RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2808/2022 **ATAS/154/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mars 2023

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié p.a. B_____, à GENÈVE recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1971, ressortissant marocain, a été employé en qualité d'auxiliaire agricole par Monsieur C_____, à Meyrin ; il était assuré auprès d'Helsana accidents SA (ci-après : Helsana ou l'intimée) pour les suites d'accidents professionnels et non-professionnels.

b. En date du 7 octobre 1993, l'assuré a perdu le 3ème doigt et a subi une diminution de la mobilité des 4 et 5ème doigts de la main gauche, suite à un accident professionnel causé par une scie circulaire.

c. Par décision du 18 avril 1996, Helsana a mis un terme à ses prestations au 30 avril 1996, au motif que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Sur recours de l'assuré, le Tribunal fédéral a confirmé la décision d'Helsana par arrêt du 8 octobre 1999.

d. Par décision du 12 novembre 1999, Solida, assureur pour les prestations à long terme, a accordé une rente d'invalidité de 35%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% à l'assuré.

e. L'assuré a invoqué une rechute de l'accident du 7 octobre 1993, en communiquant un rapport médical du 18 juillet 2019, rédigé en espagnol par un médecin espagnol, qui a été adressé à Solida en vue de la prise en charge d'une intervention chirurgicale.

f. Solida a transmis le rapport médical à Helsana, dont le médecin-conseil a considéré qu'il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé actuel et l'événement du 7 octobre 1993, car il s'agissait d'une maladie concomitante surajoutée. L'opération envisagée par le médecin pouvait être justifiée, mais n'était pas du ressort de l'assurance-accidents.

g. Par décision du 26 novembre 2019, Helsana a refusé tout droit aux prestations quant à la rechute annoncée par l'assuré.

h. Suite à l'opposition de l'assuré, le médecin-conseil d'Helsana a confirmé sa précédente appréciation médicale, après quoi HELSANA a refusé à l'assuré tout droit aux prestations, par décision sur opposition du 30 avril 2020 envoyée à l'assuré, à l'adresse qu'il avait donnée au Maroc, soit dans la ville de Meknès (Maroc). La décision d'Helsana a été retournée par les autorités marocaines, au motif que le pli n'avait pas été réclamé.

i. Par courrier du 21 septembre 2020, posté le 25 septembre 2020 et reçu le 7 octobre 2020 au Tribunal arbitral, puis transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), l'assuré a déposé un recours rédigé en espagnol, contre la décision d'Helsana du 30 avril 2020, au motif qu'il avait développé une importante fibrose palmaire, d'évolution progressive, qu'il considérait comme une rechute de l'accident subi le 7 octobre

1993. Il concluait à ce que son recours soit admis et que la décision soit annulée. Il donnait une adresse située à Melilla en Espagne à l'effet des notifications.

j. Par arrêt du 17 décembre 2020, la chambre de céans a déclaré le recours irrecevable pour cause de tardiveté. Le recours de l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été jugé irrecevable par ce dernier, par arrêt du 23 avril 2021.

B. **a.** Au mois de mai 2022, l'assuré s'est à nouveau adressé à Helsana, en évoquant une éventuelle opération chirurgicale, toujours dans le contexte des suites de l'accident de 1993 et en citant le nom de la doctoresse D_____, du service de chirurgie de la main au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

b. Par décision du 9 juin 2022, Helsana a informé l'assuré que le traitement qu'il poursuivait actuellement n'était plus pris en charge et lui a conseillé de s'annoncer auprès de l'assurance-maladie compétente pour la prise en charge des traitements ultérieurs. La décision était motivée par le fait que, selon les rapports de la Dresse D_____, l'opération envisagée était une arthrodèse de la métacarpo-phalangienne du quatrième rayon en légère flexion. Selon le rapport du médecin-conseil d'Helsana, à qui le dossier médical avait été soumis, l'assuré souffrait d'une arthrose secondaire métacarpo-phalangienne du quatrième rayon, post plaie avec scie circulaire et d'un mauvais enroulement du doigt en raison d'une déviation cubitale. L'intervention chirurgicale prévue ne permettait pas d'obtenir une amélioration notable sur le plan fonctionnel qui pourrait entraîner une augmentation de la capacité de gain. L'analyse du médecin-conseil rejoignait celle du docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à Meknès, qui estimait également, par appréciation du 27 mai 2009, qu'il ne serait pas obtenu d'amélioration sur le plan fonctionnel malgré une intervention chirurgicale.

c. Par courrier du 13 juin 2022, l'assuré s'est opposé à la décision du 9 juin 2022, faisant valoir que l'opération envisagée était de nature à augmenter sa capacité de gain car sa main était très douloureuse et ses tendons étaient atrophiés, ce qui lui enlevait toute capacité résiduelle de travail ; la seule façon qu'il avait de récupérer une telle capacité était de se faire opérer. De son point de vue, ce trouble était directement lié à l'accident de 1993. Il concluait à l'annulation de la décision et à la prise en charge des frais de son opération.

d. Par décision sur opposition du 25 août 2022, Helsana a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 9 juin 2022, en reprenant les motivations déjà exposées dans cette dernière.

C. **a.** Par courrier posté le 5 septembre 2022, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre la décision sur opposition du 25 août 2022. Il a exposé les arguments déjà présentés au niveau de l'opposition, soit que l'intervention chirurgicale envisagée était dans la continuité et donc en lien de causalité incontestable avec les suites de son accident de 1993. Il reconnaissait que son

médecin traitant, la Dresse D_____, ne retenait qu'une perspective d'amélioration modérée qui ne permettait pas de retrouver son ancienne activité professionnelle, mais soulignait que cette dernière ne se prononçait toutefois pas sur les perspectives d'amélioration en vue de la reprise d'une activité adaptée. Il concluait à l'annulation de la décision querellée et à la prise en charge par l'intimée du traitement médical envisagé.

b. Dans sa réponse du 29 septembre 2022, Helsana a conclu au rejet du recours et a rappelé les différents rapports médicaux sur lesquels elle s'était fondée pour rendre la décision contestée. Il ressortait notamment du rapport médical du docteur F_____, spécialiste en chirurgie générale, traumatologie et orthopédie à Melilla (Espagne) daté du 18 juillet 2019 que l'assuré avait développé une importante fibrose palmaire sur le 4ème doigt de Dupuytren, à évolution progressive. Une intervention d'aponévrotomie sélective était proposée. Selon le rapport du médecin-conseil de l'intimée, daté du 25 novembre 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expert certifié SIM, il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé actuelle et l'événement du 7 octobre 1993 car il s'agissait d'une maladie concomitante surajoutée, soit la maladie de Dupuytren. L'opération envisagée pouvait être justifiée, mais elle n'était pas du ressort de l'assurance-accidents. Dans un rapport ultérieur du 26 mars 2021, le Dr G_____ avait encore précisé que la maladie de Dupuytren était purement génétique et donc exclusivement d'origine dégénérative, laquelle s'était aggravée avec le temps dans le cas de l'assuré. L'événement de 1993 n'avait ni influencé, ni provoqué le développement de cette maladie, qui serait très probablement survenue même sans l'accident. La motivation mentionnait, notamment, que selon le courrier du 3 août 2022 de la Dresse D_____, cette dernière considérait que l'opération ne permettait pas à l'assuré de « récupérer une main complètement fonctionnelle et je ne pense pas qu'un travail manuel puisse être envisageable avec cette main gauche même après cette intervention qui lui permettrait une meilleure préhension des gros objets uniquement, avec possiblement un peu de récupération de la force ». Elle ajoutait que sur « le plan professionnel, cette amélioration fonctionnelle sera relativement modérée et je ne pense pas effectivement qu'il y ait une amélioration suffisante lui permettant de retrouver son ancienne activité professionnelle ».

c. Par réplique du 17 octobre 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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), 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA applicable au cas d'espèce.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de refuser la prise en charge d'une opération chirurgicale de la main gauche du recourant.

6.

6.1 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.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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 (al. 2).

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1 LAA précise que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

6.2 La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de

l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). Cette application en assurance-accidents des délais aménagés à l'assuré en matière d'indemnités journalières pour maladie s'est heurtée à des critiques doctrinales, qui soutiennent qu'un changement de profession ne saurait être exigé avant la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (Kaspar GEHRING in KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 3 ad art. 16 LAA ; Markus SCHMID in HÜRZELER / KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozial-versicherungsrecht, UVG, 2018, n. 11 ad art. 16 LAA). Le droit aux indemnités journalières cesse toutefois au plus tard lors de la stabilisation de l'état médical (Philipp GEERTSEN in HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 18 ad art. 19 UVG).

6.3 L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et les références).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une

amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine ainsi en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

6.4 Aux termes de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), lequel prévoit que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité, ou avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle ou encore avec la fixation de la

rente définitive (al. 1). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 246 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (ATF 129 V 283). La décision portant sur l'allocation d'une rente transitoire doit mentionner qu'elle sera remplacée dès l'achèvement de la réadaptation ou s'il est renoncé à sa mise en œuvre. Il s'agit, en effet, d'éviter de faire naître de faux espoirs quant au montant de la rente ordinaire ou « définitive », pour reprendre la terminologie de l'art. 30 OLAA (ATF 139 V 514 consid. 2.3 et les références).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c).

Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, le recourant soutient que les troubles de sa main gauche sont toujours en relation de causalité avec l'accident professionnel de 1993 et que l'intervention chirurgicale dont il demande la prise en charge par l'intimée est de nature à améliorer sa capacité résiduelle de travail.

De son côté, l'intimée considère que les troubles de la santé concernant la main gauche du recourant sont dus à une maladie génétique dont souffre le recourant et qui aurait, même en l'absence d'accident, eu les mêmes effets sur sa main gauche. De surcroît, l'intimée soutient qu'il n'est pas établi que l'intervention chirurgicale dont le recourant demande la prise en charge soit de nature à améliorer sa capacité de travail.

9.1 Il convient de rappeler que par décision du 18 avril 1996, Helsana a mis un terme à ses prestations, au 30 avril 1996, au motif que l'état de santé était stabilisé.

9.2 Dans sa demande du 26 mars 2020, Helsana a requis de son médecin-conseil qu'il examine si la maladie de Dupruytren, diagnostiquée par le médecin traitant de l'assuré, le Dr F_____, selon son rapport médical du 18 juillet 2019, était d'origine purement génétique, soit dégénérative, et s'il était exact que l'accident de 1993 n'avait pas influencé, ni provoqué le développement de cette maladie et que cette dernière se serait très probablement développée même sans l'accident en question.

Le médecin-conseil de l'intimée a répondu, par rapport médical du 26 mars 2020, en confirmant que la maladie de Dupuytren était exclusivement d'origine génétique et donc purement dégénérative, et s'était aggravée avec le temps, dans le cas du recourant.

Il a précisé qu'un traumatisme comme celui découlant de l'accident de 1993 n'était pas connu pour provoquer cette maladie ; c'était la répétition de microtraumatismes, soit les travaux à main fermée, qui avait provoqué des micros-lésions susceptibles d'aggraver une maladie génétique déjà présente. Selon le Dr G_____, la preuve que l'accident n'avait pas aggravé de manière déterminante cette pathologie résidait dans le fait qu'elle n'était mentionnée pour la première fois que dans un rapport médical datant de 2019, soit 26 ans après l'accident.

9.3 S'agissant de l'avis des médecins traitants de l'assuré, il s'est exprimé comme suit :

Le docteur H_____, spécialiste en chirurgie traumato-orthopédique et en chirurgie réparatrice de l'hôpital de La Tour Hassan à Rabat (Maroc), a certifié dans une appréciation du 19 novembre 2015 qu'il avait vu l'assuré le même jour et qu'il avait constaté que ce dernier présentait les mêmes séquelles et la même gêne fonctionnelle de la main gauche, que celles qu'il avait décrites dans son rapport du 29 juillet 1997.

Le Dr E_____ a déclaré, dans son appréciation médicale du 18 mars 2009, que l'assuré présentait une raideur importante du quatrième et cinquième rayon gauche, avec des douleurs météorologiques de l'ensemble de la main gauche ; il indiquait qu'une éventuelle greffe tendineuse du fléchisseur pouvait être réalisée à l'étranger. Dans un deuxième rapport médical, daté du 27 mai 2009, le même médecin indiquait qu'une intervention pouvait être nécessaire sous la forme d'une arthrodèse de la quatrième métacarpophalangienne mais qu'en considérant le secteur de mobilité active du 4ème doigt, « il est évident que nous n'obtiendrons pas d'amélioration sur le plan fonctionnel malgré cette intervention ». Il était encore ajouté « quoi qu'il en soit, avec ou sans intervention, ce patient ne pourra en aucun cas effectuer un travail manuel ».

Dans son rapport médical du 18 juillet 2019, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré avait développé une importante fibrose palmaire sur le 4ème doigt, due à la maladie de Dupruyten avec une évolution progressive.

Enfin, la Dresse D_____ des HUG a confirmé, dans son rapport médical du 25 juillet 2022, qu'elle pensait qu'un travail manuel n'était pas envisageable avec cette main gauche, même après l'intervention envisagée, qui lui permettrait une meilleure préhension des gros objets uniquement, avec possiblement un peu de récupération de la force ; elle considérait que l'intervention chirurgicale envisagée aurait pour but principal, surtout de soulager les douleurs de l'assuré en rapport avec l'arthrose du quatrième rayon et permettrait la prise d'objets de taille modérée, grâce à la récupération d'un enroulement de ce même rayon. Toutefois, en ce qui concernait le plan professionnel, cette amélioration fonctionnelle était relativement modérée et le médecin ne pensait pas qu'il y ait effectivement une amélioration suffisante permettant à l'assuré de retrouver son ancienne activité professionnelle.

9.4 Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère, au vu de la valeur probante de l'appréciation médicale rendue par le médecin-conseil de l'intimée, qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existait un lien de causalité naturelle et adéquat entre les troubles de sa main gauche et l'accident de 1993, ce d'autant moins que la découverte de la présence d'une maladie génétique dégénérative est de nature, comme l'ont souligné le médecin-conseil de l'intimée et le médecin espagnol, à expliquer les troubles actuels de la main gauche.

De surcroît, et cet avis est partagé aussi bien par le médecin-conseil de l'intimée que par la Dresse D_____ et le Dr E_____, l'intervention chirurgicale dont le recourant demande la prise en charge par l'intimée n'est pas de nature à améliorer sa capacité de travail.

Certes, le recourant mentionne que la Dresse D_____ ne s'est prononcée que sur l'activité habituelle du recourant et non pas sur une activité adaptée, il n'est néanmoins pas nécessaire d'instruire davantage cette question dès lors que le lien de causalité entre les troubles de la santé et l'accident de 1993 n'est, de toute façon, pas établi.

10. Il résulte de ce qui précède que la décision de l'intimée est bien fondée et que la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le