

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 707 vom 25. Oktober 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__707

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 707 du 25 octobre 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 707 del 25 ottobre 2024

Regeste

SURASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE COMPLÉMENTAIRE{AA}, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE | 15 LAA, 16 LAA, 19 LAA, 20 LAA, 6 LAA, 69 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 707

SURASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, RENTE COMPLÉMENTAIRE{AA}, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE | 15 LAA, 16 LAA, 19 LAA, 20 LAA, 6 LAA, 69 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 49/22 - 114/2024 ZA22.015521 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 25 octobre 2024 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard ,

présidente Mme Di Ferro Demierre et Mme Livet, juges Greffière : Mme Neurohr

***** Cause pendante entre : P. _____ , à [...], recourant, et Y. _____ , à [...],

intimée. _____ Art. 6, 15, 16, 19 et 20 LAA ; art. 69 LPGA. E n f a i t : A. a)

P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en tant

qu'indépendant dans le domaine de la maroquinerie, sous la raison sociale « [...]», depuis le

1 er septembre 2015. Il était assuré, à titre facultatif, contre les conséquences des accidents

professionnels et non professionnels et des maladies professionnelles auprès d'Y. _____

(ci-après : Y. _____ ou l'intimée). Par déclaration d'accident du 6 octobre 2015, l'assuré

a indiqué avoir glissé et être tombé dans les escaliers d'un centre commercial le

17 septembre 2015. Le 21 septembre 2015, l'assuré a consulté son médecin traitant, le

Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, lequel n'a pas retenu de

diagnostic, mais a constaté un « aspect d'horizontalisation du scaphoïde et de flexion

palmaire du lunatum » mis en évidence par des radiographies du poignet gauche. Un

traitement anti-inflammatoire a été ordonné ainsi qu'un arrêt de travail à 100 % à partir du

18 septembre 2015. Y. _____ a pris en charge le cas et a versé des indemnités

journalières d'un montant de 184 fr. 11 à compter du 20 septembre 2015. En date du 2

octobre 2015, l'assuré a consulté le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

chirurgie de la main. Celui-ci a noté à la suite de radiographies effectuées une hyperlaxité

médio-carpienne bilatérale à l'examen clinique et a retenu le diagnostic de rupture

ligamentaire luno-triquétrale dorsale qui péjorait une instabilité intercalaire du carpe. Une

arthro-IRM du poignet gauche, réalisée le 6 octobre 2015, a mis en évidence une rupture de

la portion dorsale du ligament luno-triquétral et aspect dilacéré et très hétérogène de la

portion moyenne du ligament, s'accompagnant d'une attitude en VISI de l'os semi-lunaire,

compatible avec une instabilité du segment intercalaire du carpe. Elle a également révélé

des signes de conflit ulno-carpien se manifestant par des lésions cartilagineuses du pôle

proximal du lunatum avec sclérose sous-chondrale et lésion cartilagineuse de la tête du

cubitus ainsi qu'une fissuration transfixiante du ligament triangulaire du carpe, sans

évidence de dislocation lunaire ou péri-lunaire. Face à la persistance de douleurs associées à des paresthésies de la main gauche, un examen neurologique a été réalisé le 18 janvier 2016, à l'issue duquel il a été retenu tout au plus une neuropathie purement irritative du nerf médian gauche au carpe et des signes de syndrome du tunnel carpien aux deux poignets, sans indication opératoire. Dans un courrier du 6 février 2016 adressé au médecin conseil d'Y._____, le Dr R._____ a précisé que son patient était prêt à reprendre une activité à 50 % sous la protection d'une attelle. En parallèle, l'assuré a adressé, le 15 mars 2016, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), faisant valoir qu'il était totalement incapable de travailler depuis son accident du 17 septembre 2015. Une arthroscopie du poignet gauche effectuée le 18 avril 2016 a montré une chondroplastie de stade II à III du versant médio-carpien de l'os semi-lunaire uniquement. Aucune indication chirurgicale n'a été proposée à l'assuré qui devait poursuivre le traitement d'ergothérapie et l'auto-mobilisation du poignet gauche. L'assuré a précisé ne pas pouvoir travailler même avec le port d'une attelle, en raison des douleurs. Sur demande Y._____, une expertise orthopédique a été confiée au Dr G._____, spécialiste en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aux termes de son rapport du 1^{er} novembre 2016, l'expert G._____ a retenu que l'accident du 17 septembre 2015 n'avait provoqué qu'une contusion des poignets qui avait révélé et non pas causé les lésions congénitales préexistantes et que le statu quo sine avait été retrouvé deux mois après l'accident, soit au plus tard le 17 novembre 2015. Par décision du 15 février 2017, G._____, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr G._____ du 1^{er} novembre 2016, a cessé le versement des prestations en faveur de l'assuré à partir du 18 novembre 2015, étant précisé que les prestations déjà versées après cette date n'allaient pas faire l'objet d'une demande de remboursement. Par courrier du 17 mars 2017, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, en invoquant son incapacité de travail qui persistait. Le 15 mars 2018, l'assuré a subi une intervention consistant en une résection de la première rangée des os du carpe du poignet gauche et la mise en place d'une prothèse RCPI (Resurfacing Capitate Pyrocarbon Implant ; en français : implant en pyrocarbone de resurfaçage du capitatum), ainsi que la transposition du nerf cubital au niveau de la gouttière ulnaire au coude gauche. En raison de la persistance des douleurs et d'une mobilité limitée notamment avec l'extension du poignet gauche, l'assuré a subi une nouvelle intervention le 19 septembre 2019, sous forme d'arthroplastie totale du poignet gauche par la mise en place d'une prothèse MOTEC®. Par décision du 14 mai 2020 de l'OAI, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} septembre au 30 novembre 2016 et du 1^{er} mars au 30 septembre 2018. L'assuré a déposé un recours contre cette décision devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève. Sur demande d'Y._____, une expertise orthopédique de l'assuré a été réalisée le 24 novembre 2020. Dans le rapport y relatif du 30 novembre 2020, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu un lien de causalité naturelle probable (supérieur à 50 %) entre l'état somatique du poignet gauche et le sinistre du 17 septembre 2015. Selon l'expert K._____, l'accident avait engendré des lésions ligamentaires et cartilagineuses au niveau du carpe et du poignet gauche ayant conduit les spécialistes à effectuer différentes interventions arthroscopiques, de résection de la première rangée du carpe et finalement de remplacement prothétique du poignet gauche. Le Dr K._____ a retenu une capacité de travail nulle définitive dans l'activité habituelle de commerçant indépendant et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, un an après

l'implantation de la prothèse totale du poignet gauche du 19 septembre 2019, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges supérieures à 5 kg, les travaux nécessitant une importante force de préhension avec la main gauche, les travaux impliquant une dextérité fine de la main gauche ainsi que les travaux entraînant une mobilisation répétée du poignet gauche. L'expert K. _____ a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, aucun traitement supplémentaire n'étant à même de changer la situation. L'atteinte à son poignet lui donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % pour les suites de l'accident. Le 1^{er} décembre 2020, un ultrason de la main et du poignet gauche de l'assuré a été réalisé. Il a été constaté que la berge antérieure du radius distal causait une tuméfaction antérieure et qu'il existait une tendinopathie du tendon du long fléchisseur du pouce. Il était peu probable que le nerf médian discrètement déformé soit à l'origine des douleurs qui n'étaient pas localisées à ce niveau. Dans un rapport de consultation du 15 janvier 2021, il a été suspecté un descellement du composant métacarpien de la prothèse du poignet gauche, confirmé par scintigraphie osseuse du 29 janvier 2021. Le 10 mars 2021, l'assuré a bénéficié d'une reprise chirurgicale en raison du descellement de la prothèse au niveau du 3^{ème} métacarpien. Il n'y a pas eu de complication à la suite de cette opération. Dans un rapport du 15 mars 2021 en réponse à un questionnaire d'Y. _____, le Prof. M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main aux Hôpitaux universitaires J. _____ (Hôpitaux universitaires J. _____), a indiqué que la reprise effectuée était bel et bien dans le but de permettre à l'assuré d'exercer une activité lucrative et d'éviter une aggravation notable de son état de santé. Par courrier du 7 avril 2021, le Centre social régional (CSR) de [...] a fait parvenir à Y. _____ les décomptes des prestations octroyées à l'assuré de janvier 2017 à mars 2021, pour un total de 231'088 fr. 15. Par décision sur opposition du 15 avril 2021, Y. _____ a admis partiellement l'opposition du 17 mars 2017, en ce sens que l'assuré avait droit à la prise en charge des frais de traitement ainsi qu'au versement d'indemnités journalières jusqu'au 19 septembre 2020, l'état de santé de celui-ci devant être réévalué après cette date. Il avait droit au versement de la somme de 18'691 fr. 69 à titre d'indemnités journalières, après déductions d'un montant de surindemnisation de 19'631 fr. 10 et des prestations octroyées par le CSR, de la somme de 3'786 fr. 60 à titre de remboursement de frais de transport, au remboursement à l'assurance-maladie des frais de traitement pris en charge par celle-ci jusqu'au 19 septembre 2020, et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 18'900 fr. basée sur un taux d'atteinte à l'intégrité de 15 %. L'assuré a interjeté un recours contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Cette cause a été enregistrée sous la référence AA 61/21. b) Le 5 mai 2021, à la demande d'Y. _____, les Hôpitaux universitaires J. _____ ont transmis le compte-rendu opératoire établi le 24 mars 2021. Le Prof. M. _____ y exposait que l'intervention avait consisté en une reprise de l'arthroplastie du poignet gauche, un changement de l'implant métacarpien, une géosynovectomie des extenseurs et des fléchisseurs, une neurolyse du nerf médian au canal carpien et une cure de pouce à ressort. En réponse à un questionnaire d'Y. _____, l'expert K. _____ a confirmé, dans un rapport complémentaire du 20 mai 2021, que la reprise chirurgicale du 10 mars 2021 par le Prof. M. _____ était en lien avec l'accident du 17 septembre 2015 ayant conduit à la mise en place d'une prothèse totale du poignet gauche le 19 septembre 2019, étant précisé que l'intervention de reprise était en lien avec le descellement du composant métacarpien de la prothèse. Le Dr K. _____ a précisé qu'il fallait prévoir une incapacité de travail

probable d'environ six mois à compter du jour de l'opération. Les limitations fonctionnelles retenues à l'issue de l'expertise orthopédique du 24 novembre 2020 demeuraient inchangées par la nouvelle intervention du 10 mars 2021. L'état de santé définitif devrait probablement être atteint six mois après l'intervention du 10 mars 2021, moyennant une évolution positive et un traitement hebdomadaire combinant physiothérapie et ergothérapie. Le 31 mai 2021, Y. _____ a adressé à l'assuré une copie de ce rapport complémentaire et l'a informé que les indemnités journalières seraient versées durant six mois à partir de l'opération du poignet du 10 mars 2021. Dans un rapport complémentaire du 7 juin 2021, l'expert K. _____ a estimé que, compte tenu du fait que la scintigraphie osseuse réalisée en janvier 2021 avait montré un descellement du composant métacarpien de la prothèse, il devait admettre que l'incapacité de travail attestée du 19 septembre 2020 au 10 mars 2021 était justifiée. Le traitement prodigué durant cette période était également justifié. L'assuré avait en outre développé un pouce gauche à ressaut. Le 1^{er} juillet 2021, en réponse à une demande d'Y. _____, les Hôpitaux universitaires J. _____ ont indiqué que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique en raison de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Y. _____ a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un avis du 12 juillet 2021, le Dr C. _____ a considéré que le lien de causalité entre les troubles psychiatriques et l'accident était improbable, tout au plus possible s'il faisait abstraction des autres facteurs de stress. Les troubles psychiatriques et les traitements étaient ainsi du ressort de l'assurance-maladie. Une expertise n'apparaissait pas nécessaire. Le 2 septembre 2021, lors d'une consultation de suivi aux Hôpitaux universitaires J. _____, une masse de 4 x 5 cm sur la face palmaire de la main gauche de l'assuré a été observée, avec une péjoration de la mobilité digitale. Le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe a été posé. À la suite de cet examen, un ultrason réalisé le 30 septembre 2021 a mis en évidence une cicatrice hypertrophique de 3 cm de long avec un signe de ténosynovite des fléchisseurs d'allure ancienne sans hypervascularisation ni signe échographique d'infection latente, des nerfs médian et ulnaire à distance et d'aspect conservé, et l'absence de signe de conflit avec le matériel en examen dynamique. Dans l'intervalle, le 16 septembre 2021, Y. _____ a reçu une copie de l'arrêt du 1^{er} septembre 2021 de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève. La Chambre des assurances sociales a admis le recours de l'assuré, annulé la décision du 14 mai 2020 de l'OAI et dit que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2016. Elle a considéré que le volet psychiatrique de l'expertise du X. _____ sur laquelle l'OAI s'était fondé ne pouvait se voir conférer aucune valeur probante, l'expert psychiatre ne s'étant pas fondé sur un dossier complet. Une instruction complémentaire n'était cependant pas nécessaire, dès lors que l'assuré devait se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité en raison de son atteinte orthopédique. À cet égard, la Chambre des assurances sociales a constaté que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis son accident du 17 septembre 2015, ce qui n'était pas contesté. En revanche, l'expert orthopédique du X. _____ ne pouvait être suivi dans son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors que l'état de santé n'était pas stabilisé lorsque la décision de l'OAI avait été rendue. Dans ces circonstances, seule la capacité de travail dans l'activité habituelle devait être prise en compte pour fixer le taux d'invalidité. Par décision du 22 septembre 2021, Y. _____ a refusé d'allouer des prestations d'assurance pour le traitement psychiatrique suivi, au motif qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les troubles et l'accident, ceux-ci étant du ressort de

l'assurance-maladie. L'assuré n'a pas contesté cette décision. Y. _____ a chargé le Dr K. _____ de procéder à un complément d'expertise afin d'évaluer la situation six mois après l'opération du poignet. L'expert a examiné l'assuré le 5 octobre 2021. Dans son rapport complémentaire d'expertise du 7 octobre 2021, il a confirmé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, de manière définitive, en raison de la perte de fonction quasi-totale de la main gauche. Une activité mono-manuelle avec la main droite serait adaptée, au maximum à 50 %. Si l'assuré n'était pas en mesure de travailler, c'était principalement en raison des douleurs chroniques, de la période prolongée d'incapacité et du manque de compétences. La poursuite du traitement ne permettrait plus aucune amélioration significative et la situation était considérée comme stabilisée six mois après la dernière intervention. L'expert K. _____ a encore retenu que les troubles dus à l'accident avaient provoqué une atteinte à l'intégrité physique justifiant l'octroi d'une indemnité de 15 %. Par courrier du 2 novembre 2021, Y. _____ a informé l'assuré qu'au vu des conclusions de l'expert K. _____, dont une copie du rapport était transmise, l'état de santé devait être considéré comme stabilisé à la date de l'examen par l'expert. Aussi, il était mis fin à la prise en charge du traitement médical au 5 octobre 2021. En outre, l'incapacité de travail actuelle causée par l'accident était de 100 % dans la profession de commerçant indépendant, de manière définitive. Dans une activité mono-manuelle, une activité adaptée pouvait être envisagée à 50 %. Dès lors, elle mettait fin au versement des indemnités journalières au 31 octobre 2021. A partir de cette date, Y. _____ examinerait le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Par courrier du 6 novembre 2021, l'assuré a informé Y. _____ que la justice genevoise avait rendu son arrêt et lui avait reconnu un droit à une rente entière, ce qui signifiait qu'il ne pouvait plus travailler. Aussi, Y. _____ devait compléter le 90 % de son revenu. Il a précisé qu'il vivait désormais séparé. Par décision du 25 novembre 2021, Y. _____ a procédé au calcul de surindemnisation pour la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2021, dont il ressortait un excédent de 42'787 francs. Par courriel du 26 novembre 2021, l'assuré a contesté le calcul de surindemnisation effectué par Y. _____, au motif qu'il vivait séparé et que les rentes pour enfants ne devaient donc pas être prises en compte dans le calcul. Par courrier du même jour, l'assuré a formé opposition en réitérant ses arguments. Par décision du 7 décembre 2021, annulant et remplaçant celle du 25 novembre 2021, Y. _____ a réduit le montant de surindemnisation à 17'449 fr., pour la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2021. Par décision du 9 décembre 2021, Y. _____ a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des traitements médicaux au 31 octobre 2021. Elle a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2021, fondée sur un degré d'invalidité de 46 %, d'un montant de 1'932 fr. compte tenu d'un gain assuré de 63'000 fr., ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 18'900 fr. pour un taux de 15 %. S'agissant du calcul de la rente, Y. _____ a arrêté le revenu de valide en se fondant sur le salaire moyen dans le secteur du commerce de détail de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétence 1, soit un salaire annuel de 61'950 fr., et le revenu d'invalidité en se fondant sur le salaire moyen dans le secteur des services pour un homme, niveau de compétence 1, avec une capacité de travail de 50 %, soit 33'883 fr. 35. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 46 %. Concernant le montant de la rente, Y. _____ a d'abord calculé la rente ordinaire en tenant compte du 80 % du gain assuré de 63'000 fr. et du degré d'invalidité de 46 %. Dès lors que l'assuré percevait une rente d'invalidité, Y. _____ a ensuite calculé le montant d'une rente complémentaire. Le montant de la rente complémentaire étant supérieur à la

rente ordinaire, cette dernière était déterminante. S'agissant de l'IPAI, Y._____ a relevé que l'indemnité avait déjà été versée le 15 avril 2021, conformément à la décision sur opposition rendue le même jour. Le 13 décembre 2021, l'assuré s'est opposé à la décision du 7 décembre 2021, soutenant qu'il n'y avait rien à déduire au titre de la surindemnisation dès lors que le montant de la rente AI ne dépassait pas le 90 % du gain assuré. Le 23 décembre 2021, il a précisé ses calculs et estimé qu'Y._____ devait encore lui verser la somme de 5'763 fr. 90. Le 9 janvier 2022, l'assuré a formé opposition contre la décision du 9 décembre 2021, reprochant à Y._____ d'ignorer le fait qu'il recevait une rente entière de l'OAI, ce qui signifiait qu'il ne pouvait pas travailler. c) Dans un arrêt du 17 janvier 2022 (AA 61/21 – 5/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 15 avril 2021, dans la mesure de sa recevabilité. La Cour des assurances sociales a délimité l'objet du litige en ce sens qu'il portait sur le droit de l'assuré à des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais médicaux) au-delà du 1^{er} octobre 2020, avec intérêts moratoires, ainsi qu'au remboursement des frais de transport en lien avec ses rendez-vous médicaux. La Cour a observé que le versement des prestations n'était pas interrompu mais en cours d'instruction, de sorte que son grief à ce propos était prématuré et ainsi irrecevable ; Y._____ avait en effet réclamé un rapport complémentaire à l'expert pour la période postérieure au 19 septembre 2020. Les intérêts moratoires avaient été versés. S'agissant des frais de transport, l'assuré n'avait pas établi ce à quoi correspondaient les montants réclamés. d) A la demande d'Y._____, le Prof. M._____ a indiqué dans un rapport du 3 février 2022 que l'évolution de l'arthroplastie prothétique du poignet gauche n'était pas favorable. Il restait quelques mobilités sous la forme d'une flexion extension de 10-0-30° mais une forte ténosynovite empêchait la mobilisation de la main. De manière définitive, l'assuré ne pourrait pas utiliser sa main gauche dans une activité professionnelle, quel que soit le résultat des futures investigations qui seraient faites. Aucune activité professionnelle n'était à envisager. Par décision sur opposition du 11 mars 2022, Y._____ a confirmé les décisions des 7 et 9 décembre 2021. Elle a relevé qu'elle avait déjà statué sur la question de la surindemnisation pour la période du « 1^{er} septembre 2016 au 30 septembre 2018 », dans la décision sur opposition du 15 avril 2021. En outre, pour la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2021, l'assuré avait obtenu des prestations pour un total de 232'129 fr. (24'637 fr. de prestations de l'assurance-invalidité et 207'492 fr. d'indemnités LAA) alors que son gain présumé perdu s'élevait 214'680 fr. 01, ce qui donnait une surindemnisation de 17'449 francs. S'agissant du droit aux prestations d'assurance-accidents, Y._____ a indiqué qu'elle s'était fondée sur les conclusions du Dr K._____ du 7 octobre 2021, aux termes desquelles l'état de santé était stabilisé et la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. Cela n'était pas contradictoire avec ce qu'avaient retenu les juges genevois dans leur arrêt du 1^{er} septembre 2021 en matière d'assurance-invalidité ; ceux-ci avaient relevé que l'état de santé n'était pas stabilisé en juin 2018 et que l'appréciation de la capacité de travail ne pouvait alors se faire qu'en fonction de l'activité habituelle. B. Le 30 mars 2022, P._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès d'Y._____, demandant à recevoir le 100 % de ses rentes dès lors qu'il était toujours totalement incapable de travailler. Il a transmis à cette occasion les rapports d'IRM du 22 mars 2022 et d'ultrason du 30 septembre 2021. Le 19 avril 2022, Y._____ a transmis ce recours et les pièces produites à la Cour de céans, comme objet de sa compétence. Le 5 mai 2022, le recourant a précisé qu'il contestait la demi-rente allouée par Y._____, se référant à la rente entière allouée par l'OAI. Il a

requis qu'un expert indépendant réexamine la situation, contestant l'appréciation retenue par Y. _____ concernant sa capacité de travail à 50 %. Il a requis l'octroi d'une rente, d'une rente pour ses enfants et d'une IPAI. Par réponse du 8 juin 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué s'être fondée sur les conclusions, probantes, du Dr K. _____ s'agissant de la stabilisation de l'état de santé et de la capacité de travail résiduelle. Concernant le calcul du degré d'invalidité, elle a rappelé que l'évaluation de l'invalidité par l'OAI n'avait pas de force contraignante pour l'assurance-accidents. Elle a ajouté que son calcul de surindemnisation était détaillé et pouvait être suivi. Elle a rappelé qu'elle avait déjà statué sur la période de surindemnisation du « 1^{er} septembre 2016 au 30 septembre 2018 » dans la décision sur opposition du 15 avril 2021, de sorte que ces éléments n'avaient plus à être abordés. L'intimée a encore indiqué qu'elle avait été appelée en cause dans le cadre d'une procédure pendante devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève dont l'objet était une décision de l'OAI du 16 décembre 2021 fixant le droit à la rente de l'assuré et notamment la rétrocession d'un solde de 17'449 fr. en faveur d'Y. _____ à titre de surindemnisation. Répliquant le 17 juin 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté le montant de surindemnisation calculé au motif que l'addition des rentes de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents ne dépassait pas son gain assuré. Il a reproché à Y. _____ de ne pas prendre en charge les frais de traitement psychiatrique. Le 28 juin 2022, le recourant a sollicité l'octroi de ses droits, se prévalant du jugement rendu par l'autorité genevoise lui reconnaissant une rente entière en matière d'assurance-invalidité, de son arrêt de travail total qui perdurait et du suivi psychiatrique débuté en 2017. Son médecin, le Prof. M. _____, avait également rédigé une demande de prise en charge psychiatrique. Dupliquant le 13 juillet 2022, l'intimée a réitéré sa conclusion en rejet du recours. Le 16 septembre 2022, le recourant a adressé à la Cour de céans une convocation pour une opération prévue le 5 octobre suivant aux Hôpitaux universitaires J. _____, dans le service de chirurgie de la main, et un certificat du Prof. M. _____ attestant d'une incapacité de travail totale, ce qui prouvait que son état était toujours critique. Le recourant a également envoyé une copie d'un électromyogramme réalisé le 27 juillet 2022. Se déterminant le 6 octobre 2022, l'intimée a exposé qu'elle prenait en charge l'intervention prévue le 5 octobre 2022, l'incapacité de travail pour une durée de trois mois et le traitement médical durant six mois, au titre de rechute ou de séquelle tardive. Elle a renvoyé à cet égard à deux nouvelles appréciations du Dr K. _____. Une nouvelle évaluation serait ensuite effectuée. Elle a ajouté que, pour la présente procédure, l'intervention du 5 octobre 2022 ne modifiait pas sa position. Le 25 octobre 2022, le recourant a relevé que le Dr K. _____, qui s'était à nouveau prononcé, ne l'avait plus revu depuis le 5 octobre 2021, jour de l'expertise complémentaire, où il avait constaté la présence d'un kyste. Or, depuis lors, il avait continué à souffrir de fourmillements et de décharges électriques dans la main et bénéficié d'un suivi par le Prof. M. _____ qui avait prescrit des arrêts de travail. Il a sollicité que les indemnités journalières lui soient versées depuis le 7 octobre 2021, pas seulement depuis le 5 octobre 2022. Le 31 octobre 2022, il a sollicité le versement de ses droits à 100 % dès le 1^{er} novembre 2021, dès lors qu'Y. _____ refusait de verser 50 % de ceux-ci. Il a adressé la lettre de sortie des soins aigus établie le 28 octobre 2022, à la suite de son opération qui avait eu lieu le 26 octobre 2022. Le 12 novembre 2022, le recourant a indiqué ne pas être d'accord avec l'appréciation du Dr K. _____ et la décision d'Y. _____ de verser 50 %, puis à nouveau 100 % des prestations pour trois mois seulement. Il a demandé qu'on lui reconnaisse « ses droits à 100 % dès le 1^{er} novembre 2021 ». Il a sollicité que le 80 % de

son gain assuré de 7'000 fr. lui soit alloué. Le 10 mai 2023, le recourant a adressé un certificat médical et une prescription pour une aide-ménagère du 27 avril 2023 ainsi qu'un rapport de consultation d'antalgie ambulatoire du 24 février 2023 du Dr [...], médecin chef du service d'anesthésiologie aux Hôpitaux universitaires J. _____ qui retenait le diagnostic de douleurs chroniques. Se déterminant le 6 juillet 2023, l'intimée a informé la Cour de céans s'être renseignée auprès des Hôpitaux universitaires J. _____ et avoir transmis les rapports reçus au Dr K. _____, dont elle attendait encore l'appréciation. Interpelée par la juge instructrice, l'intimée a informé la Cour de céans le 21 septembre 2023 que la procédure pendante auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice de la République et canton de Genève était suspendue jusqu'à droit connu sur la présente procédure et a produit l'arrêt incident du 11 novembre 2022. Elle a également adressé l'appréciation du Dr K. _____ du 25 juillet 2023 qui estimait que l'état de santé du recourant serait considéré comme stabilisé au plus tard un an après l'intervention du 26 octobre 2022, de sorte qu'elle avait mis fin à la prise en charge du traitement au 25 octobre 2023. Elle a rappelé que cela ne concernait toutefois pas l'objet du présent litige. Le 17 octobre 2023, le recourant a sollicité que ses rentes soient allouées en fonction d'un taux supérieur à 46 %, que ses frais de déplacement et traitements soient pris en charge, qu'une aide-ménagère soit accordée et qu'une expertise neutre soit mise en œuvre. Il a au surplus cité des extraits des appréciations du Dr K. _____, notamment le fait qu'un « traitement de fond serait nécessaire sur une longue durée », en soutenant que cela signifiait que son état n'était pas définitif. Il continuait d'ailleurs à consulter le Prof. M. _____ qui attestait une totale incapacité de travail. Le litige avec Y. _____ concernant le paiement des traitements l'avait en outre mené à une procédure de recouvrement auprès des autorités genevoises. Le 15 janvier 2024, le recourant a indiqué qu'il avait été condamné par les autorités genevoises au paiement de factures d'hôpital alors que celles-ci concernaient son opération du poignet. Il s'est prévalu de la situation critique dans laquelle il se trouvait. En réponse à une demande de la juge instructrice, l'intimée a adressé, le 5 mars 2023 (recte : 2024), le formulaire de demande de restitution relatif à la surindemnisation qu'elle avait adressé à l'OAI le 7 décembre 2021 ainsi qu'un détail des indemnités journalières effectivement versées au recourant accompagné des décomptes relatifs. S'agissant du gain présumé perdu, elle a rappelé que celui-ci s'élevait à 214'680 fr. 01, conformément à ce qui ressortait de la décision sur opposition litigieuse. Invité à se déterminer sur ce qui précède, le recourant a exposé, dans une écriture du 28 mars 2024, reçue le 3 avril 2024, qu'il avait droit au 90 % de son gain assuré lorsque les deux rentes étaient additionnées, soit un montant annuel de 75'600 fr. (84'000 x 90 %). Il a adressé un calcul détaillé du montant qu'il estimait lui être dû. Le 16 septembre 2024, le recourant a produit des certificats médicaux, des prescriptions de physiothérapie et une prescription pour une aide-ménagère. Il a exposé que sa situation devenait très difficile du point de vue financier. Le 29 septembre 2024, il a informé la Cour de céans que son contrat de bail à loyer avait été résilié. Le 21 octobre 2024, le recourant a transmis à la Cour céans un certificat médical du 3 octobre 2024 attestant d'une incapacité de travail à 100 % en raison d'un accident et une prescription établie à la même date pour un traitement de physiothérapie en raison d'un accident. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du

tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Le litige porte sur la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, et par conséquent son droit aux prestations au-delà du 31 octobre 2021, ainsi que le degré de son invalidité, la quotité de sa rente mensuelle et sur la question d'une éventuelle surindemnisation en lien avec les arrérages de rente qu'il a perçus au titre de l'assurance-invalidité. c) On précisera que la question de l'IPAI a été définitivement réglée dans la décision sur opposition du 15 avril 2021, confirmée par arrêt du 17 janvier 2022, et que son montant a déjà été versé à l'assuré. Cette question ne peut désormais plus être revue. Le lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiatriques développés par l'assuré a été nié par décision du 22 septembre 2021, laquelle est entrée en force sans avoir été contestée. La prise en charge des traitements psychiatriques ne fait en conséquence pas partie de l'objet de la présente procédure. La question de la rechute, soit celle de l'opération réalisée le 26 octobre 2022 et de ses suites, ne fait pas non plus partie de l'objet de la contestation, lequel est limité par la décision sur opposition du 11 mars 2022. Enfin, les conclusions en allocation d'un tort moral et la prise en charge d'une aide-ménagère sont irrecevables. d) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1 er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. L'assurance-accident ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 139 V 176 consid. 8.4). b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement

médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). 4. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). 5. a) Le recourant conteste tout d'abord que son état de santé soit stabilisé au 31 octobre 2021. Il estime au contraire que son état n'était alors « pas définitif » et se prévaut du fait que son poignet a continué à le faire souffrir. b) L'intimée s'est fondée sur le rapport complémentaire d'expertise du Dr K. _____ du 7 octobre 2021, dans lequel celui-ci a retenu que l'intervention du 10 mars 2021 n'avait pas permis de diminuer ou de faire disparaître les douleurs résiduelles, ce que l'assuré a d'ailleurs confirmé à l'expert. Selon le Dr K. _____, le traitement d'ergothérapie que l'assuré continuait à suivre n'apportait aucun bénéfice, ce que l'intéressé a aussi confirmé. Le Dr K. _____ a également constaté une épargne du membre supérieur gauche durant tout l'examen ainsi qu'une mobilité très limitée à gauche. Lors de certains mouvements, notamment lors du rhabillage, il n'y avait en revanche plus d'épargne du bras, poignet et main gauches. L'assuré avait en outre été capable de venir seul en voiture jusqu'au cabinet, ce qui représentait un trajet d'une heure, et pratiquait régulièrement la course à pied. L'expert a ainsi relevé une certaine incohérence avec les déclarations de l'assuré qui s'estimait incapable de se servir de sa main gauche. Une radiographie réalisée à cette occasion avait révélé un implant prothétique en place, sans signe de complication ou de descellement. Le Dr K. _____ a ainsi conclu que rien ne permettrait plus aucune amélioration significative de l'état de santé. À ce stade, plus de six mois après la révision de la prothèse du poignet réalisée en mars 2021, il y avait lieu de retenir que la situation médicale était stabilisée. L'avis du Dr K. _____ est convaincant et a été posé au terme d'une étude circonstanciée, établie en pleine connaissance de l'anamnèse, fondée sur un examen approfondi du dossier médical et un examen clinique et radiologique complet du recourant. L'évaluation de la situation est claire et les conclusions du Dr K. _____ sont motivées. Son rapport complémentaire répond ainsi aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Le recourant n'oppose aucun avis médical aux constatations du Dr K. _____. Le fait que les douleurs aient persisté au-delà du 31 octobre 2021 ne vient pas contredire les conclusions de l'expert.

En effet, rien n'a permis au recourant d'améliorer sensiblement sa situation depuis plusieurs années, que ce soit le traitement antalgique, le traitement d'ergothérapie ou l'opération de reprise de la prothèse réalisée en mars 2021. Dans ces circonstances, il n'est pas critiquable de considérer que l'état est stabilisé au 31 octobre 2021. La nouvelle intervention réalisée le 26 octobre 2022, postérieurement à la décision sur opposition litigieuse, ne remet pas en cause ce constat. Bien que cette question sorte de l'objet de la présente contestation, Y._____ a cependant précisé que l'intervention et ses suites avaient été prises en charge au titre d'une rechute. Cette nouvelle décision de prise en charge n'apparaît pas contradictoire avec la décision litigieuse retenant que l'état de santé était stabilisé au 31 octobre 2021. Il y a en effet rechute lorsqu'une affection considérée comme guérie se manifeste à nouveau et est due à l'accident initial. Cela ne signifie en revanche pas que l'assurance est tenue de verser ses prestations sans discontinuer. L'intimée était donc fondée à considérer que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 31 octobre 2021 et à mettre ainsi fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement à cette date. c) L'intimée a examiné le droit de l'assuré à une rente. Suivant l'avis du Dr K._____, elle a retenu que l'assuré était capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant oppose à cet avis la rente entière d'invalidité allouée par l'OAI compte tenu d'une incapacité totale de travail. L'intimée s'est à nouveau fondée sur l'avis de l'expert K._____. On observera que, dans son rapport du 30 novembre 2020, l'expert avait admis l'existence de limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travaux nécessitant une grosse force de préhension avec la main gauche, pas de dextérité fine de la main gauche, pas de mobilisation répétée du poignet gauche. Il avait alors retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée un an après la pose de la prothèse totale survenue en septembre 2019. En mars 2021, l'assuré a subi une nouvelle intervention sous forme d'une reprise de l'arthroplastie totale du poignet effectuée en 2019. Interpelé à nouveau, le Dr K._____ a admis, dans un rapport complémentaire du 20 mai 2021, que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail au vu du descellement d'un composant de la prothèse. Les limitations fonctionnelles demeuraient inchangées par la nouvelle intervention chirurgicale. En octobre 2021, le Dr K._____ a examiné l'assuré une nouvelle fois et effectué de nouvelles radiographies du poignet gauche. Il a conclu, dans son rapport complémentaire du 7 octobre 2021, à une capacité de travail de 50 % dans une activité mono-manuelle. Comme développé ci-dessus, le rapport d'expertise complémentaire du Dr K._____ est pleinement probant. Les autres pièces au dossier ne permettent par ailleurs pas de remettre en question cette appréciation. Les rapports du Prof. M._____ produits par l'assuré sont postérieurs à la décision sur opposition dont il est fait recours et ne sauraient être pris en considération dans la présente décision (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Le Prof. M._____ ne se prononce quoi qu'il en soit pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, de sorte que son appréciation ne contredit pas celle du Dr K._____. Les certificats médicaux attestant d'une totale incapacité de travail ne sont en outre pas étayés médicalement. Le recourant oppose à l'appréciation du Dr K._____ le fait qu'il a été pleinement reconnu incapable de travailler par l'OAI. On rappellera à ce stade que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents (ATF 133 V 549, confirmant l'ATF 126 V 288) et que les organes de ces deux assurances sont tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans

avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4 et les références citées). Cela étant, on observera que la chambre des assurances sociales genevoise ne s'est pas fondée sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, mais sur la capacité de travail – nulle – dans l'activité habituelle, dès lors que l'état de santé n'était alors pas stabilisé. Or, il n'est pas contesté que l'assuré ne peut plus travailler dans son activité habituelle. Il n'en demeure pas moins que, de l'avis probant de l'expert K._____, l'intéressé dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. Les experts du X._____, mandatés par l'OAI, avaient même considéré dans leur rapport du 18 mars 2019 que l'assuré était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. Le Dr K._____ avait formulé la même conclusion, avant que l'assuré ne soit réopéré en mars 2021. Aussi, il apparaît que les appréciations des médecins se rejoignent. Les griefs du recourant doivent ainsi être rejetés et celui-ci doit être considéré comme capable de travailler à 50 % dès le 1^{er} novembre 2021 dans une activité adaptée, mono-manuelle ou respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travaux nécessitant une grosse force de préhension avec la main gauche, pas de dextérité fine de la main gauche, pas de mobilisation répétée du poignet gauche. d) Le recourant ne conteste en soit ni le calcul du degré d'invalidité, ni le montant des revenus avec et sans invalidité. Contrôlés d'office, le revenu de valide de 61'950 fr. et d'invalidité de 33'833 fr. 35 peuvent être confirmés. Le degré d'invalidité de l'assuré s'élève donc à 46 %.

6. Il conteste en revanche le montant de la rente qui lui a été alloué. a) Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul de la rente le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2, deuxième phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 4, première phrase, OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (art. 22 al. 4, deuxième phrase, OLAA). En l'absence de revenus déterminants durant l'année qui a précédé l'accident, le gain assuré est calculé selon l'art. 138 OLAA qui précisait dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 que, pour les personnes exerçant une activité lucrative indépendante, le montant du gain ne pouvait être inférieur à la moitié du montant maximum du gain assuré au moment de l'accident. En 2015, ce montant était de 126'000 francs. Aux termes de l'art. 20 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), la rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. L'alinéa 2 de cette disposition dispose que si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. b) Le recourant soutient que le montant de la rente d'invalidité versée par Y._____ devrait s'élever au 90 % de son gain assuré après déduction de la rente d'invalidité versée par l'OAI. L'assuré perd toutefois de vue que lorsqu'une rente est déjà versée par l'assurance-invalidité, le montant d'une rente d'invalidité versée par l'assurance-accidents se détermine en deux temps. Il y a d'abord lieu de calculer le montant de la rente ordinaire, conformément à l'art. 20 al. 1 LAA, comme l'a

à juste titre expliqué Y. _____ dans la décision du 9 décembre 2021. Pour ce faire, il faut se fonder sur un gain assuré de 63'000 fr. (cf. art. 138 OLAA et consid. 6a ci-dessus). Une rente complète s'élève au maximum au 80 % du gain assuré ainsi calculé, soit 50'400 francs. Dans le cas d'une invalidité partielle, comme pour l'assuré dont le degré d'invalidité est de 46 %, la rente est diminuée en conséquence, soit 23'184 fr. (46 % de 50'400 fr.). La rente mensuelle ordinaire s'élèverait donc à 1'932 fr. (23'184 / 12). Lorsque l'assuré perçoit une rente de l'assurance-invalidité, il a droit à une rente complémentaire de l'assurance-accidents. Cette rente complémentaire correspond à la différence entre le 90 % du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité. Tout au plus, la rente complémentaire s'élève au montant prévu en cas de rente ordinaire pour une invalidité totale ou partielle, telle que calculée ci-avant. La rente mensuelle de 1'932 fr. représente donc un plafond qui ne peut être dépassé. Il y a donc lieu de procéder au calcul de la rente complémentaire et de la comparer à la rente ordinaire partielle. Aussi, il faut prendre en considération le 90 % du gain assuré, soit 56'700 fr. (90% de 63'000 fr.), et y déduire les rentes de l'assurance-invalidité pour un total de 8'040 fr. (670 fr. x 12). La rente complémentaire obtenue s'élève à 48'660 fr. annuel, soit 4'055 fr. mensuel. Dès lors que le montant de la rente complémentaire est supérieur au montant de la rente ordinaire partielle, cette dernière est déterminante. Le montant de la rente allouée à l'assuré s'élève ainsi à 1'932 fr., dès le 1^{er} novembre 2021. La décision d'Y. _____ doit être confirmée sur ce point.

7. a) L'art. 68 LPGA prévoit que, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. b) Aux termes de l'art. 69 LPGA, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (al. 2). Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte (al. 3). c) A teneur de l'art. 51 al. 3 OLAA, le gain dont on peut présumer que l'assuré se trouve privé correspond à celui qu'il pourrait réaliser s'il n'avait pas subi de dommage. Le revenu effectivement réalisé est pris en compte. Celui-ci ne correspond pas forcément au gain effectivement obtenu avant la survenance de l'éventualité assurée, surtout si une longue période s'est écoulée entre l'événement assuré et le calcul de surindemnisation (ATF 125 V 163 consid. 3b). Il se distingue également du gain assuré dans l'assurance-accidents qui correspond en règle générale, pour les rentes, au revenu réalisé dans l'année qui précède l'événement dommageable conformément à l'art. 15 al. 2 LAA (sur le tout : Ghislaine Frésard-Fellay/Jean-Maurice Frésard, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 37 ad art. 69 LPGA et les références citées). Il existe en revanche une étroite relation entre le gain annuel dont on peut présumer que l'intéressé est privé et le revenu sans invalidité, déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA). En effet, dans les deux cas, il s'agit du revenu hypothétique que la personne concernée aurait vraisemblablement obtenu sans l'atteinte à la santé (TF 9C_91/2013 du 17 juin 2013 consid. 5.3.1). Les circonstances concrètes et les chances réelles de l'assuré

sur le marché du travail sont déterminantes. Toutes les modifications ayant une incidence sur le revenu (renchérissement, augmentations du salaire réel, évolution de la carrière, etc.) qui seraient survenues, au degré de la vraisemblance prépondérante, en l'absence d'invalidité doivent être prises en compte (ATF 137 V 20 consid. 5.2.3.1 ; sur le tout, Frésard-Fellay/Frésard, op. cit., n° 38 ad art. 69 LPGA). Le calcul est basé sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Le moment déterminant pour fixer le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé est celui auquel le calcul de surindemnisation est opéré (ATF 123 V 193 consid. 5a). d) Seules les prestations sociales correspondant au même événement assuré sont prises en considération dans le calcul de surindemnisation. Lorsque des indemnités journalières LAA sont versées en même temps que des rentes AI, on doit prendre en considération l'ensemble de la période à partir de la naissance du droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents (ATF 139 V 519 consid. 5 ; 132 V 27 consid. 3.1 ; 126 V 193 consid. 3). Le calcul de surindemnisation couvre toute la période de l'incapacité de travail jusqu'au moment du passage à la rente de l'assurance-accidents ; il ne s'opère pas pour la seule période à partir de laquelle l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 132 V 27 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3 e éd., Bâle 2016, n° 519 p. 1044). e) La LPGA ne fixe pas d'ordre de priorité en ce qui concerne le concours d'indemnités journalières et de rentes. Dans cette hypothèse, il y a lieu de se fonder sur les principes consacrés aux art. 63 ss LPGA pour déterminer l'assurance sociale appelée à réduire sa prestation. En particulier, dans le cas d'un concours entre une indemnité journalière de l'assurance-accidents et une rente de l'assurance-invalidité, il incombe à l'assureur-accidents de réduire sa prestation (Ghislaine Frésard-Fellay/Jean-Maurice Frésard, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 55 ad art. 69 LPGA et les références citées). f) La Commission ad hoc Sinistres LAA (dans laquelle plusieurs assureurs LAA privés ainsi que la CNA sont représentés) a été créée afin que les divers organismes appliquent la LAA de façon uniforme. Elle émet dans ce but des recommandations (consultables sur le site www.svv.ch > Secteur > Règles sectorielles). C'est ainsi qu'elle a établi à l'intention des assureurs-accidents une recommandation pour l'application de l'art. 69 LPGA (Recommandation n° 3/92 intitulée « Concours des prestations en espèces LAA avec les prestations d'autres assurances sociales – surindemnisation », du 25 juin 1992). Les recommandations de la Commission ad hoc Sinistres LAA ne sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 147 V 35 consid. 5.1.3 et les références). g) L'art. 69 LPGA n'indique pas à quel moment le calcul de surindemnisation doit être opéré. On peut en déduire qu'un calcul de surindemnisation peut avoir lieu en tout temps, en particulier en cas de changement des éléments à prendre en compte pour le calcul (modification des prestations durables ou du gain présumé perdu, par exemple). En cas concours entre une indemnité journalière de l'assurance-accidents et une rente de l'assurance-invalidité, la jurisprudence a également admis qu'un calcul (provisoire) ait lieu avant la fin de la période d'octroi des indemnités journalières. A la fin de la période d'indemnisation, il faut procéder à un calcul global (définitif) de surindemnisation (ATF

132 V 27 consid. 3.1 ; TF 8C_361/2013 du 6 mars 2014 consid. 4). Si le calcul de surindemnisation conduit à une demande de restitution de prestations indûment touchées, les délais de l'art. 25 al. 2 LPGA s'appliquent (TF 8C_138/2013 du 22 octobre 2013 consid. 4.4, non publié aux ATF 139 V 519). 8. Le recourant conteste le montant de 17'449 fr. arrêté par l'intimée au titre de la surindemnisation et réclame au contraire le versement d'une somme qu'il estime qu'Y._____ lui doit. a) Dans la décision du 7 décembre 2021, annulant une précédente décision du 25 novembre 2021, Y._____ a informé l'assuré qu'il existait une surindemnisation de 17'449 fr. qui serait compensée sur les arriérages de rentes versés par l'OAI. Ce montant résultait d'une comparaison entre le gain présumé perdu du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2021 calculé sur la base des indemnités journalières LAA, d'un montant total de 214'680 fr., et les prestations d'assurances sociales perçues pour un montant total de 232'129 fr. (207'492 fr. d'indemnités journalières LAA et 24'637 fr. de rente AI). Elle a confirmé son calcul dans la décision sur opposition litigieuse. Comme relevé par Y._____ dans sa réponse, un calcul de surindemnisation avait déjà été effectué dans la décision sur opposition du 15 avril 2021. Ce calcul portait cependant sur la période du 20 septembre 2015 au 19 septembre 2020, et non du « 1^{er} septembre 2016 au 30 septembre 2018 » comme elle le prétend dans ses écritures. Après comparaison du gain présumé perdu pour la période du 20 septembre 2015 au 19 septembre 2020, d'un montant total de 341'905 fr. 21, et les prestations d'assurances sociales versées pour la même période pour un montant total de 361'536 fr. 31, il existait une surindemnisation de 19'631 fr. 10. b) Si un calcul provisoire peut être effectué avant la fin de la période d'octroi des indemnités journalières LAA, l'assurance doit ensuite réaliser un calcul global définitif de surindemnisation à la fin de la période d'indemnisation (cf. consid. 7g ci-dessus). Y._____ a réalisé un premier calcul (provisoire) de surindemnisation pour la période du 20 septembre 2015 au 19 septembre 2020. Dans l'arrêt du 17 janvier 2022, la Cour de céans a constaté que le versement des indemnités journalières n'était alors pas interrompu mais en cours d'instruction. Elle a jugé que le grief du recourant sur ce point était prématuré et l'a déclaré irrecevable. Dès lors, dans la mesure où le calcul de surindemnisation ne couvrait pas toute la période de versement des indemnités journalières, la contestation du montant calculé au titre de la surindemnisation et ainsi la nécessité de statuer à cet égard dans l'arrêt du 17 janvier 2022 étaient également prématurés. Le calcul nécessairement provisoire pouvait faire l'objet d'une contestation globale contre une deuxième décision à intervenir. Y._____, dans sa décision sur opposition litigieuse du 11 mars 2022, a réalisé un calcul de surindemnisation à la fin du versement des indemnités journalières. Ce calcul comprenait la période du 1^{er} octobre 2018 au 31 octobre 2021, couvrant une période d'environ deux ans qui avait déjà été prise en compte lors du premier calcul. Or, il incombait alors à l'intimée de réaliser un calcul global définitif de surindemnisation de la naissance du droit aux indemnités journalières LAA (le 20 septembre 2015) jusqu'à la fin du versement desdites indemnités (le 31 octobre 2021). Il se justifie en conséquence de statuer, dans la présente cause, sur l'entier de la période pertinente. Du 20 septembre 2015 au 31 octobre 2021, Y._____ a versé des indemnités journalières pour un montant total de 411'301 fr. 74 (2'234 jours x 184 fr. 11). Selon le décompte produit par Y._____ le 5 mars 2024, l'assuré a perçu, durant la même période, la somme de 41'112 fr. de rente de l'OAI (soit 10'544 fr. du 1^{er} septembre 2016 au 31 décembre 2017, 7'908 fr. en 2018, 7'980 fr. en 2019 et en 2020, et 6'700 fr. du 1^{er} janvier au 31 octobre 2021). Il découle de ce qui précède que l'assuré a perçu des prestations de même nature en raison du même événement dommageable d'un montant total de 452'413 fr. 74. S'agissant du gain présumé perdu,

Y. _____ a pris en compte le montant de l'indemnité journalière LAA, soit 184 fr. 11, et l'a indexé chaque année (0,6 % en 2016, 0,4 % en 2017, 0,6 % en 2018, 0,9 % en 2019, 1,3 % en 2020 et 0,8 % en 2021). Or, le gain présumé perdu ne correspond pas aux indemnités journalières LAA, lesquelles s'élèvent au 80 % de ce que l'assuré aurait gagné. On ne peut pas davantage prendre les revenus retenus par l'OAI dans sa décision à titre de gain présumé perdu, dès lors que l'appréciation de l'invalidité faite par les organes de l'assurances-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents. Aussi, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le gain assuré qui a servi au calcul des indemnités journalières LAA, représentant ce que l'assuré aurait gagné sans son accident, se rapproche le plus du gain présumé perdu. Même si ce montant peut paraître élevé, l'intimée a toutefois versé durant plus de six ans des indemnités journalières calculées sur cette base, de sorte que l'on ne voit pas aujourd'hui de raison de s'en éloigner. Il y a donc lieu de se référer au gain assuré pris en compte pour les indemnités journalières, à savoir 84'000 fr., représentant un montant journalier de 230 fr. 14 en 2015 (84'000 / 365). Compte tenu des taux d'indexation appliqués par Y. _____, ce montant s'élève à 231 fr. 52 en 2016, 232 fr. 44 en 2017, 233 fr. 83 en 2018, 235 fr. 93 en 2019, 238 fr. 99 en 2020 et 240 fr. 90 en 2021. Aussi, le gain présumé perdu du 20 septembre 2015 au 31 octobre 2021 s'élève à 525'447 fr. 68 ([230,14 x 103 j] + [231,52 x 366 j] + [232,44 x 365 j] + [233,83 x 365 j] + [235,93 x 365 j] + [238,99 x 366 j] + [249,90 x 304 j]). c) Il y a lieu de constater qu'il n'y a pas de surindemnisation, dès lors que le gain présumé perdu est plus élevé que les prestations perçues (525'447 fr. 68 – 452'413 fr. 74 = 73'033 fr. 94). Dans ces circonstances, Y. _____ n'aurait pas dû porter en déduction le montant de surindemnisation de 19'631 fr. 10 sur les indemnités journalières à verser à l'assuré, en 2021. Ce montant devra ainsi lui être remboursé. 9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 10. a) Vu ce qui précède, le recours de l'assuré doit être partiellement admis et la décision sur opposition rendue le 11 mars 2022 réformée en ce sens qu'aucun montant n'est dû au titre de surindemnisation et que la somme de 19'631 fr. 10 déjà compensée à ce titre doit être restituée à l'assuré ; elle est confirmée pour le surplus. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGa), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 11 mars 2022 par Y. _____ est réformée en ce sens qu'aucun montant n'est dû au titre de surindemnisation et que la somme de 19'631 fr. 10 (dix-neuf mille six cent trente et un francs et dix centimes) déjà compensée à ce titre doit être restituée à P. _____ ; elle est confirmée pour le surplus. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ P. _____, ■ Y. _____, - Office fédéral de la santé publique. par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans

les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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