RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4019/2005 **ATAS/580/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 juin 2006

En la cause

Monsieur L_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en 1967, employé de commerce de formation, était au chômage depuis juillet 2002 lorsqu'il a été victime d'un accident de ski en date du 7 décembre 2003. Son cas a été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA (ci-après la caisse).

2. Par décision du 13 avril 2005, la caisse a informé l'assuré qu'elle cesserait de lui verser des indemnités journalières dès le 25 avril 2005, date à laquelle il avait recouvré une pleine capacité de travail. Elle s'est fondée sur le rapport du 12 avril 2005 établi par le Dr A_____, médecin-conseil de la SUVA. Celui-ci a rappelé que l'assuré avait subi une fracture de la base du 1er métacarpien droit (fracture de Bennett) méconnue de prime abord, que le cal vicieux avait justifié l'intervention du Dr B_____, qui avait pratiqué le 2 septembre 2004 une ostéotomie, exostosectomie du cal vicieux, réduction et arthrodèse trapézo-métacarpienne avec greffe spongieuse. Le Dr A_____ a relevé que l'évolution ultérieure avait été lente mais favorable et que le patient était actuellement satisfait du résultat bien que présentant des douleurs résiduelles au niveau périarticulaire et un déficit fonctionnel essentiellement au niveau de l'opposition du pouce qui est limitée. Il en a dès lors conclu que dans une activité commerciale ne nécessitant pas le port de charges ni des travaux avec outils nécessitant de la force, l'assuré pouvait travailler à plein temps.

3. Par décision du 13 juillet 2005, la caisse a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

4. Celui-ci, représenté par Maître Pierre-Bernard PETITAT, a interjeté recours le 14 novembre 2005 contre ladite décision. Il rappelle que les médecins de la Permanence de Cornavin où il s'était rendu au moment de son accident n'avaient pas décelé la fracture du pouce droit, mais une simple distorsion. Il avait consulté le Dr B_____, médecin spécialisé dans la chirurgie de la main, avait été consulté par l'assuré début février 2004 en raison de la persistance de douleurs importantes. C'est ainsi que le Dr B_____ avait pu constater que

   "le traitement habituel de ces lésions fraîches, pour éviter précisément l'évolution défavorable, consiste en une réduction chirurgicale avec fixation osseuse par divers procédés selon la situation. En raison du défaut de diagnostic, ce traitement n'a pas été instauré et l'évolution s'est faite vers l'enraidissement et la non consolidation. Malheureusement à l'heure actuelle, le fragment arraché, d'une taille conséquente, a dégénéré et sa surface cartilagineuse ayant disparu, il n'est plus possible de procéder à une restitution ad integrum, ce que l'imagerie par scanner a confirmé. Dès lors une autre intervention devrait être effectuée. Vu le jeune âge du patient, il faudra à mon avis lui proposer un blocage de l'articulation de la base du pouce (trapézo-métacarpienne) ce qui n'est pas dénué de risque (non consolidation ou pseudarthorse), ni de conséquences fonctionnelles avec limitation des mouvements

et baisse de la force. Il existera manifestement des séquelles avec atteinte à l'intégrité corporelle voire une certaine invalidité".

L'assuré estime que le domaine professionnel dans lequel il pourrait travailler, c'est-à-dire le travail sur les voitures, en particulier la vente et l'entretien, intègre inévitablement une part de travail physique dans laquelle il demeure handicapé, ce qu'à reconnu le Dr A_____. Au surplus, même dans une hypothétique activité à 100% commerciale ne nécessitant aucun effort physique, il aurait encore à subir des désagréments invalidants, puisqu'il éprouve des difficultés à écrire à la main, et qu'il écrit plus lentement sur un clavier.

L'assuré a par ailleurs sollicité le rétablissement de l'effet suspensif.

5. Par arrêt incident du 13 décembre 2005, le Tribunal de céans a rejeté cette demande.

6. Dans sa réponse au fond du 15 février 2006, la caisse rappelle que selon le Dr A_____, l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité commerciale ne nécessitant pas de ports de charges ou de travaux avec des outils nécessitant de la force. Elle considère dès lors que dans le domaine d'activité professionnelle qui est celui de l'assuré, une incapacité de travail ne saurait être retenue. Quand bien même on examinerait la question de la capacité de travail sous l'angle du dernier poste brièvement occupé avant le chômage, dans lequel 30% du temps devait être consacré à des travaux de force, la caisse constate que l'incapacité n'atteindrait quoi qu'il en soit pas le seuil de 26% en dessous duquel le droit à des indemnités journalières n'est pas ouvert.

7. Par courrier du 16 mars 2006, le recourant insiste sur le fait que selon le Dr B_____ qu'il ne retrouvera jamais l'usage de sa main droite comme avant. Il demande à ce que ce médecin soit entendu.

8. Le Dr B_____ a été entendu par le Tribunal de céans le 6 juin 2006. Le Dr B_____ a répété qu'il avait pu constater environ deux mois après l'accident que le bon diagnostic n'avait pas été posé, dans la mesure où seule une distorsion du pouce droit avait été relevée. Le traitement aurait été différent : il aurait été nécessaire de procéder à la réduction de la fracture et à la fixation temporaire par deux broches. Selon le médecin cependant, il n'est pas possible de dire de façon sûre si les séquelles auraient été plus ou moins importantes.

   Après avoir examiné l'assuré le 2 juin 2006, il était en mesure de dire que l'évolution post-opératoire était classique. Il a confirmé que l'assuré ne pouvait plus accomplir de travaux de force, tel que le port de lourdes charges, mais que s'agissant de tâches administratives, il ne présentait pas de limitations à proprement parler, ni dans la dactylographie ni dans l'écriture manuscrite. Il a ajouté que même si l'assuré devait travailler sur ordinateur longtemps, il n'y aurait pas non plus de

limitations, dans la mesure où il pourrait compenser. Il a ajouté qu'il n'y avait pas d'aggravation prévisible.

Entendu le même jour, l'assuré a souligné qu'il lui était difficile de trouver un emploi ne comprenant que des tâches administratives. Il affirme du reste avoir obtenu ses deux derniers emplois uniquement parce qu'il avait accepté que des travaux de force soient compris dans son contrat.

Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les

dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Etant donné que la décision sur opposition date du 13 juillet 2005, et que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours du 14 novembre 2005 a été formé en temps utile. Aussi, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est-il recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré au versement d'indemnités journalières au-delà du 25 avril 2005.

6. Aux termes de 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.

   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".

   L'art. 6 LPGA précise qu'est réputé 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 de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

   Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, à la suite d'une atteinte à sa santé physique et/ou psychique due à un accident, elle ne peut plus exercer son activité lucrative habituelle ou ne peut l'exercer de manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état de santé. Le degré d'incapacité de travail s'apprécie ainsi au regard de la diminution de la productivité de l'assuré dans sa profession actuelle, tant que l'on peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur d'activité sa capacité fonctionnelle résiduelle. La tâche du médecin consiste ainsi à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler ; en outre, les données médicales constituent un élément important pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V p. 134, consid. 2 ; ATF 114 V p. 314 consid. 3c; ATF 105 V p. 158, consid. 1).

7. En l'espèce, la caisse a mis fin à ses prestations avec effet au 25 avril 2005 considérant qu'à cette date l'assuré avait recouvré sa pleine capacité de travail. Elle s'est fondée sur l'avis du Dr A_____. Entendu par le Tribunal de céans, le Dr B_____ a confirmé que l'assuré pouvait travailler à plein temps, pour

autant que ce soit dans le cadre d'une activité commerciale ne nécessitant pas le port de charges.

L'assuré ayant une formation d'employé de commerce et ayant exercé une activité commerciale, essentiellement dans le secteur automobile, avant d'être au chômage, aucune incapacité de travail ne saurait dès lors être retenue, le Dr B_____ n'ayant au surplus pas confirmé l'existence de limitations réelles pour écrire ou utiliser un clavier d'ordinateur.

8. L'assuré allègue qu'il lui est difficile de trouver un emploi comprenant exclusivement des tâches administratives. Il en veut pour preuve que dans l'un de ses derniers emplois, il a dû consacrer 30% de son temps à des travaux de force.

Le Tribunal de céans constate cependant que seule l'activité que l'assuré est en mesure d'exercer, compte tenu de sa formation de base et de son état de santé, doit être prise en considération, le contexte retenu étant celui d'un marché équilibré de l'emploi. On ne saurait dans le cadre de l'examen du droit à des indemnités journalières pour incapacité de travail, tenir compte des difficultés à trouver un emploi pour des raisons autres que médicales (ATF 115 V 133, RAMA 1987 p. 394, RAMA 2000 p. 92, art. 6 al. 1, 2ème phrase LPGA, ATF 114 V 290 consid. 5b).

Aussi, le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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