

GE_GERICHTE A/995/2016 vom 29. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_995_2016

FR: GE_GERICHTE A/995/2016 du 29 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/995/2016 del 29 novembre 2016

Erwägungen

E. 31

août 2015, soutenant qu'il n'était pas en mesure de travailler. Le 29 septembre 2015, il a communiqué à la SUVA un certificat médical attestant d'une totale incapacité de travail du 1^{er} au 30 septembre 2015. En date du 1^{er} octobre 2015, la SUVA a annulé sa décision du 31 août 2015 et rendu une nouvelle décision susceptible d'opposition, par laquelle elle a accepté d'allouer les indemnités journalières jusqu'au 12 août 2015. Elle a retenu, sur la base de l'avis de son service médical, que l'assuré était apte à reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 13 août 2015 et que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident assuré. Le 12 octobre 2015, la Dresse B _____ a écrit au médecin d'arrondissement qu'elle avait revu l'assuré le 8 octobre 2015, qu'il avait développé dans les suites de son traumatisme des paresthésies dans le territoire du nerf ulnaire de sa main gauche, lesquelles persistaient malgré le port d'une attelle nocturne. Elle retenait une indication opératoire pour une libération du nerf ulnaire au coude gauche et souhaitait savoir si le médecin-conseil considérait qu'une telle opération était consécutive à l'accident. Le 19 octobre 2015, l'assuré a formé opposition contre la décision de la SUVA du 1^{er} octobre 2015. En substance, il a fait valoir que ladite décision reposait sur deux rapports succincts du Dr C _____ qui ne l'avait même pas examiné. L'assuré a joint un questionnaire médical auquel la Dresse B _____ avait répondu le 10 octobre 2015. Elle a retenu le diagnostic de fracture complexe de la deuxième phalange du cinquième doigt de la main gauche et d'arthrodèse IPP du cinquième doigt le 21 avril 2015, ainsi que celui de syndrome du canal cubital du coude gauche. Le traitement était terminé s'agissant de l'arthrodèse du cinquième doigt qui était consolidée. En revanche, le traitement conservateur (attelle, antalgie) des paresthésies du territoire ulnaire de la main gauche avait échoué. Ces troubles étaient en relation de causalité possible (moins de 50%) avec l'accident, alors que les premiers diagnostics étaient eu rapport de causalité certaine (100%) avec le sinistre. La libération chirurgicale du nerf ulnaire au coude gauche était proposée. Enfin, la Dresse B _____ a relevé l'absence d'invalidité en lien avec le premier diagnostic, mais retenu une perte de la mobilité de l'IPP du cinquième doigt. S'agissant du second diagnostic, l'assuré manquait de force, mais une récupération était attendue après la chirurgie. L'assuré a également produit un certificat médical de la Dresse B _____, daté du 8 octobre 2015, prolongeant l'incapacité totale de travail pour cause d'accident du 1^{er} octobre au 30 novembre 2015. Par courrier du 2 novembre 2015, l'assuré a notamment requis de la SUVA qu'une décision soit rendue promptement, précisant être dans une situation financière précaire en l'absence de tout revenu depuis le 13 août 2015. Sans nouvelles de la SUVA, l'assuré l'a derechef priée de faire preuve de célérité par plis des 16 novembre et 1^{er} décembre 2015, relevant qu'elle disposait de toutes les pièces nécessaires pour statuer. Le 3 décembre

2015, la SUVA lui a répondu qu'il serait convoqué auprès de son service médical le 15 décembre 2015. [endif]>[if> 26. En date du 3 décembre 2015, la doctoresse E_____, cheffe de clinique au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a attesté que l'assuré pouvait reprendre le travail à 100% dès le 1 er décembre 2015. [endif]>[if> 27. Le 15 décembre 2015, le Dr C_____ a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport daté du lendemain, il a retenu les diagnostics de fracture complexe du cinquième doigt de la main gauche et d'ostéosynthèse puis arthrodèse de l'articulation IPP. L'assuré lui avait notamment indiqué qu'il n'y avait pas eu d'impact au niveau du coude lors du sinistre du 1 er septembre 2014. Actuellement, il se plaignait d'une hypoesthésie au niveau de la pulpe et sur tout le cinquième doigt, jusqu'au milieu de la paume de la main, et d'une hypersensibilité persistante à la douleur. Au niveau du quatrième doigt, l'assuré relatait une gêne matinale, sans paresthésie ou diminution de la sensibilité. Il déclarait ressentir des douleurs dans le cinquième rayon depuis la première intervention chirurgicale et une douleur du cinquième doigt dès qu'il soulevait un poids de 5 kg. Au niveau du coude gauche, les troubles étaient apparus une semaine après la première intervention. Il présentait des douleurs lorsqu'il appuyait son coude sur un support, décrivait des douleurs barométriques et ressentait parfois son avant-bras endormi pendant la nuit. Il avait suivi une vingtaine de séances de physiothérapie et n'était actuellement pas sous traitement médicamenteux. Après avoir consigné les résultats de son examen du coude, du poignet et de la main gauche, le médecin d'arrondissement a exposé que l'ENMG du 29 juillet 2015 était en faveur d'une compression très discrète du nerf ulnaire gauche au niveau du coude. Il a conclu que l'hypoesthésie ressentie au niveau du cinquième doigt jusqu'au niveau de la paume était en rapport de causalité probable avec le sévère traumatisme et les multiples interventions, d'autant que le versant ulnaire du quatrième rayon n'était pas douloureux et que la sensibilité de cette zone, assurée par le nerf ulnaire, était normale. En l'absence de traumatisme au niveau du coude gauche et devant une compression très discrète du nerf cubital et un examen ENMG dans les limites de la norme, la relation de causalité entre la compression très modérée du nerf cubital et le traumatisme initial était au mieux possible.[endif]>[if> 28. Le même jour, le médecin d'arrondissement a évalué le taux de l'atteinte à l'intégrité à 5%, compte tenu des douleurs persistantes avec une hypoesthésie de la pulpe du cinquième doigt et des douleurs survenant lors du port de charges.[endif]>[if> 29. Dans une nouvelle appréciation du 7 janvier 2016, le Dr C_____ a estimé que pour les seules suites de l'événement accidentel, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle de peintre en bâtiment dès le 1 er octobre 2015, sans baisse de rendement. L'assuré devait éviter le port de charges supérieures à 15 kg de la main gauche, aucune limitation n'étant retenue du côté droit.[endif]>[if> 30. Le 14 janvier 2016, la SUVA a rendu une nouvelle décision annulant et remplaçant celle du 1 er octobre 2015, par laquelle elle a accepté de verser l'indemnité journalière jusqu'au 30 septembre 2015 et considéré que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient pas en lien avec l'accident assuré. Par ailleurs, elle a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, soit un montant de CHF 6'300.-.[endif]>[if> 31. En date du 8 février 2016, l'assuré a contesté ladite décision et requis la transmission des rapports du médecin d'arrondissement qui ne lui avaient pas été communiqués.[endif]>[if> 32. Le 16 février 2016, la SUVA a envoyé à l'assuré les documents précités, lui accordant un délai de 15 jours pour prendre position.[endif]>[if> 33. Par pli du 21 février 2016, l'assuré a maintenu les termes de son opposition.[endif]>[if> 34. Par décision sur opposition du 4 mars 2016, la SUVA a

confirmé sa décision du 14 janvier 2016, relevant notamment que la causalité entre l'accident et la compression très modérée du nerf cubital du coude gauche était au mieux possible.!

35. Par acte du 31 mars 2016, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision du 4 mars 2016, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation des décisions des 14 janvier et 4 mars 2016 concernant la durée de l'incapacité de travail, à ce qu'il soit constaté qu'il avait été en incapacité totale de travail suite à l'accident assuré jusqu'au 30 novembre 2015, à ce que les prestations correspondantes lui soient octroyées, ainsi que le versement d'une indemnité nette de CHF 10'000.- à titre de dommages et intérêts. En substance, le recourant a fait grief à l'intimée de lui avoir transmis le 16 février 2016 seulement l'avis médical du 15 décembre 2015 auquel elle s'était référée dans sa décision du 14 janvier 2016, de ne l'avoir fait examiner que le 15 décembre 2015 alors qu'il était à nouveau apte à travailler, de l'avoir plongé dans une situation financière et morale des plus précaires en tardant à statuer alors qu'elle était en possession de toutes les pièces utiles dès sa première opposition du 18 septembre 2015.

36. En date du 29 avril 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, dans la mesure où il était recevable, et à la confirmation de la décision entreprise. Invoquant l'absence de tout élément nouveau avancé par le recourant, l'intimée a renoncé à « déposer une réponse en bonne et due forme ». Elle a considéré que la conclusion tendant à l'octroi d'une indemnité en dommages et intérêts était irrecevable car elle sortait de l'objet de la contestation. Sur le fond, elle a rappelé n'avoir jamais accepté la prise en charge des atteintes au niveau du coude et des cervicalgies, lesquelles n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident assuré. S'agissant des seules séquelles accidentelles, aucun motif médical ne justifiait de poursuivre l'octroi des prestations au-delà du 30 septembre 2015.

37. Invité le 3 juin 2016 à prendre position sur la détermination de l'intimée, le recourant ne s'est pas manifesté.

38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. a. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté en date du 31 mars 2016 contre la décision sur opposition du 4 mars 2016, le recours a été formé en temps utile.

b. En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette règle découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales.

C'est pourquoi, le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. L'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 353 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 du 28 janvier 2003 consid. 2.2). Les conclusions et les motifs peuvent résulter implicitement du mémoire de recours. Toutefois, il faut pouvoir déduire de ce dernier, considéré dans son ensemble, à tout le moins ce que le recourant demande et quels sont les faits sur lesquels il se fonde. La motivation du recours doit être topique, en ce sens qu'il appartient au recourant de prendre position par rapport à la décision incriminée et d'expliquer en quoi et pourquoi il s'en prend à elle. Il n'est pas nécessaire que la motivation soit pertinente, mais elle doit se rapporter au litige en question (ATF 125 V 332 ; ATF 113 IB 287 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 68/04 du 16 février 2005). En l'espèce, l'acte de recours contient un exposé des faits et des conclusions précises. S'agissant des motifs, il en ressort clairement que le recourant conteste l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée et considère que son incapacité totale de travailler a pris fin le 30 novembre 2015, et non pas le 30 septembre 2015, de sorte que les exigences de forme sont remplies. c. Partant, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de la part de l'intimée du 1^{er} octobre au 30 novembre 2015. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle 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. 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post

hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 8. 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. À 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V

351 consid. 3b/ee). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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). 10. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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).

11. En l'occurrence, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 30 septembre 2015, considérant que le recourant présentait, eu égard aux seules suites de l'accident, une capacité de travail entière dans son activité habituelle, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} octobre 2015. Pour ce faire, elle s'est fondée sur les avis de son médecin d'arrondissement. Le recourant conteste ces conclusions et soutient n'avoir recouvré une pleine capacité de travail qu'à partir du 1^{er} décembre 2015, comme en attestent les rapports établis par la Dresse B_____. Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante de ces différents documents. 12. Le Dr C_____ s'est prononcé à réitérées reprises sur la situation du recourant. Si ses deux premiers avis des 24 avril et 3 août 2015 sont succincts et basés sur un dossier incomplet, ses appréciations ultérieures ont été rendues en pleine connaissance du dossier médical, dont les clichés d'imagerie. En outre, les deux derniers rapports sont fondés sur les constatations objectives du médecin d'arrondissement et prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant. Dans son appréciation du 16 décembre 2015, le Dr C_____ a conclu que l'hypoesthésie ressentie au niveau du cinquième doigt jusqu'à la paume était en rapport de causalité probable avec le sévère traumatisme et les multiples interventions. En revanche, le lien de causalité était au mieux possible entre la compression très modérée du nerf cubital et le traumatisme initial. Lorsqu'il a ensuite été appelé par l'intimée à préciser les effets des atteintes résultant de l'accident sur la capacité de travail, il a décrit, dans son rapport du 7 janvier 2016, les limitations fonctionnelles découlant de l'événement accidentel, soit le port de charges supérieures à 15 kg de la main gauche, et estimé que le métier de peintre en bâtiment était possible dès le 1^{er} octobre 2015. Il a donc estimé que les douleurs et les paresthésies persistantes au 15 décembre 2015 (jour de son examen), lesquelles justifiaient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, n'avaient aucune influence sur la capacité de travail du recourant. Cette appréciation est corroborée par les faits de la cause. En effet, le recourant admet que les constatations objectives, les plaintes et les restrictions énoncées dans les rapports du Dr C_____ des 16 décembre 2015 et 7 janvier 2016 sont compatibles avec l'exercice de son métier, puisqu'il invoque que son incapacité de travail a pris fin le 30 novembre 2015, soit avant d'avoir été examiné par le médecin d'arrondissement. En outre, contrairement à l'avis du recourant, les conclusions du Dr C_____ rejoignent partiellement celles de la Dresse B_____. En effet, cette dernière a indiqué le 10 octobre 2015, après avoir revu le recourant le 8 octobre 2015, que le traitement était terminé s'agissant des diagnostics qu'elle attribuait à l'accident assuré, soit ceux de fracture complexe de la deuxième phalange du cinquième doigt de la main gauche et d'arthrodèse IPP du cinquième doigt le 21 avril 2015. Elle a précisé qu'il ne subsistait aucune invalidité, malgré une perte de la mobilité de l'IPP du cinquième doigt. La Dresse B_____ a également retenu l'existence d'un syndrome du canal cubital du coude gauche, avec des paresthésies du territoire ulnaire de la main gauche. Selon elle, ces troubles étaient en relation de causalité possible (moins de 50%) avec l'accident. Il apparaît donc que la Dresse B_____ a prolongé l'incapacité totale de travail en raison des seules paresthésies. Or, ces dernières n'ont pas empêché deux médecins, soit le Dr C_____ et la Dresse E_____, de retenir que la capacité de travail était entière. En outre, la prolongation a été attestée le 8 octobre 2015 pour une durée de près de deux mois, ce qui apparaît avoir été une trop longue période au vu des atteintes retenues. Dans ces conditions, l'évaluation de la capacité de travail par la Dresse B_____ doit être accueillie avec circonspection, compte tenu également de la nature du mandat de ce médecin. 13. Eu égard à ce qui précède, la

chambre de céans fera siennes les conclusions du Dr C_____ selon lesquelles l'incapacité de travail du recourant a pris fin le 30 septembre 2015, eu égard aux seules atteintes à la santé résultant de l'accident. [endif]>[if> Par conséquent, l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières dès le 1 er octobre 2015. 14. Enfin, en ce qui concerne la conclusion visant au versement d'une indemnité à titre de dommages et intérêts, il appartient au recourant de soumettre sa demande à l'intimée en vue de la prise d'une décision, conformément aux art. 78 LPGA et 100 LAA. [endif]>[if> Cela étant, la chambre de céans observera qu'il s'est écoulé un mois entre les deux premières décisions (31 août et 1 er octobre 2015), puis trois mois et demi jusqu'à la troisième décision (1 er octobre 2015 et 14 janvier 2016), laquelle a été confirmée sur opposition dans les deux mois (4 mars 2016), ce qui ne peut être considéré comme un délai particulièrement long. De plus, l'intimée n'est pas restée inactive pendant ce laps de temps puisqu'elle a régulièrement sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement avant de mettre en œuvre un examen du recourant. L'intimée ne paraît donc pas avoir violé le principe de célérité. Enfin, il sera encore relevé que l'intimée a pris la décision de convoquer le recourant pour un examen médical le 3 décembre 2015, soit avant d'avoir appris que l'incapacité de travail avait pris fin. On ne saurait donc lui reprocher ce fait. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. [endif]>[if> Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant (art. 60 let. g LPGA), ni non plus à l'intimée. 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.