

GE_GERICHTE A/1628/2016 vom 29. November 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1628_2016

FR: GE_GERICHTE A/1628/2016 du 29 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/1628/2016 del 29 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, a été victime d'un premier accident le 1^{er} octobre 1984. Alors qu'il circulait aux commandes d'un chariot élévateur de 2.5 tonnes à son lieu de travail, il avait escaladé un amas de terre qu'il n'avait pas vu devant la roue avant droite. Déséquilibrée par cet obstacle, la machine avait basculé de côté et écrasé la jambe gauche de l'assuré en retombant sur le flanc. Les suites de cet événement, qui avait occasionné une fracture ouverte de stade III des deux os de cette jambe au tiers distal, avaient été prises en charge par la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) puis par la commission AI du canton de Genève (ci-après : la commission AI), qui lui a octroyé, le 25 février 1988, une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 1985, à laquelle s'est ajoutée, le 22 septembre 1988, une rente complémentaire LAA de 50% avec effet au 1^{er} novembre 1988. 2. À partir du 1^{er} juin 1990, la rente entière de l'assurance-invalidité a été remplacée par une demi-rente, fondée sur un degré d'invalidité de 50%. 3. Le 22 mars 1993, l'assuré a retrouvé un emploi de graveur sur pièces métalliques à 50% (vingt heures par semaine) auprès de B_____ (ci-après : entreprise B_____). 4. Le 6 octobre 2005, il a été victime d'une première rechute (lombalgies chroniques) ayant entraîné une incapacité de travail jusqu'au 9 janvier 2006 – date de la reprise au taux habituel de 50% – et nécessité des séances de physiothérapie et piscine jusqu'en 2010. Les suites de cette rechute ont également été prises en charge par l'assureur. 5. Le 4 août 2014, alors qu'il était en vacances au Kosovo, en train de cuisiner, l'assuré a reçu un pot de sauce brûlante sur sa jambe gauche. 6. Par certificat du 22 août 2014, le docteur C_____, infectiologue et médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a délivré un certificat d'arrêt de travail suite à cet événement. L'incapacité de travail de l'assuré était totale du 19 août au 2 septembre 2014 et une reprise du travail prévue pour le 3 septembre 2014. 7. Le 22 septembre 2014, le docteur D_____, radiologue, a pratiqué des radiographies de la jambe gauche de l'assuré, de face et de profil. D'après ses conclusions, il existait un sévère remodelage post-traumatique et possiblement ostéomyélitique chronique du tibia gauche distal avec image « radioclaire » ronde douteuse en projection sus-métaphysaire médiale à confronter aux données cliniques, compatible avec un foyer d'ostéomyélite subaigu local. 8. Le même jour, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 8 septembre 2014, probablement jusqu'au 8 octobre 2014. 9. Dans un rapport du 24 novembre 2014 à l'assureur, le Dr

C_____ a indiqué qu'avant l'accident du 4 août 2014, l'assuré travaillait du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 pour l'entreprise B_____ et qu'il n'exerçait pas d'autre activité lucrative. Les causes des lésions actuelles étaient dues aux brûlures subies le 4 août 2014, d'une part, et à l'accident du 1^{er} octobre 1984, d'autre part. Il n'était pas encore capable de reprendre son travail et le traitement médical suivait son cours.![endif]>![if> 10. Dans un rapport du 2 décembre 2014, le docteur F_____, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a posé le diagnostic de déficience cicatricielle et ostéite du tibia gauche trente ans après ostéosynthèse. Il existait une perte de tissus mous et des signes d'ostéite. Une reprise du travail à 100% était « prévue le 24 novembre 2014 » (sic !).![endif]>![if> 11. Le 30 décembre 2014, l'assureur a reçu un rapport du service des urgences des HUG, daté du 20 août 2014, relatant le séjour que l'assuré y avait effectué seize jours après l'accident. Dans une brève anamnèse, les docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine générale, et H_____, médecin interne, ont noté que l'assuré avait présenté, deux semaines avant la consultation, un état grippal, avec état fébrile à 39-40 degrés, durant trois jours. Une fois la fièvre retombée, l'assuré avait remarqué une rougeur avec chaleur et tuméfaction au niveau de la malléole interne du pied gauche. Étant donné que l'assuré se trouvait en vacances au Kosovo à ce moment, il avait consulté un médecin sur place. Celui-ci lui avait prescrit cinq jours d'un « antibiotique X ». L'évolution avait été favorable, avec diminution de l'érythème et de la tuméfaction. À l'examen clinique, le Drs G_____ et H_____ ont noté, sur le plan cutané, des crevasses sèches au pourtour du talon sous la malléole interne gauche avec érythème de toute la partie interne du pied gauche. En outre, le bord médial de la jambe gauche se caractérisait par la présence d'une tuméfaction avec chaleur dans la partie distale.![endif]>![if> 12. Dans un rapport intermédiaire du 30 mars 2015 à l'assureur, le Dr C_____ a posé le diagnostic de trou sous-cutané pré-tibial droit post brûlure. Cette affection était qualifiée de stable malgré des tentatives de traitement par antibiotiques et des séances d'oxygénation en caisson hyperbare. Aussi fallait-il s'attendre à une persistance à vie du trou sous-cutané, d'autant que des circonstances particulières pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison (diabète et lésions cutanées posttraumatiques de longue date). La durée prévue du traitement était de deux ans.![endif]>![if> 13. Par certificat du 27 avril 2015, le docteur I_____, diplômé de médecine hyperbare, a attesté que l'assuré était en traitement depuis le 27 avril 2015. Sa capacité de travail était nulle du 28 avril 2015 jusqu'au 30 juin 2015.![endif]>![if> 14. Le 1^{er} août 2015, l'assuré a repris son travail à 50%, soit deux heures par jour.![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2015, qui faisait suite à une consultation ayant eu lieu trois jours auparavant, le Dr C_____ a indiqué que « le trou [stagnait] malgré le caisson hyperbare » mais qu'il n'y avait pas d'écoulement. Les médecins qui administraient les séances de caisson hyperbare avaient prolongé l'arrêt de travail à 100% jusqu'au 31 juillet 2015. Pour sa part, le Dr C_____ avait tenté de convaincre l'assuré de reprendre son travail et évoqué à nouveau l'éventualité d'une fermeture chirurgicale, « forcément lourde ». Étant donné qu'il n'avait pas de plaintes autres que celles qui concernaient son trou pré-tibial, l'assuré avait réfléchi à la proposition chirurgicale avant d'annoncer qu'il préférerait « rester pour l'instant comme ça ». Il changeait lui-même ses pansements et recevait une ordonnance pour cela. Selon le Dr C_____, il y avait un problème concernant l'arrêt de travail de l'assuré : depuis plus d'une année, un tel arrêt lui était délivré pour un trou cutané asymptomatique. Dans ce contexte, le Dr C_____ avait prévu une reprise du travail à 50% à partir du 1^{er} août 2015, augmentée à 75% à partir du 17 septembre 2015. Après avoir d'abord manifesté son accord avec cet

accroissement de son taux d'activité, l'assuré, appuyé par son fils, s'était ravisé et avait demandé que l'arrêt de travail actuel – de 25% – fût remplacé rétroactivement par un arrêt de travail à 50% (deux heures par jour). L'assuré estimait que le fait d'avoir travaillé 23 ans dans sa vie était suffisant et que d'autres personnes, placées dans la même situation, auraient cessé toute activité. En clair : l'assuré et son fils ne voulaient pas entendre qu'un trou asymptomatique ne constituait pas un argument en faveur d'un arrêt de travail infini. Aussi l'assuré avait-il manifesté bruyamment son désaccord dans la salle de traitement en présence des autres patients, des médecins et de l'équipe infirmière. Sur quoi, un chirurgien lui avait délivré un nouvel arrêt de travail de durée indéterminée (à 50%).

16. Le 22 octobre 2015, le Dr C_____ a précisé que le trou pré-tibial ne se refermerait sans doute jamais et que l'assuré s'estimait incapable de travailler à plus de 50% avec une telle affection, même s'il n'avait « pas d'autres symptômes ». Dans ce contexte caractérisé par le fait que l'assuré venait se faire délivrer ses certificats d'arrêt de travail par lui, son infectiologue – et non par son médecin traitant –, le Dr C_____ a proposé une évaluation externe de la capacité de travail.

17. Le 25 novembre 2015, le fils de l'assuré a téléphoné à l'assureur pour lui annoncer que son père ne pourrait pas se rendre à la consultation du médecin d'arrondissement, prévue le 30 novembre 2015. Le 24 novembre 2015, l'assuré avait pris une petite semaine de vacances, « peut-être au Kosovo ». Sur quoi, l'assureur a indiqué au fils de l'assuré que ce dernier aurait normalement dû annoncer son absence et produire un certificat de son médecin l'autorisant à quitter le territoire. Jusqu'à présent, l'assureur restait dans l'attente d'un tel document.

18. Par courrier du 25 novembre 2015, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'au vu des éléments qui ressortaient de l'entretien téléphonique du même jour avec son fils, il se voyait obligé d'émettre des réserves et de suspendre toutes prestations d'assurance dès le 25 novembre 2015.

19. Déférant à une nouvelle convocation de l'assureur, l'assuré s'est rendu le 4 décembre 2015 auprès du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur. Celui-ci a rendu son rapport le 7 décembre 2015.

L'assuré lui avait déclaré que le pot de sauce brûlante, tombé accidentellement sur la jambe gauche en août 2014 avait abîmé la peau en regard de la lésion opérée du tibia gauche, qui était jusqu'alors en bonne évolution. Au cours de l'année écoulée, il avait été suivi par le docteur O_____, médecin adjoint agrégé auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur (HUG). Ce dernier avait évoqué un pronostic incertain avec une possibilité de garder une fistule sur ostéite chronique, peut-être à vie. Il était également suivi par le Dr K_____ (recte : Dr K. C_____) en chirurgie plastique à l'hôpital. Actuellement, l'assuré portait un pansement de petite taille qu'il changeait lui-même deux à trois fois par semaine. Il n'était pas obligé de le changer tous les jours. Sur le plan clinique, l'assuré évoquait des douleurs, parfois en position assise prolongée, ainsi qu'une inflammation de son tibia gauche qui l'obligeait à garder la jambe surélevée pour faire diminuer l'œdème. Sur le plan professionnel, il travaillait comme graveur de plaques de boîtes aux lettres. Il s'agissait d'une tâche effectuée en position assise, sans effort physique. Depuis deux mois (recte : depuis le 1^{er} août 2015), il travaillait à 50%, soit deux heures par jour, alors que son activité habituelle était de quatre heures par jour, depuis les débuts de celle-ci en 1993. Il était également suivi pour un diabète non insulino-dépendant, traité avec des comprimés. L'assuré évoquait un bon équilibre de son diabète. Il n'y avait pas d'autre anomalie pour le surplus. Sur le plan pratique, l'assuré habitait à environ trois kilomètres de son lieu de travail. Il était capable de conduire une voiture à boîte automatique. Ceci ne posait pas de soucis. À l'examen

clinique, qui concernait exclusivement les membres inférieurs, le Dr J_____ a rappelé que la brûlure n'avait pas touché de zone corporelle autre que la jambe gauche. Il persistait, sur celle-ci, une limitation de la mobilité de la cheville gauche, avec une flexion qui restait limitée à 5° en flexion dorsale et 15° en flexion plantaire. Il existait, au niveau de la peau, une rougeur d'environ 5 cm de longueur par 3 cm de largeur. Toutefois, il n'y avait pas d'œdème ni d'écoulement actif au niveau de la cheville. Le pansement que l'assuré portait à cet endroit était sec au moment de l'examen. Après avoir mentionné qu'il ne disposait pas d'élément qui aurait permis une analyse radiologique – utile – du cas, le Dr J_____ a posé les diagnostics suivants : - _____ status après fracture complexe de l'extrémité inférieure du tibia et péroné gauche, traitée par ostéosynthèse en 1984 avec une bonne évolution ;![endif]>![if> - _____ décompensation par brûlure de la peau au niveau du membre inférieur gauche, au niveau de la cicatrice avec éventualité d'une ostéite chronique persistante au niveau de la cicatrice.![endif]>![if> Dans l'appréciation du cas, le Dr J_____ a considéré que les suites du grave accident de 1984 avaient été globalement favorables, permettant la reprise d'une activité à temps partiel (50%, soit quatre heures par jour). Malheureusement, le nouvel épisode traumatique survenu en août 2014 – brûlure au niveau de la cicatrice d'ostéosynthèse – avait compliqué la situation, laissant un pertuis qui était actif. La rougeur constatée au niveau de la cicatrice – et zone d'écoulement – témoignait d'une situation qui n'était pas complètement stabilisée et d'une infection osseuse chronique probable. Les photos prises le jour de la consultation illustraient ce fait. En plus de son accident traumatique, l'assuré était porteur d'un diabète insulino-dépendant contrôlé mais qui limitait probablement l'évolution de cette infection chronique. Sur le plan subjectif, l'assuré évoquait des gonflements au niveau de son membre inférieur gauche en cas d'activité importante. Sur le plan de la capacité de travail, le Dr J_____ pouvait accepter que l'assuré exerce son activité habituelle à 50%, soit deux heures par jour. Toutefois, il était fort probable que dès que la situation se serait améliorée, on pourrait envisager, au cours des prochains mois, un retour au taux d'activité habituel (quatre heures par jour). En l'état, le Dr J_____ demandait qu'on lui transmette l'ensemble du dossier radiologique. Il convenait également que l'assureur se procure un rapport sur la partie orthopédique du cas auprès du Dr O_____. Une fois en possession de ces éléments, une réévaluation serait effectuée. 20. Le 10 décembre 2015, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il annulait ses réserves et reprenait le versement des prestations d'assurance.![endif]>![if> 21. Dans un rapport du 15 février 2016, la docteure L_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a posé le diagnostic de fistule en regard du matériel d'ostéosynthèse du tibia gauche. La durée du traitement n'était pas prévisible mais une reprise du travail possible à 50% depuis le 1^{er} août 2015 et ce « éternellement ». Il fallait s'attendre à la persistance d'un pertuis avec écoulement. ![endif]>![if> 22. Par appréciation du 17 mars 2016, le Dr J_____ a considéré à la lumière des nouveaux éléments versés au dossier qu'il convenait de proposer un retour à l'état antérieur, soit à une activité à 50% (quatre heures par jour) en tant qu'employé de production dans le secteur gravure. Il y avait lieu de relever que cette proposition avait été faite à l'assuré le 4 décembre 2015, jour de l'examen médical, et que les éléments reçus dernièrement ne semblaient pas contraindre un retour à l'activité habituelle au taux précité.![endif]>![if> 23. Par courrier du 21 mars 2016, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il le considérait apte à travailler « à 100% » dans son activité professionnelle adaptée d'employé de production à 50% dans le secteur gravure, ce dès le 1^{er} avril 2016.![endif]>![if> 24. Le 23 mars 2016, l'assuré a téléphoné à l'assureur pour lui faire

part de son désaccord avec le courrier qui lui avait été adressé deux jours plus tôt. Il ne pouvait pas travailler plus de deux heures par jour, vu son état.![endif]>![if> 25. Par courrier du 24 mars 2016 à l'assureur, l'assuré a confirmé qu'il n'était nullement apte à reprendre son travail à 100% (50% en tant qu'employé de production dans le secteur gravure) comme indiqué par le Dr J_____. En effet, il avait consulté le Dr O_____ le 21 mars 2016 et celui-ci avait confirmé que l'état actuel de sa jambe ne lui permettait pas de reprendre le travail à 100%. Ce médecin avait également indiqué qu'il n'était pas opérable pour le moment, craignant que la plaie sur ladite jambe ne puisse se refermer en raison de son diabète. Pour corroborer ses dires, l'assuré a produit un certificat du 21 mars 2016 établi par le Dr C_____, aux termes duquel sa capacité de travail était de 50% du 1^{er} avril au 15 mai 2016.![endif]>![if> 26. Dans un rapport intermédiaire du 22 mars 2016 à l'assureur, le Dr C_____ a rappelé que le trou pré tibial persisterait à vie et qu'il n'avait pas d'autres propositions à formuler, notamment sur le plan thérapeutique, ajoutant que la durée prévisible du traitement était éternelle et la fréquence des consultations d'une fois tous les deux mois. Le traitement actuel consistait en un pansement. Le Dr C_____ a ajouté que l'assuré se faisait délivrer un arrêt de travail à 50% depuis plus d'une année mais qu'il ne pensait pas qu'un tel arrêt se justifiait pour un simple trou pré tibial asymptotique. Du reste, il avait déjà contacté l'office de l'assurance-invalidité et l'assureur pour réévaluer cette capacité de travail de façon indépendante.![endif]>![if> 27. Par décision du 30 mars 2016, l'assureur a confirmé ses lignes du 21 mars 2016.![endif]>![if> 28. Le 13 avril 2016, l'assuré a formé opposition à la décision du 30 mars 2016. Comme indiqué par le Dr O_____, l'état actuel de sa jambe ne lui permettait pas de reprendre le travail « à 100% ». D'ailleurs, il avait joint un certificat médical à son courrier du 24 mars 2016, indiquant une incapacité de travail à 50% du 1^{er} avril au 15 mai 2016.![endif]>![if> 29. Par décision sur opposition du 20 avril 2016, l'assureur a relevé que si nul ne contestait que le Dr C_____ avait reconnu une incapacité de travail de 50% jusqu'au 15 mai 2016, force était de constater que ce praticien avait énoncé qu'il ne pensait pas que l'assuré nécessitait un arrêt de travail pour un simple trou pré tibial asymptotique. De plus, le Dr C_____ avait déjà souligné le 1^{er} octobre 2015 que l'assuré et son fils ne voulaient pas entendre qu'un trou asymptotique n'était pas un argument en faveur d'un arrêt de travail infini. Sur la base de ces éléments, l'assureur a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.![endif]>![if> 30. Par acte du 20 mai 2016, l'assuré, représenté par un mandataire, a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 20 avril 2016. En recevant un pot de sauce brûlante sur sa jambe gauche le 4 août 2014, le trou pré tibial s'était rouvert. À l'heure actuelle, il présentait toujours d'importantes limitations à sa capacité de travail, notamment à cause de l'accident du 4 août 2014. Il était suivi médicalement par les Drs C_____, O_____ et « M_____ » (plus probablement : E_____) dont il attendait toujours des rapports faisant le point sur sa situation médicale. À la lumière de ces éléments, le recourant a conclu, préalablement, à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son recours et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'intimée, le tout avec suite de frais et dépens.![endif]>![if> 31. Dans un rapport du 14 juin 2016, le docteur N_____, médecin interne auprès du département de chirurgie des HUG, a fait état d'une persistance de la plaie avec pourtour inflammatoire, probablement à vie. Une « reprise du travail à 50% » (recte : une capacité de travail de 50%) était prévue pour le 15 mai 2016. ![endif]>![if> 32. Le 21 juin 2016, l'assuré a complété son recours. ![endif]>![if> Il avait repris son travail à 50%, soit deux heures par jour, le 1^{er} août 2015 et bénéficiait depuis lors des indemnités journalières de

l'intimée, réduites à 50%. Depuis le 1^{er} avril 2016, il travaillait toujours à 50% mais ne percevait plus d'indemnités journalières. Or, à teneur du rapport du 15 février 2016 de la Dresse L_____, la durée du traitement n'était pas prévisible et une reprise du travail possible à 50% depuis le 1^{er} août 2015 et ce « éternellement ». Bien que le Dr J_____ eût repris les termes du rapport de la Dresse L_____ dans son appréciation du 17 mars 2016, il avait conclu, de manière contradictoire, que les éléments reçus dernièrement ne semblaient pas contraindre un retour à l'activité habituelle à raison de quatre heures de travail par jour. Ce faisant, le Dr J_____ n'avait tenu compte ni de sa situation personnelle ni de l'interférence de ses affections. Il était âgé de 60 ans et avait déjà été victime de deux accidents graves. À ce titre, l'intimée ne pouvait raisonnablement exiger de lui qu'il ait la même capacité de travail « qu'une personne ordinaire ». Contrairement à ce que prétendait l'intimée, le fait de travailler en position assise, sans effort physique, et de pouvoir se rendre en voiture à son lieu de travail situé à proximité de son domicile ne supprimait ni le traumatisme subi par son corps du fait de ces deux accidents, ni la fatigue naturelle due à l'âge. Par conséquent, son aptitude, évaluée en 1984, ne pouvait raisonnablement pas être la même trente-deux ans plus tard, qui plus est avec un accident supplémentaire. Concernant l'interférence des affections, il convenait de rappeler qu'il souffrait d'un trou pré tibial avec écoulement, dont la cicatrisation était compliquée par son diabète. Les rapports du Dr J_____ et la décision entreprise ne s'attardaient que sur le trou pré tibial – qui serait asymptomatique – mais ils ne tenaient pas compte de l'interférence de ce diagnostic avec le diabète, sauf pour relever que le diabète compliquait la cicatrisation. Sans tirer de conséquences de ce dernier élément, le rapport du Dr J_____ ne relevait pas non plus d'interférence médicamenteuse relative aux symptômes des différentes affections. Enfin, aucun rapport psychiatrique n'avait permis d'évaluer les séquelles psychiques des deux accidents dont il avait été victime. Ainsi, l'instruction médicale diligentée par l'intimée reposait sur des rapports incomplets qui ne permettaient pas de justifier la suppression des indemnités journalières à compter du 1^{er} avril 2016. 33. Dans sa réponse du 12 août 2016, l'intimée a relevé que le Dr J_____, dans son appréciation du 7 décembre 2015, avait expliqué qu'un retour du recourant dans son activité habituelle devait être envisagé au cours des prochains mois. Aussi ce médecin avait retenu, dans son appréciation du 17 mars 2016, après avoir examiné le matériel d'imagerie à disposition, que les atteintes du recourant n'entraînaient plus d'incapacité de travail. Singulièrement, le Dr J_____ avait admis qu'en dépit des troubles persistants – à savoir une ostéite chronique avec fistule –, le recourant était à même de reprendre son activité habituelle à raison de quatre heures de travail par jour. Ainsi, il convenait d'exclure que l'événement du 4 août 2014 entraînait une incapacité de travail après le 31 mars 2016. Au demeurant, le diabète dont souffrait l'assuré ne pouvait justifier la poursuite des indemnités journalières dès lors que cette atteinte était sans rapport avec l'accident du 4 août 2014, qui faisait seul l'objet de la procédure. Pour le surplus, on ne voyait aucun motif qui fût à même de justifier l'ouverture d'une instruction complémentaire relative à d'éventuels troubles psychiques, aucun médecin n'ayant évoqué de telles atteintes. Au regard de ces éléments, l'intimée a conclu au rejet du recours. 34. Par réplique du 13 septembre 2016, le recourant a repris en substance l'argumentation développée dans sa première écriture, ajoutant qu'au vu de la teneur du rapport du 15 février 2016 de la Dresse L_____ et de la première appréciation du Dr J_____, l'intimée devait en définitive augmenter la rente de 50 à 75% dès lors que la capacité de travail résiduelle après l'accident du 4 août 2014 était estimée à 25%, soit 50% du taux d'activité actuel. Il ressortait clairement du rapport de la Dresse

L_____ du 15 février 2016 que des circonstances particulières, soit le diabète et l'accident de 1984, influençaient l'évolution du traitement. Partant, cette évolution n'était pas prévisible et la reprise du travail à 50% devait être permanente dans le contexte d'une persistance du pertuis avec écoulement. Par ailleurs, il était erroné de prétendre que le diabète était sans rapport avec l'accident du 4 août 2014. En effet, les conclusions de la Dresse L_____ attestaient que c'était justement à cause du diabète que la cicatrisation était compliquée et que le trou pré tibial persistait. Le recourant n'avait jamais affirmé souffrir de troubles psychiques. Toutefois, en application de la jurisprudence, il appartenait au médecin et éventuellement au psychiatre d'apprécier de manière globale les conséquences d'un accident sur l'état de santé de la victime, en particulier les séquelles psychiques, ainsi que d'éventuelles interférences des affections. Dans le présent contexte, marqué par deux accidents graves, le recourant devait vivre avec la douleur due à un trou pré tibial qui coulait et nécessitait un pansement. De plus, il prenait tous les jours des médicaments destinés à maîtriser son diabète. Par conséquent, il semblait logique et cohérent de demander une évaluation psychiatrique globale des conséquences des deux accidents sur l'état de santé du recourant, ainsi que des éventuelles interférences entre les différentes affections. Dans la mesure où l'instruction médicale du dossier faisait l'impasse sur ces aspects, le rapport du médecin d'arrondissement n'aboutissait pas à un résultat convaincant, de sorte qu'on ne pouvait lui reconnaître la moindre valeur probante. 35. Par duplique du 27 septembre 2016, l'intimée a soutenu que les critères jurisprudentiels dont dépendait l'existence d'une relation de causalité adéquate entre d'éventuelles atteintes psychiques et l'accident assuré n'étaient manifestement pas réunis dans le cas d'espèce. Par ailleurs, on pouvait d'autant moins reprocher au Dr J_____ d'avoir ignoré des éléments médicaux pertinents qu'il ressortait des rapports des Drs C_____ et L_____ que l'ostéite chronique avec fistule au niveau du tibia gauche était compatible avec la reprise, par le recourant, de son activité d'employé de production au même taux (50%) qu'avant l'accident du 4 août 2014.![endif]>![if> 36. Le 28 septembre 2016, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, au recourant.![endif]>![if> 37. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. 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.![endif]>![if> 4. Le litige porte exclusivement sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au 31 mars 2016 aux indemnités journalières allouées au recourant suite à l'accident survenu le 4 août 2014. En d'autres termes, il s'agit d'examiner si les atteintes consécutives à cet événement ont entraîné une incapacité de travail postérieure au 31 mars 2016.![endif]>![if>

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 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). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance

prépondérante (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). Ainsi, lorsqu'un ouvrier est victime d'une brûlure du pied – provoquée par une infiltration accidentelle de soude caustique dans la chaussure – et que la lésion provoque, conjointement avec une prédisposition constitutionnelle (diabète), une réaction inflammatoire non maîtrisable du pied qui entraîne, in fine, une amputation de la jambe, l'assureur-accidents voit sa responsabilité engagée pour le tout même si l'atteinte à la santé constitue, en très grande partie, la conséquence de la maladie. Une telle solution s'impose dans la mesure où une l'évolution décrite ne se serait pas produite avec la maladie seule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 413/05 du 5 avril 2007 consid. 4.2.1). En revanche, l'assureur-accidents n'a pas à intervenir lorsqu'une prédisposition constitutionnelle est déclenchée par un accident, mais que celui-ci n'aurait pas été nécessaire pour ce faire, parce que l'état maladif antérieur aurait pu s'activer en tout temps spontanément, l'accident n'ayant aucune signification indépendante sous l'angle du lien de cause à effet. Il s'agit d'un cas spécial dans lequel le statu quo ante n'est pas atteint, mais où le statu quo sine intervient dans un délai relativement bref. On parle alors de cause aléatoire ou occasionnelle pour les conséquences de laquelle l'assureur-accidents ne répond pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 413/05 du 5 avril 2007 consid. 4.2.3 ; Jean-Maurice FRESARD, Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol, XIV, 3 ème éd. 2016, p. 930 n. 107 et les références). 8.

a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p.

84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid.

5c/bb). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). } Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). b/bb. 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). b/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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

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

11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGa, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de

savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). 12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 13. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). 14. a. En l'espèce, il n'est pas contesté qu'à la suite d'une brûlure accidentelle de la jambe gauche survenue le 4 août 2014, le recourant a besoin d'un suivi médical lié à une lésion de la peau en regard d'une ancienne lésion du tibia gauche opérée en 1984 à la suite d'un premier accident. Il n'est pas contesté non plus qu'il a présenté une incapacité de travail entière jusqu'au 31 juillet 2015 et qu'il a repris son travail à 50%, soit à raison de deux heures par jour le 1^{er} août 2015. Les parties s'opposent principalement sur l'exigibilité d'un retour, au 1^{er} avril 2016, au taux d'activité qui prévalait avant le deuxième accident dans la profession habituelle de graveur sur pièces métalliques auprès de l'entreprise B_____, correspondant à quatre heures par jour. Dans la décision entreprise, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, le Dr J_____. Au terme de son appréciation du 7 décembre 2015, faite à l'issue de l'examen clinique du 4 décembre 2015, ce médecin avait constaté une rougeur au niveau de la zone d'écoulement du trou pré tibial, témoignant d'une infection osseuse chronique probable. Tout en indiquant qu'il pouvait accepter que le recourant travaille à 50% de son activité habituelle (deux heures par jour), le Dr J_____ avait laissé entrevoir à celui-ci qu'un retour à l'activité habituelle (quatre heures par jour) était envisageable au cours des prochains mois après réévaluation du cas, précisant que cette dernière serait effectuée après réception de l'ensemble du dossier radiologique et obtention d'un rapport concernant la partie orthopédique. Dans l'intervalle, le Dr J_____ avait notamment reçu le rapport du 15 février 2016 de la Dresse L_____, indiquant que la reprise du travail à 50%, qui avait eu lieu le 1^{er} août 2015, était prévue « éternellement ». Sous ch. 5, ce rapport renvoyait toutefois aux remarques du précédent rapport du 22 octobre 2015, établi par le Dr C_____.

qui comportait la même appréciation (« éternellement ») mais rappelait, sous l'intitulé « problème majeur », la nécessité d'une évaluation externe de l'incapacité de travail. Dans son appréciation du 17 mars 2016, le Dr J_____ a rappelé que la proposition de reprise de l'activité de graveur au taux habituel de 50% (quatre heures par jour) avait été faite au recourant le jour de l'examen médical, soit le 4 décembre 2015 et que les éléments reçus dernièrement ne semblaient pas contre-indiquer un retour à son activité habituelle à raison de quatre heures par jour. Force est de constater que le Dr J_____ a examiné les divers rapports relatifs à l'accident du 4 août 2014, qu'il a recueilli les déclarations du recourant sur les plans clinique, professionnel et pratique, et procédé à un examen clinique au terme duquel il a accepté le maintien d'une incapacité de travail à 50% (deux heures par jour) tout en évoquant un prochain retour au taux habituel de quatre heures par jour à l'issue d'une seconde évaluation du cas, le temps d'examiner l'ensemble du dossier radiologique des HUG ainsi qu'un rapport pour la partie orthopédique. b/aa. Dans un premier moyen, le recourant reproche au Dr J_____ de s'être fondé sur le rapport de la Dresse L_____ pour en tirer des conclusions opposées. Il lui fait également grief de n'avoir tenu compte ni de l'interférence entre le trou pré tibial et le diabète, ni de l'interférence médicamenteuse relative aux symptômes des diverses affections. Ces critiques ne sauraient être suivies pour plusieurs raisons. La Dresse L_____ porte certes une appréciation différente de la capacité de travail en indiquant que la capacité de travail du recourant serait « éternellement » de 50% (deux heures par jour) depuis le 1^{er} août 2015. On soulignera toutefois que cet avis comporte une réserve de taille, dans la mesure où ce médecin renvoie expressément aux remarques du rapport du 22 octobre 2015, dans lequel le Dr C_____ évalue également la capacité de travail à deux heures par jour « éternellement », tout en nuancant fortement cette appréciation quelques lignes plus bas, au vu de l'absence de symptômes autres qu'un trou pré tibial qui ne va probablement jamais se refermer. Dans ce contexte, on relèvera surtout que le Dr C_____ a précisé dans son rapport du 1^{er} octobre 2015 qu'un trou pré tibial asymptomatique ne constituait pas un argument en faveur d'un arrêt de travail infini et qu'après avoir réduit le taux d'incapacité à 25% à compter du 17 septembre 2015 dans le cadre d'un retour progressif au travail, ce médecin s'était heurté, quelques jours plus tard, à la très vive résistance opposée par le recourant et son fils sous l'œil du corps hospitalier et des patients réunis, événement qui avait abouti à la délivrance d'un nouvel arrêt de travail à 50%. La critique sur la prétendue absence d'analyse des interférences des conséquences de l'accident du 4 août 2014 avec le diabète tombe également à faux. En effet, il n'a pas échappé au Dr J_____, le 7 décembre 2015, que le recourant était suivi pour un diabète non insulino-dépendant, traité avec des comprimés, qui limitait probablement l'évolution de la situation au niveau de la zone d'écoulement du pertuis. De plus, l'appréciation du 17 mars 2016, aux termes de laquelle un retour au taux d'activité habituel de quatre heures était possible, a été portée en prenant précisément en considération la persistance du pertuis rappelée par les Drs C_____ et L_____ le 22 octobre 2015, respectivement le 15 février 2016. Enfin, on ne voit pas à quel élément concret la critique sur l'absence d'analyse des interférences médicamenteuses se rattache dès lors qu'il ressort des nombreux rapports versés au dossier que le traitement des séquelles de l'accident du 4 août 2014 se résumait, déjà en octobre 2015, à de simples pansements (cf. pièce 50 p. 1 dossier intimé). Quant aux certificats délivrés par d'autres médecins – à l'image de celui délivré le 14 juin 2016 par le Dr N_____ – faisant apparemment état de la persistance d'une incapacité de travail de 50% (deux heures par jour) au-delà du 31 mars 2016, ils ne comportent aucune motivation à l'appui de leur

appréciation. b/bb. Dans un second moyen, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir instruit la question d'éventuels troubles psychiques en lien avec le premier et/ou le second accident. Il ajoute cependant n'avoir jamais affirmé qu'il souffrait de troubles psychiques. Dans ces circonstances, quoi qu'en dise le recourant, on ne saurait faire grief à l'intimée de n'avoir pas suffisamment déterminé l'état de fait pertinent dans toute la mesure nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux indemnités journalières et leur suppression. Il sera par ailleurs rappelé à toutes fins utiles qu'il n'est pas question d'exiger de l'intimée qu'elle apporte la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé, notamment psychique, ne subsiste plus ou que le recourant est dorénavant en parfaite santé. (cf. ci-dessus : consid. 11). Enfin, dans la mesure où l'existence de troubles psychiques n'est pas alléguée, la chambre de céans se dispensera d'examiner si l'événement du 4 août 2014 constitue un accident de peu de gravité ou s'il se situe à la limite des accidents de gravité moyenne (cf. ci-dessus : consid. 8b). c. Il résulte de ce qui précède qu'on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir axé l'instruction médicale sur les aspects somatiques du cas. Pour le surplus, les rapports des divers intervenants versés au dossier, qu'il s'agisse de ceux des Drs C_____ et L_____ ou d'autres médecins, ne laissent pas subsister de doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence des appréciations sérieuses et convaincantes du Dr J_____, auxquelles il convient d'accorder pleine valeur probante. Il est par conséquent établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a recouvré sa capacité de travail de 50% (quatre heures par jour) dans sa profession habituelle à compter du 1^{er} avril 2016. On rappellera dans ce contexte que le recourant bénéficie, depuis le 1^{er} juin 1990, d'une demi-rente de l'assurance-invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50%. Partant, l'intimée était fondée à mettre un terme au versement d'indemnités journalières au 31 mars 2016. 15. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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