, au moins pour une recherche d'emploi à temps partiel dans une activité moins physique, si l'on suivait la logique de ses plaintes.

15. Au vu de ce qui précède le recours, mal fondé sera rejeté.

16. Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 let. A LPGA et 89H al. 1 LPA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.

Au fond : 2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO 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.