

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/858/2011

ATAS/673/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DUC Jean-Michel

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) et d'un brevet d'études professionnelles (BEP) d'électromécanicien obtenus en France, a débuté son activité professionnelle en Suisse en 1990, en tant que monteur en systèmes de ventilation, chauffage et climatisation, métier qu'il a exercé successivement pour trois entreprises avant de travailler comme monteur en piscines pour B_____ SA à partir du 1^{er} mai 1998. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de Winterthur (devenue Axa assurances SA dans l'intervalle ; ci-après : l'assureur-accidents).
2. Le 16 mars 1999, l'assuré a été victime d'un accident non professionnel : alors qu'il pratiquait le jiu-jitsu, il a été projeté au sol par son adversaire et s'est mal réceptionné sur la face dorsale de son poignet droit ce qui a entraîné une déchirure du ligament luno-pyramidal. De nombreux traitements et plusieurs incapacités de travail en ont découlé. L'assuré a finalement été licencié avec effet au 31 mars 2003.
3. Le 29 mai 2005, l'assuré a glissé sur de la mousse et est tombé dans le lit d'une rivière, ce qui lui a occasionné une entorse de la cheville gauche (stade I à II). Une arthroscopie a été pratiquée le 13 octobre 2005, puis une arthrotomie, le 30 août 2007.
4. Le 31 juillet 2006, l'intéressé a été victime d'un troisième accident : en appui sur sa jambe gauche pour descendre de moto, il a fait un effort pour retenir cette dernière, qui menaçait de tomber, et a alors ressenti une violente douleur au genou gauche. Le diagnostic de lésion isolée du ligament croisé antérieur (LCA) sous forme de rupture complète a été posé et une arthroscopie a été effectuée le 11 janvier 2007.
5. Ces trois évènements ont été pris en charge par l'assureur-accidents.
6. Celui-ci a demandé une expertise au Docteur C_____ qui, dans son rapport du 3 décembre 2007, a retenu à titre de séquelles :
 - une raideur secondaire importante du poignet droit en flexion dorso-palmaire, associée à de petites douleurs et dysesthésies suite à de nombreuses cicatrices et opérations de cette main ; les conséquences en étaient un léger manque de force et, surtout, de résistance à l'effort, un recours accru à la main gauche,
 - de très légères douleurs de contact dans la région cicatricielle péri-malléolaire externe (mais sans sentiment d'instabilité, de lâchage, de limitation fonctionnelle ou de douleur mécanique à la charge de la cheville gauche),

- une légère limitation de la flexion et une atrophie du quadriceps, associées à une petite douleur au site de prélèvement du greffon, dans la région de la tubérosité tibiale antérieure, encore présente au niveau du genou gauche.

Selon l'expert, la problématique de la dissociation scapho-lunaire sur lésion ligamentaire était en relation de causalité naturelle certaine avec l'événement du 16 mars 1999, les seules exceptions étant les traitements relatifs à un syndrome du tunnel carpien, à la maladie de Dupuytren et au deuxième doigt à ressaut.

Pour ce qui était de l'événement du 29 mai 2005 - ayant entraîné une atteinte à la cheville gauche -, l'expert a estimé que les deux interventions pratiquées par les Drs D_____ et E_____ le 13 octobre 2005, respectivement le 11 janvier 2007, étaient à la charge de l'assureur-accidents, tout comme le traitement de la déchirure du LCA du genou gauche causée par l'événement du 31 juillet 2006.

Constatant la présence d'une aggravation durable et déterminante, sans retour possible à un *statu quo ante ou sine*, tant pour le poignet droit que pour la cheville et le genou gauches, l'expert a considéré que la reprise de l'une ou l'autre des activités professionnelles précédemment exercées (monteur en piscine ou en ventilation) n'était plus possible. L'assuré disposait en revanche d'une pleine capacité de travail - avec un rendement complet - dans toute activité s'exerçant en position semi-assise et n'impliquant ni port de charges ni mouvements répétitifs de torsion du poignet droit. En effet, s'agissant de ce dernier, l'expert a considéré que le cas était stabilisé, de sorte qu'un traitement ne se justifiait pas, hormis quelques anti-inflammatoires et/ou antalgiques en réserve, en fonction des efforts à fournir. Selon l'expert, il en allait de même de l'état de la cheville gauche, bien qu'on ne pût exclure, à long terme, une éventuelle complication tardive sous forme d'une arthrose secondaire, laquelle justifierait une réévaluation le moment venu.

S'agissant du genou gauche, l'expert a considéré que son état n'était pas encore tout à fait stabilisé ; l'assuré présentait encore une atrophie des quadriceps avec tendinite rotulienne distale. Néanmoins, l'expert a estimé qu'à court ou moyen terme, l'évolution devrait être bonne, même si, à long terme, on ne pouvait exclure une complication tardive sous forme d'arthrose secondaire, qui, là encore, justifierait une réévaluation en temps utile.

En bref, une aggravation n'était pas exclue, tant au niveau de la cheville qu'à celui du genou (sous forme d'arthrose secondaire avec nécessité éventuelle, pour la cheville gauche, d'une prothèse ou d'une arthrolyse tibio-péronéo-astragalienne). A cet égard, l'expert a précisé que d'éventuelles interventions ouvriraient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10 à 15% pour la cheville et d'au moins 20% pour le genou. Il a cependant souligné qu'en l'état, l'atteinte à la cheville ne justifiait pas l'octroi d'une IPAI ; celle du genou pourrait éventuellement ouvrir

droit à une IPAI de 5% en fonction de l'évolution au cours des mois à venir. En définitive, l'expert n'a donc admis qu'une IPAI globale de 20% (15% pour le poignet droit et 5% pour le genou gauche).

7. Par décision du 2 avril 2008, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a reconnu à l'assuré le droit à des mesures professionnelles du 9 avril 2008 au 31 mars 2009, période durant laquelle l'assureur-accidents a cessé le versement des indemnités journalières.
8. Par décision du 16 juillet 2008, l'assureur-accidents a reconnu à l'assuré le droit à une IPAI de 20% (soit CHF 9'440.-), en précisant qu'il statuerait sur le droit éventuel à une rente d'invalidité à l'issue de la formation mise sur pied par l'OAI.
9. Les mesures professionnelles mises en place par l'OAI ont dû être interrompues après que l'assuré a été victime de quatre autres accidents :
 - entorse de la cheville droite en descendant des escaliers, le 26 juin 2008,
 - torsion de la cheville droite et traumatisme de l'épaule droite, le 26 mars 2009,
 - contusions cervico-claviculaires après avoir reçu une caisse tombée d'une étagère, le 26 juillet 2009,
 - et, enfin, contusions dorsales suite à une chute dans des escaliers, le 4 janvier 2010.
10. Ces quatre nouveaux événements ont été pris en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA), en sa qualité d'assureur-accidents de la société dans laquelle l'assuré avait été placé par l'OAI.

La SUVA a considéré qu'à compter du 17 octobre 2010, d'une part, qu'il n'y avait plus eu d'incapacité de travail en relation avec les troubles de la cheville droite, d'autre part, qu'il n'y avait plus eu de relation de causalité entre les troubles encore présents aux niveaux de l'épaule gauche et du dos et les accidents. La SUVA a cependant accepté de verser des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2010 (décision confirmée sur opposition le 11 février 2011).

11. Le 17 novembre 2010, le Docteur F_____ a adressé un rapport à l'OAI ainsi qu'à l'assureur-accidents.

Il y indiquait avoir été consulté par l'assuré pour des douleurs à la main gauche, de type tendinopathique.

Il précisait par ailleurs que la situation du poignet droit était stationnaire depuis 2007, qu'il ne suivait pas le patient pour ses problèmes de dos et de membres inférieurs et, enfin, que l'incapacité de travail "globale" était de 100%. Vu les pro-

blèmes rencontrés par son patient au niveau des membres supérieurs, le médecin l'estimait inapte à travailler comme manutentionnaire mais apte, en revanche, à exercer à 100% comme "bureaucrate".

12. Dans un rapport adressé le 6 décembre 2010 à l'OAI, le Docteur G_____ a attesté d'une totale incapacité de travail à compter du 26 juillet 2009 en raison de cervico-brachialgies prédominant à gauche, dues à un état maladif. Il a néanmoins convenu que l'assuré pourrait disposer d'une capacité de travail comprise entre 20 et 50% si l'on aménageait son poste de travail pour lui éviter le port de charges et lui permettre de fréquents changements de position.
13. Par décision du 29 décembre 2010, l'assureur-accidents a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 30%. Il a considéré que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dont il a toutefois convenu qu'elle serait moins bien rémunérée que celle exercée au moment de l'accident.
14. Le 7 février 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision en lui reprochant de se fonder sur l'expertise du Dr C_____ du 3 décembre 2007 alors que son état de santé s'était péjoré depuis lors, tant au niveau de sa cheville gauche que de son genou gauche et de sa main droite. Il a demandé à ce qu'une nouvelle expertise soit mise sur pied.
15. Par décision du 18 février 2011, l'assureur-accidents a confirmé les termes de sa décision précédente en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.

L'assureur a expliqué avoir statué comme il l'aurait fait si les mesures professionnelles mises en place par l'OAI avaient été couronnées de succès, puisque leur non-achèvement était dû à des motifs étrangers aux trois accidents dont la prise en charge lui incombait et dont les conséquences ne s'étaient pas notablement aggravées.

Ainsi, au niveau du poignet droit, il n'y avait pas eu de modification selon les examens pratiqués (imagerie par résonance magnétique [IRM] du 21 octobre 2010, scanner du 20 décembre 2010, rapport du Dr F_____ du 17 novembre 2010 et l'expertise de la Clinique romande de réadaptation [CRR] du 21 septembre 2010 indiquant que l'arthrodèse radio-carpienne avait donné un bon résultat).

Le genou et la cheville gauches n'avaient pas non plus évolué de manière très significative, puisqu'il n'y avait pas d'instabilité; l'assuré continuait à se plaindre de douleurs dans les escaliers, à l'accroupissement ou au soulèvement de charges, mais il n'y avait ni instabilité, ni blocage, ni épanchement, et l'intéressé avait récupéré une bonne mobilité.

Quant aux problèmes de l'index et du majeur droits, ils semblaient être la récursive d'une maladie de Dupuytren, sans rapport avec l'accident survenu en mars 1999.

L'assureur-accidents a relevé que les médecins interrogés avaient été unanimes : si l'on considérait les seules atteintes du genou et de la cheville gauches et du poignet et de la main droits, l'assuré restait en mesure d'exercer sans restriction une activité en position semi-assise n'impliquant pas le port de charges. Ainsi la CRR avait indiqué qu'aucun élément ne justifiait de revenir sur l'évaluation passée, précisant que les seules limitations retenues étaient les travaux lourds et ceux nécessitant des déplacements sur terrain irrégulier.

L'assureur-accidents en a tiré la conclusion que l'inaptitude de l'assuré à exercer une activité professionnelle adaptée ou à reprendre le cours de sa réadaptation professionnelle n'était pas la conséquence des accidents dont il avait à répondre, mais plutôt des nombreux troubles médicaux existants, aggravés ou intercurrents, apparus par la suite et sans relation avec les accidents assurés.

En conséquence de quoi, l'assureur-accidents a renoncé à mettre sur pied une nouvelle expertise, précisant toutefois que si les séquelles des accidents assurés devaient évoluer au point que des opérations soient à nouveau nécessaires, l'assuré pourrait alors prétendre les prestations ad hoc.

Enfin, l'assureur, constatant que le calcul du degré d'invalidité n'avait pas été contesté, l'a confirmé.

16. Par écriture du 23 mars 2011 l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à l'apport du dossier de l'OAI et à la mise sur pied d'une expertise, et, quant au fond, à l'annulation de la décision du 18 février et à ce qu'un degré d'invalidité de 48% (correspondant à une rente de CHF 3'058.45 par mois) lui soit reconnu.

L'assuré conteste tant les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée que le calcul de son degré d'invalidité, plus particulièrement le montant retenu à titre de salaire d'invalidité.

S'agissant de ses limitations fonctionnelles, le recourant conteste que son état se soit stabilisé. Il fait valoir que sa cheville reste instable, que son genou gauche est limité et douloureux, tout comme sa main droite. Le recourant se réfère à cet égard à un certificat émis par le Docteur H_____ en date du 7 mars 2011, qui mentionne à titre de limitations, outre celles retenues par le Dr C_____, le fait de devoir éviter tout mouvement répétitif des doigts et toute activité nécessitant une souplesse du poignet. Le recourant invoque également l'avis du Dr E_____ qui relève quant à lui une pseudo-instabilité douloureuse au niveau de la cheville gauche et, au niveau du genou gauche, une faiblesse musculaire résiduelle. Le recourant en tire la conclusion que son état s'est bel et bien aggravé et qu'une nouvelle expertise doit être

mise sur pied pour déterminer l'influence de cette aggravation sur sa capacité de travail.

Quant au revenu d'invalidé, l'assuré demande que soit appliqué le tableau TA1 (en lieu et place du TA3) de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS), colonne 4 (et non 3), et que soit appliquée une réduction supplémentaire de 20% (et non 10%).

Le recourant émet l'avis que le reclassement professionnel en tant que technicien du bâtiment mis sur pied par l'OAI n'est pas réellement adapté à ses limitations fonctionnelles puisqu'une telle activité nécessite non seulement l'établissement de plans de construction à l'aide de logiciels de dessin assisté par ordinateur mais aussi des déplacements sur le terrain pour l'organisation du travail, la supervision et la résolution d'éventuels problèmes techniques et la vérification des factures. Or, tant l'utilisation de la souris et du clavier que l'activité sur le terrain sont limités selon l'appréciation du Dr H_____. Le recourant en tire la conclusion que l'assureur-accidents ne saurait donc se fonder sur le salaire qu'il aurait pu réaliser si les mesures de réadaptation n'avaient pas été interrompues pour fixer le revenu d'invalidé.

Par ailleurs, le recourant soutient qu'il n'a pas les connaissances professionnelles et techniques requises pour l'application de la colonne 3 du tableau statistique. Il rappelle qu'après sa scolarité obligatoire, il a poursuivi une formation d'électromécanicien (CAP puis BEP, soit l'équivalent d'un certificat fédéral de capacité) et qu'il a ensuite travaillé dans plusieurs entreprises s'occupant de ventilation, de climatisation et de chauffage mais que cette expérience professionnelle ne lui est plus d'aucune utilité désormais, puisqu'il ne peut plus travailler ni comme monteur en ventilation ni comme monteur en piscines.

Le recourant ajoute qu'il convient d'appliquer au revenu d'invalidé une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte du fait que ses limitations touchent tant le membre supérieur droit - dominant - que le membre inférieur gauche, que les épisodes de symptomatologie aiguë sont de nature à influencer son rendement et qu'il ne peut désormais plus exercer d'activité lourde.

Enfin, il demande que le gain assuré soit augmenté de CHF 91'885.- à CHF 95'576.25 pour tenir compte de l'évolution des salaires entre 2008 (cf. attestation de salaire de l'employeur du 6 mars 2008; pièce 16 recourant) et 2011, année de naissance du droit à la rente.

17. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 10 juin 2011, a conclu à la *reformatio in pejus* de la décision entreprise, soit à la suppression du droit à la rente avec effet rétroactif, subsidiairement, au rejet du recours.

S'agissant de l'événement du 16 mars 1999, l'intimée revient sur sa position préalable et soutient qu'il ne peut être qualifié d'accident au sens de la jurisprudence

puisque les lésions sont survenues dans le cadre des risques inhérents au jiu-jitsu. Elle admet cependant que ses conséquences doivent être prises en charge en tant que lésions assimilées à un accident.

S'agissant des événements des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, l'intimée se demande à présent si ce n'est pas à tort qu'elle a alloué des prestations à l'assuré puisque ce dernier n'était plus sous contrat de travail, que les indemnités n'étaient plus versées en lieu et place du salaire et qu'aucune prime d'assurance n'a été encaissée pour couvrir ce risque. Elle s'en rapporte à justice sur ce point.

Pour le reste, l'intimée se réfère à l'expertise réalisée le 3 décembre 2007 par le Dr C_____ et soutient que l'appréciation du médecin-traitant de l'assuré du 23 mars 2011 - concluant à une capacité de travail réduite à 30% - n'est pas motivée. Elle ajoute que, s'agissant des seules séquelles des événements assurés, il n'y a ni rechute annoncée ni preuve d'une aggravation.

Quant au revenu d'invalidé, l'intimée soutient qu'il doit être fixé en ne tenant compte que des seules séquelles de l'accident à sa charge. Or, il est clairement établi que l'assuré est à même d'exercer à plein temps la profession de technicien du bâtiment ainsi que l'a démontré le stage réalisé dans une entreprise de ce type en 2009, qui lui a permis d'obtenir un revenu de CHF 91'980.- (selon la déclaration de sinistre du 10 août 2009), ce qui aurait correspondu, en 2010, à un salaire de CHF 92'660.-. Selon l'intimée, si l'assuré a dû mettre un terme à cette activité, c'est pour des raisons totalement étrangères aux événements assurés, à savoir les accidents survenus par la suite et dont elle n'a pas à répondre.

S'agissant du tableau statistique auquel se référer, l'intimée relève que si la jurisprudence a certes indiqué qu'il convient en général de se fonder sur le TA1, il demeure possible de se référer au salaire mensuel de secteurs particuliers, voire de branches particulières, notamment lorsque l'assuré, avant d'être atteint dans sa santé, a travaillé dans le domaine durant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. L'intimée soutient qu'en l'espèce, l'application du TA3 se justifie par la formation du recourant, qui relève du secteur administratif de la gestion d'immeubles (dessinateur technique sur ordinateur, conseil et pose d'énergie renouvelable, thermographie, rénovation, tant dans le secteur public que privé).

Quant à la réduction supplémentaire à appliquer, l'intimée maintient qu'elle doit être limitée à 10% puisqu'un grand nombre d'activités demeurent envisageables.

S'agissant du salaire avant invalidité, l'intimée soutient qu'il ne peut être établi clairement puisque, selon les indications données par l'ancien employeur de l'assuré le 2 décembre 2005, il se serait élevé CHF 77'020.- (5'710.- CHF/mois + une gratification de CHF 8'500.-) alors que, selon les explications données ultérieurement par la même société (cf. pièce 16 recourant), le salaire AVS 2005 s'était élevé à

CHF 89'174.-. De cette contradiction, l'intimée tire la conclusion qu'il convient de se référer à l'indexation des salaires de la branche de la construction, laquelle conduit à retenir un salaire de CHF 91'720.- en 2010 (salaire 1999 [CHF 78'250.-] indexé).

La comparaison des revenus conduit à un degré d'invalidité inférieur à 10%, donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente, raison pour laquelle l'intimée conclut à une *reformatio in pejus*.

S'agissant du gain assuré, l'intimée soutient que le montant de CHF 91'885.- retenu est largement favorable à l'assuré puisque, selon les indications données par son ex-employeur en décembre 2005, son salaire annuel aurait été de CHF 77'020.- (pièce A19), que, selon la pièce communiquée par le recourant, il aurait été de CHF 89'174.- ; par ailleurs, le salaire réalisé en 1999 (CHF 78'250.-) aurait correspondu, en 2010, après indexation, à un revenu de CHF 91'790.- (cf. arrêt du TF U396/2004).

Enfin, l'intimée précise que si une ostéotomie métacarpienne telle que proposée par le Dr H_____ devait finalement être pratiquée, les frais seraient pris en charge dans le cadre d'une rechute ou d'une suite tardive de l'accident de 1999 et la perte de gain de courte durée indemnisée.

18. Le 25 août 2011, l'assuré a répliqué en persistant dans ses conclusions.

S'agissant de la couverture des événements des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, le recourant fait remarquer que c'est pour empêcher une lacune de couverture entre deux emplois que les dispositions légales prévoient qu'est déterminant non pas la date effective de la cessation des rapports de travail mais le droit au salaire auquel sont assimilées diverses indemnités de remplacement. A cet égard, il fait remarquer que l'assureur a omis de lui offrir la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale et ajoute que prétendre aujourd'hui que ces événements ne seraient pas pris en charge relèverait de la mauvaise foi.

S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant soutient qu'il est inexact de prétendre qu'il a été engagé en qualité de technicien du bâtiment, puisqu'en réalité, il a été placé au sein de l'entreprise I_____ en qualité de stagiaire. Qui plus est, aucune rémunération n'a été convenue. Il ajoute que le salaire de stage devait être discuté après une année, soit à partir du 1er avril 2009 et que durant son reclassement, il avait perçu uniquement des indemnités journalières de l'assurance-invalidité, calculées sur la base du revenu déterminant.

S'agissant du salaire avant invalidité, le recourant fait remarquer que cette question a donné lieu à une instruction complète, ainsi que cela résulte de la note interne du 19 mai 2008 (cf. pièces 36 recourant et A20 dossier administratif). Il s'étonne dès

lors que l'intimée veuille revenir sur ce point alors qu'il n'y a pas lieu, selon lui, de s'écarter du salaire alors retenu (CHF 96'695.90).

Quant à l'expertise du Dr C_____, le recourant souligne qu'elle remonte à 2007 et qu'elle est antérieure à l'aggravation de son état de santé attestée par le Dr H_____ les 7 et 23 mars 2011.

19. Le 10 novembre 2011, l'intimée a dupliqué en persistant dans ses conclusions.

S'agissant de la couverture des événements des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006 postérieurs au licenciement de l'assuré - le 28 février 2003 -, elle relève que l'argument consistant à lui reprocher de ne pas avoir renseigné le recourant sur la possibilité de prolonger l'assurance pendant 180 jours tombe à faux puisque de toute manière, même la couverture prolongée n'aurait pas suffi, les événements étant survenus plus de deux ans après le licenciement.

Pour le reste, elle propose de soumettre le rapport du Dr H_____ au Dr C_____ afin que ce dernier se détermine.

20. Interpellé par la Cour de céans, le Dr C_____ s'est déterminé par courrier du 22 mai 2012.

Selon lui, la légère dérotation du 3^{ème} doigt avec cisaillement lors de l'enroulement n'est pas nouvelle, puisque ce problème de chevauchement était déjà décrit dans son expertise, de même que les troubles algiques dans cette région. Le Dr C_____ s'étonne de l'interprétation de ce problème par le Dr H_____ et considère qu'il n'est pas établi qu'une arthrodèse de l'articulation carpo-métacarpienne II associée à une ostéotomie de dérotation du médius améliorerait la situation. Il relève que le Dr H_____ le reconnaît d'ailleurs lui-même.

S'agissant du poignet droit, le Dr C_____ estime ne pas trouver d'arguments dans le courrier du Dr H_____ parlant en faveur d'une aggravation manifeste de la symptomatologie ou des lésions objectives retenues dans son expertise du 26 novembre 2007.

Quant aux problèmes rencontrés au niveau du poignet gauche, le Dr C_____ estime qu'ils sont sans aucun lien avec l'événement du 16 mars 1999, puisqu'il s'agit d'une hyperlaxité congénitale médio-carpienne, à mettre en relation avec un problème congénital.

Le Dr C_____ estime que le cas peut être considéré comme stabilisé puisque le status objectif décrit par le Dr H_____ correspond à celui qu'il a lui-même observé en novembre 2007. Selon lui, il n'y a vraisemblablement pas de risque d'une péjoration rapide du poignet droit même, si cela n'est pas formellement exclu compte tenu des séquelles accidentelles importantes et de l'arthrodèse.

Le Dr C_____ corrobore en revanche les conclusions du Dr H_____ quant aux limitations à retenir en relation avec le poignet droit (travaux de force, mouvements répétitifs ou activités nécessitant une souplesse de l'avant-bras et de la main). Il constate cependant que cela ne contre-indique pas l'activité adaptée telle que décrite par lui-même (position semi-assise, ne requérant pas le port de charges et permettant d'éviter les mouvements répétitifs de torsion du poignet). Le Dr C_____ en tire la conclusion que ses conclusions sont toujours valables et que la situation est relativement stabilisée, même si elle n'est pas tout à fait satisfaisante; une nouvelle opération serait très aléatoire, sans aucune garantie manifeste d'amélioration, au contraire.

Quant à la capacité de travail, il estime que le Dr H_____ n'apporte aucune justification médicale permettant d'admettre qu'un rendement de 100 % ne serait pas envisageable dans une activité adaptée.

21. Par écriture du 1er novembre 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il allègue que différentes investigations pratiquées par le Dr H_____ durant l'année 2012, notamment une scintigraphie, ont montré un intense foyer hyperactif de la troisième articulation carpo-métacarpienne droite objectivant ses plaintes. Il produit à l'appui de sa position plusieurs rapports d'examens (CT du 8 mai 2012, échographie du poignet droit du 23 juillet 2012 et scintigraphie du 6 août 2012), ainsi qu'un rapport médical détaillé du Dr H_____ du 16 octobre 2012 dans lequel le médecin indique en substance que la fatigabilité accrue induite par la douleur permanente l'amène à penser que la capacité de travail de l'assuré dans une activité de dessinateur en bâtiment est limitée à 30%.

22. Par écriture du 16 janvier 2013, l'intimée a relevé que les nouveaux éléments produits se réfèrent à la situation de 2012, alors que la décision litigieuse remonte au 18 février 2011.

Si les traitements entrepris en août et octobre 2012 et leurs suites devaient s'inscrire dans le cadre d'une rechute ou d'une suite tardive, il appartiendrait au recourant de les faire valoir dans ce cadre.

Pour le reste, l'intimée suggère un complément d'expertise auprès du Dr C_____.

23. Interpellé à ce sujet, le recourant a soumis à la Cour de céans la liste des questions qu'il souhaitait voir poser à l'expert.
24. Par ordonnance du 24 avril 2013, la Cour de céans a ordonné un complément d'expertise et commis le Dr C_____ à cette fin.
25. Le 24 mai 2013, le recourant a été examiné par le Dr C_____ qui a rendu son complément d'expertise en date du 31 mai 2013.

Il ressort de l'anamnèse que, depuis la première expertise pratiquée en novembre 2007, l'assuré n'a plus été suivi pour le poignet droit jusqu'au 25 mai 2010, date à laquelle il est retourné voir le Dr F_____ pour une douleur au niveau de la main droite, sans nouvel élément traumatique déclencheur.

Après avoir retracé l'anamnèse du recourant, recueilli ses plaintes et établi son statut orthopédique, l'expert a complété les diagnostics retenus lors de la première expertise en faisant état de douleurs métacarpo-carpiennes du 2ème rayon, probablement secondaires à des troubles dégénératifs par surcharge post-arthrodèse radio-carpienne et médiocarpienne du poignet droit.

Dans la discussion qui s'ensuit, l'expert estime, s'agissant de l'événement du 16 mars 1999, que le recourant a développé une surcharge métacarpo-carpienne du 2ème rayon, vraisemblablement en raison de sa raideur post-arthrodèse médiocarpienne et radio-carpienne, de sorte que la proposition du Dr H_____ d'effectuer une arthrodèse paraît raisonnable. Précisant que cette nouvelle opération du poignet droit entraînerait une immobilisation post-opératoire de quelques semaines avec, à la clé, l'espoir d'une meilleure utilisation de la main, le Dr C_____ considère qu'il est clair, sur le plan de la causalité naturelle, que cette intervention fait suite à une complication tardive de l'arthrodèse totale du carpe et radio-carpienne et qu'elle serait donc à la charge de l'intimée.

S'agissant en revanche du problème du majeur qui présente un très léger déficit d'extension et une rotation d'environ 35° en extension, l'expert se déclare plus sceptique quant à une éventuelle reprise chirurgicale, soit une dérotation osseuse plus ou moins associée à un geste sur les parties molles, ajoutant qu'il existe un risque non négligeable d'enraidissement, qui peut être difficile à récupérer, voire ne pas permettre un retour à la mobilité actuelle du poignet droit, raison pour laquelle il déconseille une telle intervention. Enfin, l'expert indique qu'en dehors des interventions évoquées, il n'y a aucun autre traitement opératoire prévisible pour ce poignet. Il précise que le recourant devrait néanmoins continuer à disposer d'antalgiques « en réserve ».

Évoquant l'événement du 29 mai 2005, l'expert considère que la situation au niveau de la cheville gauche paraît tout à fait stabilisée, de sorte qu'en l'état actuel, aucun traitement chirurgical ou conservateur ne se justifie, si ce n'est un antalgique éventuellement, de temps en temps.

Pour ce qui est de l'événement du 31 juillet 2006, l'expert note que la plastie du LCA est encore fonctionnelle, même si elle est un tout petit peu détendue, ajoutant qu'il n'y a pas d'aggravation depuis 2007, le genou étant stable, sans impression subjective de lâchage ou de blocage, donc tout à fait fonctionnel.

Dans la discussion qui s'ensuit, l'expert estime, s'agissant de l'événement du 16 mars 1999, que le recourant a développé une surcharge métacarpo-carpienne du

2ème rayon, vraisemblablement en raison de sa raideur post-arthrodèse médiocarpienne et radio-carpienne, de sorte que la proposition du Dr H_____ d'effectuer une arthrodèse lui paraît raisonnable.

Évoquant les résultats des nouvelles investigations, notamment le CT du poignet, l'échographie et la scintigraphie, l'expert indique que les investigations en question ne modifient son rapport d'expertise de 2007 que sur un seul point : une complication tardive secondaire est apparue au niveau de l'articulation métacarpo-carpienne du 2ème rayon, ce qui implique un nouveau traitement sous forme d'un complément d'arthrodèse à ce niveau. Il ajoute qu'en dehors de ce nouveau problème, ses conclusions de l'époque restent valables et qu'on peut même espérer, une fois l'opération réalisée, que le poignet droit soit moins symptomatique et que le patient recouvre une fonction légèrement meilleure à celle qu'il présentait en 2007.

Invité à se prononcer sur la présence d'une rechute ou de suites tardives et, dans l'affirmative, sur la nature des nouveaux troubles, la date de leur survenance et l'incapacité de travail en découlant, le Dr C_____ estime, à propos du poignet droit, que l'on est effectivement en présence d'une complication tardive sous forme d'une arthrose secondaire métacarpo-carpienne du 2ème rayon par surcharge, suite à l'arthrodèse carpienne et radio-carpienne. Il indique que cette problématique semble être apparue en 2010 mais a surtout nécessité des contrôles et des investigations fin 2011/début 2012. Il ajoute qu'en l'état actuel et en tenant compte des restrictions émises à l'époque, on ne peut pas dire médicalement que les plaintes du recourant justifient une incapacité de travail autre que celle mentionnée à l'époque. Enfin, il précise que l'opération aura pour conséquence une incapacité de travail de 2-3 mois maximum et qu'après cela, on pourra espérer se trouver dans la même situation qu'en 2007, voire même un peu mieux.

Interrogé sur la capacité de travail du recourant dans une activité de technicien en bâtiment, l'expert considère que celle-ci est envisageable sans restriction pour tout ce qui concerne l'établissement de plans de construction, à l'aide de logiciels de dessin assisté par ordinateur, pour autant que le plan de travail du recourant soit adapté à la limitation fonctionnelle du poignet droit, ce qui implique un plan incliné et peut-être une souris spéciale ou qu'il apprenne à utiliser cette dernière avec sa main gauche.

En revanche, l'activité de technicien en bâtiment, dans la mesure où elle implique des déplacements sur le terrain n'est pas souhaitable. A cet égard, l'expert explique que même si les déplacements sont encore envisageables vu l'absence, pour le moment, de troubles dégénératifs manifestes liées à la plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche et à deux interventions au niveau intra-articulaire de la cheville gauche, il existe un risque de complications tardives, d'où la nécessité de ménager les articulations en privilégiant une activité plutôt en position semi-assise,

sans port de charges et sans déplacements sur des terrains irréguliers, comme mentionné dans son rapport d'expertise de 2007.

Selon l'expert, en respectant les limitations décrites, la capacité de travail du recourant dans une activité de technicien en bâtiment devrait être pleine et entière, pour ce qui est des séquelles des événements accidentels « dépendant de [l'intimée] ».

Invité à se prononcer sur les conséquences, en termes de capacité de travail, de l'accident du 16 mars 1999, d'une part, et de ceux des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, d'autre part, l'expert considère que, sous réserve de certaines limitations (adaptation du plan de travail, pas de mouvements répétitifs trop fréquents et en force avec le poignet droit, pas d'utilisation répétitive de certains outils comme le marteau, la scie ou les tenailles), l'événement du 16 mars 1999 autorise une capacité de travail entière à l'exception des 2-3 mois d'incapacité liés à l'arthrodèse carpo-métacarpienne du 2^{ème} rayon envisagée ; quant aux événements des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, le Dr C_____ estime qu'ils ne justifient aucune incapacité de travail, pour autant que le recourant puisse travailler essentiellement en position semi-assise, sans port de charges et n'ait pas à se déplacer de manière fréquente sur des sols irréguliers ou instables.

De même, l'expert estime que suite aux événements des 16 mars 1999, 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée est entière, avec un rendement complet, moyennant respect des limitations précitées.

26. Le 13 septembre 2013, l'intimée a persisté dans les conclusions prises dans sa réponse du 10 juin 2011.

Elle fait valoir que le traitement médical à entreprendre au niveau du poignet droit (arthrodèse du 2^{ème} rayon de la main droite) ne saurait être mis à sa charge puisque l'événement du 16 mars 1999 n'est pas un accident au sens légal du terme.

27. Quant au recourant, il a conclu, dans ses écritures du 16 septembre 2013, à une suspension de la procédure durant six mois, puis à la mise en œuvre d'un complément d'expertise ayant pour objet l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité de technicien en bâtiment.

À l'appui de ses conclusions, il fait valoir que le complément d'expertise du Dr C_____ manquerait de clarté.

Il s'interroge sur la possibilité d'une part, d'adapter le plan de travail comme préconisé par le Dr C_____ et, d'autre part, d'exiger d'un droitier qu'il travaille de la main gauche. Dans l'affirmative, il se demande quelle serait l'incidence d'une telle mesure sur son rendement.

Il ajoute que, dans la mesure où l'intimée a calculé le revenu d'invalidé dans une activité de technicien en bâtiment, soit le revenu qu'il aurait pu réaliser s'il avait pu poursuivre sa formation de technicien en bâtiment, il est essentiel de déterminer quelle est réellement sa capacité à exercer une telle activité. Aussi propose-t-il de confier l'évaluation de ses capacités fonctionnelles liées au travail à des médecins spécialistes, une fois son état de santé stabilisé, ce qui ne sera le cas qu'une fois réalisée l'arthrodèse carpo-métacarpienne du deuxième rayon.

Pour étayer son point de vue, le recourant produit un rapport du 13 septembre 2013 du Dr J_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie plastique et reconstructive (pièce 40 recourant). Ce praticien y indique qu'après examen de tous les documents relatifs à l'affection du poignet droit (dossier radiologique et expertise du Dr C_____) et un examen clinique de la main, il estime que le cas du recourant n'est pas stabilisé et qu'il est donc impossible, en l'état, de répondre de manière précise aux questions posées concernant sa capacité de travail, que ce soit dans son ancien métier ou dans une activité similaire. Le Dr J_____ précise à cet égard : « *En effet, je crois que tout le monde est d'accord sur ce point et lui-même en particulier et qu'il faudrait une dernière intervention pour compléter l'arthrodèse à la base du 3^{ème} rayon qui n'a pas consolidé vraisemblablement arthrodésée [sic] également l'index qui le gêne passablement* ». Il ajoute que tant que cette intervention n'aura pas été effectuée et « à distance de celle-ci », il sera impossible de fixer une capacité de travail définitive, un délai de six mois après l'intervention étant nécessaire pour une stabilisation définitive.

28. Par acte du 2 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet de la requête tendant à la mise en œuvre d'un nouveau complément d'expertise qu'elle estime superfétatoire, subsidiairement, à ce que ce complément soit confié au Dr C_____, à charge pour lui de s'adjoindre l'aide d'un tiers expert si nécessaire.

Elle relève que la question de savoir si l'événement incriminé engage sa responsabilité relève du droit et non du fait et qu'en l'absence d'accident au sens légal du terme, seule relève de sa responsabilité la rupture du ligament scapho-lunaire et la petite déchirure du ligament luno-pyramidal au titre de lésion assimilée.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit

des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Il est rappelé que, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et que le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

En l'espèce, dans la mesure où les événements se sont produits en mars 1999, mai 2005 et juillet 2006, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 18 février 2011 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'aux dates respectives des événements considérés et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, pour la période postérieure au 31 décembre 2002 (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3), étant précisé que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité telles qu'elles se décrivaient sous l'empire de l'ancienne LAA et que la jurisprudence du TFA y relative est donc toujours d'actualité.

Par ailleurs, 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).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. a) Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition peuvent être attaquées dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

Aux termes de l'art. 10 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (RS 830.11 ; OPGA), l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). En dehors des cas visés par l'art. 10 al. 2 OPGA (certaines décisions fondées sur la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance chômage ou sur l'ordonnance du 19 septembre 1983 sur la prévention des accidents), l'opposition peut être formée au choix par écrit ou par oral, lors d'un entretien personnel (al. 3).

La jurisprudence considère que l'obligation d'articuler les griefs vaut en principe également dans la procédure d'opposition. Aussi, dans la mesure où la légalité d'une

décision attaquée n'est pas examinée d'office, celle-ci entre partiellement en force sur les points qui n'ont pas été contestés dans la procédure d'opposition (ATF 119 V 347 consid. 1c p. 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_59/2007 du 25 janvier 2008 consid. 1). Il convient cependant d'éviter de tomber dans le formalisme excessif, compte tenu du caractère relativement informel de la procédure d'opposition et de ce que l'opposant n'est souvent pas assisté d'un conseil à ce stade de la procédure (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323 du 24 juillet 1998 in RAMA 1/1999, p. 98-99). La doctrine considère en revanche que lorsqu'est établie la volonté de l'opposant de ne pas accepter la décision litigieuse, celle-ci est réputée contestée intégralement (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009 ad art. 52 LPG, p. 658 n. 24).

b) Dans son opposition du 7 février 2011, le recourant a contesté le taux d'invalidité de 30%, motif pris que ce taux, déterminé en fonction de l'expertise du Dr C_____ du 3 décembre 2007, ne correspondait pas à son état de santé actuel.

Dans sa décision sur opposition du 18 février 2011, l'intimée a considéré que le seul point litigieux portait sur le taux de la rente d'invalidité, mais que le mode de calcul opéré pouvait être confirmé, faute d'avoir été contesté.

En l'espèce, la Chambre de céans est d'avis que ce serait faire preuve de formalisme excessif que de considérer que le mode de calcul retenu dans la décision du 7 janvier 2011 serait entré en force pour n'avoir pas été contesté expressément par le recourant dans son opposition du 7 février 2011. En effet, dans la mesure où il est constant que le recourant est en désaccord avec le taux d'invalidité fixé, il convient d'examiner librement la manière dont celui-ci a été déterminé, ce d'autant que les éléments médicaux invoqués dans l'opposition du 7 février 2011 sont éventuellement propres à remettre en cause la pertinence des revenus statistiques appliqués par l'intimée pour la fixation du revenu d'invalidité.

L'objet du litige concerne ainsi le degré d'invalidité, en particulier le droit du recourant à une rente.

5. En premier lieu, il convient d'examiner si les événements des 16 mars 1999, 29 mai 2005 et 31 juillet 2006 doivent être pris en charge par l'intimée, ce que cette dernière conteste partiellement en invoquant une *reformatio in pejus* (art. 61 let. d LPG).

a) Selon l'art. 3 LAA, l'assurance produit ses effets dès le jour où le travailleur commence ou aurait dû commencer le travail en vertu de l'engagement, mais en tout cas dès le moment où il prend le chemin pour se rendre au travail (al. 1). Elle cesse de produire ses effets à l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins (al. 2). L'assureur doit offrir à l'assuré la possibilité de prolonger l'assurance par convention spéciale pendant 180 jours au plus (al. 3). L'assurance est suspendue lorsque l'assuré est soumis à l'assurance militaire

ou à une assurance-accidents obligatoire étrangère (al. 4). Le Conseil fédéral règle les rémunérations et les prestations de remplacement qui doivent être considérées comme salaire, la forme et le contenu des conventions sur la prolongation de l'assurance ainsi que le maintien de l'assurance en cas de chômage (al. 5).

Aux termes de l'art. 7 al. 1 OLAA, sont réputés salaire, au sens de l'art. 3 al. 2 de la loi :

- le salaire déterminant au sens de la législation fédérale sur l'AVS (let. a);
- les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire, de l'assurance militaire, de l'assurance-invalidité (AI) et celles des caisses-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire, les allocations au titre de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain, de même que les allocations d'une assurance-maternité cantonale (let. b);
- les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants ou d'allocation de formation ou de ménage, sont versées conformément aux usages locaux ou professionnels (let. c);
- les salaires sur lesquels aucune cotisation de l'AVS n'est perçue en raison de l'âge de l'assuré (let. d).

Il est toutefois nécessaire que l'indemnité versée au lieu du salaire atteigne au moins 50% du gain assuré et qu'elle remplace effectivement le salaire versé. Tel est le cas pour les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 347 du 29 mars 1999 in RAMA 5/1999, p. 469 consid. 2b). En revanche, ne tiennent pas lieu de revenu de substitution les indemnités journalières versées par une assurance perte de gain en cas de maladie lorsqu'une incapacité de gain survient après la fin des rapports de travail (ATF 128 V 176) de même que les indemnités journalières versées sur la base d'une assurance individuelle facultative dont les primes ont été payées par le seul assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 347 du 29 mars 1999 précité). Tel est le cas lorsqu'un employé a contracté lui-même une assurance d'indemnités journalières dont les primes ne sont pas payées au moins en partie par l'employeur (Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 144).

b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

(ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), qui prévoit que les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références).

Ces lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident.

Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 2c; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

c) Dans le cas d'espèce, la question de savoir si l'événement du 16 mars 1999 constitue un accident ou une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA n'a pas besoin d'être tranchée, l'intimée ne contestant pas la prise en charge de cet événement qu'elle a assumée à ce jour, fût-ce à titre de lésion assimilée. Quant à la future reprise chirurgicale de la main droite (arthrodèse du 2^{ème} rayon) préconisée par les Drs C_____ et H_____, que l'intimée conteste devoir prendre en charge, elle ne fait pas l'objet de la décision querrellée et ne sera donc pas examinée plus avant.

S'agissant des accidents des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, l'intimée fait valoir que ces événements n'auraient pas dû être pris en charge au motif que le contrat de travail du recourant a pris fin le 31 mars 2003 et que même si la faculté de prolonger l'assurance lui avait été offerte à la fin de son contrat de travail, conformément à l'art. 3 al. 3 LAA, la période de prolongation de 180 jours était de toute manière échue au moment décisif. Elle entend également tirer argument du fait qu'au mo-

ment des accidents de 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, aucune prime d'assurance n'était payée.

Ces arguments ne sauraient être suivis. Il ressort en effet des divers éléments du dossier que les arrêts de travail du recourant – d'au moins 50% – couraient du 20 avril 1999 au 16 décembre 2001 et du 13 mars 2002 au 27 septembre 2002, que depuis le 28 septembre 2002, le recourant a été en arrêt de travail à 100% (cf. pièce 53, p. 9-10 dossier AI) et qu'au moment des accidents des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, l'intimée versait toujours des indemnités journalières en lien avec l'événement du 16 mars 1999 (cf. décision querellée, p. 3 et mémoire de réponse p. 4-5), étant précisé que ces versements se sont poursuivis jusqu'au reclassement professionnel du recourant par l'office AI en avril 2008 (cf. pièce 10 recourant).

Dès lors qu'en application de l'art. 7 al. 1 let. b OLAA ces indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire tiennent lieu de salaire et qu'elles couvraient au moins un demi-salaire au sens de l'art. 3 al. 2 LAA au moment de la survenance des accidents des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006, le recourant était toujours au bénéfice d'une couverture d'assurance lors de la survenance de ces événements. Partant, contrairement à ce que soutient l'intimée - dont le moyen tiré de l'absence de primes payées n'est pas pertinent au vu des caractéristiques de l'assurance litigieuse -, il lui incombait bel et bien de prendre en charge les événements des 29 mai 2005 et 31 juillet 2006.

Il convient à présent de se pencher sur la question de la capacité de travail du recourant.

6. a) Aux termes 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.

Selon l'art. 24 al. 2 OLAA, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2, 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

En matière d'assurance-accidents, il y a lieu d'admettre que cette diminution permanente ou de longue durée de la capacité de gain est donnée à partir du moment où les conditions légales de la naissance du droit à la rente sont remplies selon l'art. 19 al. 1 LAA (FRESARD/ MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, Soziale Sicherheit, 2ème éd. 2007, p. 898 n. 162).

c) Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un 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.

Les termes « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » ne sont pas décrits de manière plus précise par le législateur. Le Tribunal fédéral considère toutefois qu'au regard du concept de l'assurance-accidents obligatoire, qui est axé sur les travailleurs (cf. art. 1a et 4 LAA), cette amélioration se détermine notamment en fonction de la récupération prévisible – en tout ou partie – de la capacité de travail qui a été diminuée suite à un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115).

Dans un arrêt du 28 juin 2010, qui concernait un assuré victime de trois accidents de travail survenus en 1991, 1999 et 2003, qui avaient entraîné des lésions à la main droite, le Tribunal fédéral a considéré qu'il convenait de se placer au moment de la fin de la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières, soit le 31 décembre 2006 dans le cas particulier, pour déterminer les perspectives d'amélioration, seule étant décisive la question de savoir si au 31 décembre 2006, un traitement médical au sens de l'art. 19 al. 1 LAA était de nature à augmenter la capacité de travail de l'assuré. Le Tribunal fédéral a ajouté que même si dans le cas d'espèce, des douleurs et des limitations étaient toujours présentes au 31 décembre 2006, il n'existait pas de traitement médical qui, à ce moment précis, aurait permis d'augmenter la capacité de travail de l'assuré. La Haute-Cour a précisé que bien que des complications fussent survenues en 2007, qui avaient rendu nécessaire une nouvelle intervention en 2009, éventuellement synonyme d'une amélioration de la capacité de travail, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte sous l'angle de l'art. 19 al. 1 LAA dans la mesure où il s'agissait d'événements qui, au 31 décembre 2006, n'étaient pas prévisibles au sens d'un développement probable de la situation. Ainsi, rien ne s'opposait à une clôture du cas à fin 2006 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2010 du 28 juin 2010, consid. 2.2 et 2.3).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour dé-

terminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

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 LPG), 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. 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou

qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

Enfin, selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

8. En l'occurrence, il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 3 décembre 2007 du Dr C_____ et du complément d'expertise judiciaire réalisé par ce dernier en date du 31 mai 2013.

L'expert a rencontré le recourant le 26 novembre 2007 et le 24 mai 2013; il a examiné l'ensemble des pièces médicales du dossier, s'est livré à une anamnèse détaillée, a tenu compte des plaintes du recourant, a décrit le status orthopédique et a pratiqué des examens complémentaires ; il a établi des diagnostics clairs et a procédé à une discussion ; il a répondu de façon claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées dans l'ordonnance d'expertise ; ses conclusions sont motivées, dépourvues de contradiction et convaincantes. Il convient ainsi, au vu de ce qui précède, de constater que son expertise et son complément ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale.

En ce qui concerne le poignet droit, l'expert considère que l'atteinte est durable et qu'il n'y a aucun retour possible à un statu quo sine ou ante. Le Dr C_____ ajoute que l'état de ce poignet peut être qualifié de stabilisé, précisant qu'aucun traitement ne se justifie en l'état, hormis quelques anti-inflammatoires et/ou antalgiques en fonction des efforts à fournir par le recourant.

Dans son complément d'expertise du 31 mai 2013, le Dr C_____ estime en substance qu'en dehors d'une complication tardive secondaire au niveau de l'articulation métacarpo-carpienne du 2ème rayon, apparue vraisemblablement en 2010 et impliquant un complément d'arthrodèse à ce niveau, ses conclusions précédentes restent valables et qu'on peut même espérer, une fois l'opération réalisée (celle-ci impliquant une incapacité de travail de 2-3 mois maximum), que le poignet droit soit moins symptomatique et que le patient recouvre une fonction légèrement meilleure à celle qu'il présentait en 2007.

Pour le surplus, les conclusions de l'expert n'ont pas varié par rapport à 2007. Ainsi, il considère qu'en dépit de l'état du poignet droit en mai 2013 et en tenant compte des restrictions émises en 2007, qui restent les mêmes, les plaintes du recourant ne justifient pas une incapacité de travail autre que celle qui avait été mentionnée à l'époque, de sorte qu'en prenant en considération les seuls événements des 16 mars 1999, 29 mai 2005 et 31 juillet 2006 à l'exclusion des accidents postérieurs qui ont été pris en charge par la SUVA, la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée reste entière avec un rendement complet.

Après avoir examiné le dossier radiologique, l'expertise du Dr C_____ et reçu le recourant en consultation les 4 juillet et 12 septembre 2013, le Dr J_____ considère que le cas du recourant n'est pas stabilisé, motif pris qu'après sept interventions à la main droite, le résultat escompté n'est toujours pas atteint et qu'il est donc impossible en l'état de répondre de manière précise aux questions posées concernant la capacité de travail du recourant, que ce soit dans son ancien métier ou dans une activité similaire.

Ces objections ne remettent pas en cause la valeur probante de l'expertise et de son complément.

Premièrement, il ne ressort pas de l'appréciation du Dr J _____ que le Dr C _____ aurait ignoré des éléments objectivement vérifiables dans le cadre de son expertise – ou de son complément – qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions.

Deuxièmement, il résulte de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2010 précité que la stabilisation de l'état de santé se détermine à l'aune de la situation prévalant au moment de la fin de la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières. Or, en l'espèce, l'intimée a mis fin au versement desdites indemnités le 8 avril 2008 en mentionnant par deux fois, soit dans un courrier intitulé « droit d'être entendu » du 16 juin 2008 (cf. dossier administratif A21) – auquel l'intéressé n'a pas réagi – et dans la décision du 16 juillet 2008 (cf. dossier administratif A22), qui n'a pas été contestée, que selon les renseignements médicaux en sa possession, l'état de santé du recourant était désormais stabilisé. Quant à la prise en charge du paiement des frais médicaux, l'intimée y a mis fin au 31 octobre 2010 (cf. dossier administratif A24).

Troisièmement, le Dr C _____ a considéré dans son rapport d'expertise du 3 décembre 2007 que l'on était en présence d'une aggravation durable et déterminante sans retour possible à un statu quo ante ou sine et que pour le poignet droit, le cas était maintenant stabilisé de sorte qu'un traitement ne se justifiait pas.

Enfin, il ne ressort pas du rapport d'expertise du 3 décembre 2007 ou d'un quelconque rapport médical transmis à l'intimée au 31 octobre 2010 que les complications tardives – douleurs métacarpo-carpiennes du 2^{ème} rayon, probablement secondaires à des troubles dégénératifs par surcharge post-arthrodèse radio-carpienne et médiocarpienne du poignet droit – mentionnées dans le complément d'expertise du 31 mai 2013 aient été prévisibles lorsque l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux. Il sied en effet de rappeler que les seules réserves émises par l'expert en 2007 concernaient une possible dégradation de l'état de la cheville et du genou gauches, sans qu'il eût la certitude que ces complications se développent un jour.

Partant, le rapport du Dr J _____ n'est pas propre à remettre en cause les conclusions du Dr C _____, notamment en ce qui concerne la stabilisation de l'état du poignet droit lorsque les indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux ont pris fin.

Quant aux rapports du Dr H _____ des 7 et 23 mars 2011, les développements qui précèdent peuvent être repris intégralement. En effet, le Dr H _____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Partant, les rapports du Dr H _____ ne sauraient non plus remettre en cause les conclusions du Dr C _____.

-
9. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 octobre 2010. Comme pour le surplus, les mesures de reclassement entreprises par l'OAI ont pris fin définitivement après l'accident du 26 mars 2009 (cf. dossier AI, pièce 178, p. 4), il s'ensuit que l'intimée a valablement statué sur le droit à une rente par décisions des 7 janvier et 18 février 2011.

Partant, il n'y a pas lieu de donner suite aux dernières conclusions du recourant en tant qu'elles impliquent une suspension de la présente procédure pendant six mois, soit le temps nécessaire à une « nouvelle stabilisation » de son état de santé qui ferait suite à une nouvelle intervention à la main droite. Par ailleurs, en concluant en outre à la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation médicale passé ce délai de six mois, le recourant excède tout autant le cadre temporel du présent litige.

10. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité et le montant de la rente éventuelle.
11. a) Dans sa décision sur opposition du 18 février 2011, l'intimée rappelle que les mesures professionnelles accordées par l'OAI à compter du 9 avril 2008 ont été stoppées après le 26 mars 1999, consécutivement à un premier accident pris en charge par la SUVA et aux conséquences de troubles dégénératifs plus importants. Elle explique avoir évalué le taux d'invalidité du recourant à 30% en se fondant sur la situation qui eût été la sienne si ces mesures professionnelles avaient été couronnées de succès.

Dans la décision du 7 janvier 2011, l'intimée précise s'être fondée sur un revenu sans invalidité de CHF 91'885.-, actualisé à CHF 96'695.90, et l'avoir comparé à un revenu d'invalidé ressortant du tableau TA3 colonne 3 de l'ESS 2008 (5'852 CHF/mois en 2008 pour 40h./sem.), calculé en tenant compte d'une durée de travail hebdomadaire de 41,7 heures et de l'indexation (CHF 75'089.20), puis réduction supplémentaire de 10% (CHF 67'580.30).

Le recourant soutient pour sa part que son revenu avant invalidité se serait élevé en 2010 à CHF 95'576.25. Quant au revenu d'invalidé, il fait valoir qu'il conviendrait de se fonder sur la colonne 4 du tableau statistique (CHF 4'806.-), précisant qu'en tenant compte d'une durée de travail hebdomadaire de 41,7 h./sem., le revenu mensuel de CHF 5'010.25 correspondrait à un revenu annuel de CHF 62'491.- en 2010, soit CHF 49'992.50 après réduction de 20%. Selon lui, une telle réduction se justifie par ses nombreuses limitations fonctionnelles.

Dans son mémoire de réponse du 10 juin 2011, l'intimée est revenue sur ses précédents calculs en soutenant que dans le cadre des mesures professionnelles mises en place par l'OAI, le recourant réalisait en 2009 un revenu de annuel de CHF 91'980.- en travaillant au sein de l'entreprise I_____. Elle ajoute qu'en comparant ce revenu indexé à 2010 (CHF 92'660.-) au revenu sans invalidité qu'elle chiffrait désormais à CHF 91'790.-, elle obtenait un taux d'invalidité inférieur à 10%.

b/aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus : ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 consid. 2b et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222; 128 V 174).

b/bb) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa).

Lorsqu'on fait appel aux données statistiques, le revenu d'invalide doit être déterminé sur la base du groupe des tableaux "A" correspondant aux salaires bruts standardisés de l'ESS. Il convient en outre toujours de se rapporter à la valeur médiane (ATF 124 V 321 consid. b/aa).

La table généralement utilisée est la table TA1 (secteur privé; ATF 126 V 75 consid. 7a). Il n'existe cependant aucune règle qui devrait être utilisée dans tous les cas. Il peut ainsi se justifier de se fonder sur le revenu statistique réalisé dans un secteur de l'économie, sur une partie de celui-ci ou sur une activité particulière lorsque cela permet de fixer plus précisément le salaire auquel l'assuré pourrait prétendre en étant invalide. Cela peut être le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, l'assuré avait travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années alors qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (ATF non publié 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 3.1 et les références).

Lorsque les circonstances le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et si ce secteur est adapté et exigible (ATF non publié 9C_142/2009 du 20 novembre 2009,

consid. 3.1). Alors que la table TA7 ne prend en considération le salaire mensuel brut qu'en fonction du domaine d'activité, la table TA3 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble) embrasse de manière plus large les divisions économiques, à l'instar de la table TA1. Cette dernière est toutefois limitée au secteur privé.

Dans un arrêt du 19 septembre 2000, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la référence aux tables englobant les secteurs privé et public n'entre en considération que si un assuré a effectivement accès au secteur public, ce qui a été admis s'agissant d'une personne arrivée en Suisse à l'âge de 30 ans et titulaire d'un permis C (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/00 du 29 septembre 2000 consid. 3b).

Les tableaux "A" qui doivent être utilisés pour déterminer le revenu d'invalidité partent de professions répondant à des exigences d'un niveau différent, le salaire croissant sensiblement au fur et à mesure que le niveau des exigences augmente. Le premier niveau – le plus élevé – comprend les activités les plus exigeantes et les plus difficiles. Le deuxième niveau implique l'exécution d'activités autonomes et qualifiées. Le troisième niveau exige des connaissances professionnelles et techniques, alors que le quatrième – le plus bas – comprend des activités simples et répétitives (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb).

Dans un arrêt du 8 septembre 2011, le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré, né en 1966, qui était arrivé en Suisse à l'âge de 18 ans sans formation professionnelle et avait travaillé comme ouvrier (employé de production semi-qualifié) dès l'âge de 20 ans, devait être mis au bénéfice du quatrième niveau même si à la suite d'un accident survenu en 2000 peu avant la fin des rapports de travail et son inscription à l'OAI, une formation pratique en informatique avait été financée par l'OAI de mai 2003 à mai 2005. Considérant que le recourant ne disposait d'aucun diplôme dans le montage et l'assemblage de composants d'ordinateurs, qu'il ne bénéficiait que d'une expérience pratique de deux ans (soit la durée de son reclassement), très éloignée de sa formation initiale et n'ayant débouché sur aucun emploi dans le secteur informatique, le Tribunal fédéral a estimé qu'une activité dans le domaine des composants électriques et électroniques en tant qu'employé spécialisé (niveau 3), n'était pas réaliste et qu'il convenait de se référer aux salaires statistiques du niveau de qualification 4 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS TA1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_910/2010 du 8 septembre 2010).

b/cc) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui

peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

b/dd) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

c/aa) En l'espèce, le dernier salaire que l'assuré a obtenu en tant que monteur en piscines s'élevait à CHF 88'196.- en 2003. Selon l'attestation de salaires de B_____ SA en liquidation (pièce 16 recourant), ce salaire aurait été de CHF 89'174.- en 2004 et 2005 et de CHF 91'885.- de 2006 à 2008.

Dans ses décisions des 7 janvier 2011 et 18 février 2011, l'intimée a retenu, sans plus de précisions, qu'au moment de la naissance du droit à la rente, soit en novembre 2010, le revenu du recourant se serait élevé à CHF 96'695.30. De son côté, le recourant a chiffré ce montant à CHF 95'576.35 dans ses écritures du 23 mars 2011 en soutenant que même si l'attestation de salaires de B_____ SA en liquidation ne comportait pas de simulation salariale au-delà de l'année 2008, il était peu vraisemblable que le revenu n'aurait pas connu d'augmentation en 2009 et 2010.

Ce point de vue mérite d'être suivi. Toutefois, contrairement à ce qu'indique le recourant, l'évolution des salaires nominaux pour les hommes n'a pas été de 1.9% entre 2009 et 2010, mais de 0,7%. Ainsi, en se fondant sur les variations annuelles des salaires nominaux intervenues en 2009 et 2010 pour les hommes (La Vie économique 4-2014, tableau B10.3), le revenu du recourant se serait élevé à CHF 94'432.50 (= 91'885 x 2'150 / 2'092) en 2010.

S'agissant du revenu d'invalidité, le choix du tableau TA3 par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique dans la mesure où le recourant, de nationalité suisse, pourrait

également exercer une activité adaptée à ses limitations dans le secteur public. En revanche, on ne saurait suivre les réflexions subséquentes de l'intimée dans ses écritures du 10 juin 2011 en tant qu'elles font état d'un revenu annuel de CHF 91'980.- pour l'activité déployée au cours du stage de reclassement au sein de l'entreprise I_____. Après analyse, ce dernier montant n'est autre que celui qui a été retenu par l'OAI pour le calcul des indemnités journalières durant le reclassement (cf. pièces 19 p. 2, 31, 32 et 33 recourant). On ne saurait dès lors retenir un revenu d'invalidé de CHF 91'980.-. Quant à l'argument de l'intimée selon lequel la référence à ce montant serait nécessaire parce que les indications concernant le dernier salaire réalisé auprès de B_____ SA seraient contradictoires, il convainc d'autant moins qu'antérieurement, soit dans la décision du 7 janvier 2011, l'intimée était elle-même parvenue à la conclusion que le recourant aurait réalisé un revenu de CHF 91'885.- en 2008 s'il était resté au service de cet employeur.

Paraît également contestable le fait que l'intimée ait retenu une activité de niveau 3 au motif que le recourant n'a pas achevé les mesures professionnelles mises en œuvre par l'OAI pour des motifs étrangers aux conséquences des trois événements de 1999, 2005 et 2006. À l'examen de la situation en effet, il apparaît que le reclassement professionnel en tant que technicien en bâtiment au sein de l'entreprise I_____ était prévu sur une durée de deux ans (cf. pièce 19 recourant). À cet égard, l'intimée observe à juste titre que les arrêts de travail (du 26 juin 2008 à l'automne 2008 puis à partir de mars 2009 ; cf. dossier AI, pièce 167, p. 2) qui ont émaillé – et interrompu définitivement – le reclassement en cours dépendaient d'événements sans lien avec ceux de 1999, 2005 et 2006. Il n'en demeure pas moins qu'on ne saurait considérer, sur la base d'un reclassement si bref, car inachevé et entravé par de nombreux mois d'arrêt de travail, comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que la mesure de reclassement aurait permis à l'assuré, à l'issue du stage, de briguer un poste de cadre intermédiaire tel qu'il est mentionné dans le rapport de réadaptation professionnelle du 2 avril 2008 (cf. dossier AI, pièce 105, p. 2), d'autant que le Dr C_____ a estimé dans son complément d'expertise qu'une activité de technicien en bâtiment n'était envisageable à 100% qu'en respectant les limitations fonctionnelles découlant précisément des événements de 1999, 2005 et 2006 (pas de déplacement sur des terrains irréguliers et nécessité d'adapter le plan de travail).

L'intimée souligne que la formation suivie dans le cadre du reclassement mis en place par l'OAI relève du secteur administratif de la gestion d'immeubles puisque décrite comme impliquant les tâches suivantes : dessin technique sur ordinateur, conseil et pose d'énergie renouvelable, thermographie, rénovation (mémoire de réponse, p. 24, cf. également rapport de réadaptation professionnelle, pièce 19 recourant).

Il s'avère que les tâches décrites relèvent de la profession de technicien ES en technique des bâtiments dont le titre est subordonné à l'obtention d'un diplôme sanc-

tionnant un plan d'études multidisciplinaire de quatre ans (cf. en particulier les pages internet suivantes consultées lors de la rédaction du présent arrêt : <http://www.orientation.ch/dyn/1109.aspx?id=879> et http://www.cpln.ch/nos_formation/metiers_techniques/technicien_technique_batiments.html). Or, en l'espèce, le programme de reclassement mis en place par l'OAI s'inscrivait dans une perspective plus modeste, sans diplôme, qui comprenait, dans un premier temps, une formation DAO suivie en parallèle avec le stage pratique en entreprise et, dans un deuxième temps, quelques cours spécifiques (thermographie, Excel ; cf. dossier AI, pièce 105, p. 2).

Au regard de l'ensemble de ces éléments, en particulier la manière dont le Tribunal fédéral a estimé le niveau de qualification d'une personne qui avait suivi jusqu'à son terme une formation pratique financée par l'AI (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_910/2010 précité), il apparaît qu'une activité d'ouvrier spécialisé (niveau 3) dans le domaine naguère envisagé par le recourant n'est pas réaliste, même si le stage avait été effectué jusqu'à son terme. Partant, il convient de se référer aux salaires statistiques du niveau de qualification 4 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2008 TA3).

Selon cette dernière table, une activité de niveau 4 correspond, pour les hommes, à un revenu mensuel moyen, part du 13^{ème} salaire incluse, de CHF 4'868.- pour 40 heures par semaine ou CHF 58'416.- par année, soit CHF 60'752.65 en tenant compte d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,6 heures en 2010 (La Vie économique 4-2014, tableau B9.2). Après indexation pour tenir compte de l'augmentation des salaires intervenue entre 2008 et 2010 (La Vie économique 4-2014, tableau B10.3), le revenu d'invalidé s'élève à CHF 62'437.- (60'752.65 x 2'150 / 2'092).

c/bb) Dans sa décision du 7 janvier 2011, l'intimée a admis une réduction du revenu d'invalidé de 10%.

Au regard des conclusions du Dr C_____, il y a lieu d'admettre que le recourant présente des limitations fonctionnelles dues aux événements de 1999, 2005 et 2006 dans la mesure où il ne peut travailler que dans des activités en position semi-assise et n'impliquant ni port de charges ni mouvements répétitifs de torsion du poignet droit.

Pour sa part, le recourant n'invoque pas d'autres motifs que les limitations retenues par l'expert pour conclure à un abattement de 20%.

Dès lors que le juge ne saurait substituer sa propre appréciation à celle de l'assureur en l'absence de motifs pertinents qui, en l'espèce, font défaut, il convient de confirmer la réduction de 10% retenue par l'intimée.

c/cc) En application de la formule habituelle, le taux d'invalidité s'établit ainsi à 40,49% $([94'432.50 - 56'193.30] \times 100 / 94'432.50)$. Il convient de l'arrondir à 40% (ATF 130 V 121).

c/dd) Compte tenu d'un gain assuré qui s'élève à CHF 91'885.-, en application de l'art. 24 al. 2 OLAA, dont le 80% représente CHF 73'508.- (art. 20 al. 1 LAA), la rente d'invalidité annuelle s'élève à CHF 29'403.-, soit CHF 2'450.25 par mois.

Partant, le montant de la rente due au recourant dès le 1^{er} novembre 2010 est de CHF 2'450.25.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision de l'intimée du 18 février 2011.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de CHF 2'450.25 par mois dès le 1^{er} novembre 2010.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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