

GE_GERICHTE A/1668/2021 vom 19. Dezember 2023

GE Cour de justice, 2023-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1668_2021

FR: GE_GERICHTE A/1668/2021 du 19 décembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/1668/2021 del 19 dicembre 2023

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, elle est aussi compétente à raison du lieu pour juger du présent litige.

E. 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.

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario).

E. 4

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est par contre soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 5

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable sous cet angle.

E. 6

E. 6.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est

prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les références ; 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références). Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_87/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.3 et les références ; 8C_420/2008 du 31 mars 2009 consid. 1.3).

E. 6.2

En l'espèce, si le recourant a certes conclu, dans son acte de recours du 11 mai 2021, à ce que l'intimée instruisse son droit à un complément d'IPAI, il sied de constater qu'il n'avait pas remis en cause la décision de l'intimée concernant l'IPAI à l'occasion de son opposition du 2 septembre 2019, dans le cadre de laquelle il ne contestait que la fin du versement des indemnités journalières, la fin de la prise en charge des frais médicaux et les conclusions de l'intimée concernant la rente d'invalidité, sollicitant la suspension de l'instruction sur ce point, jusqu'à la stabilisation médicale de son état de santé.

À défaut de contestation de l'IPAI allouée, et compte tenu du fait que celle-ci concerne un rapport juridique distinct des autres points litigieux, la décision du 28 juin 2019 est entrée en force à cet égard et la chambre de céans n'est pas habilitée à statuer sur cette question, en l'absence de rechute ou de séquelles tardives alléguées qui seraient survenues après la décision précitée. La problématique de l'IPAI n'a pas non plus – à juste titre – été traitée par la décision sur opposition. Le recours s'avère ainsi irrecevable sur ce point.

E. 7

Le litige porte par conséquent sur la prise en charge, par l'intimée, des frais de traitement au-delà du 11 mars 2019, sur le droit du recourant à des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2019 et sur le droit à une rente d'invalidité.

E. 8

E. 8.1

En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18ss LAA) et l'IPAI (art. 24ss

LAA).!endif]>![if> Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). 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 (art. 18 al. 1 LAA). 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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus). À teneur de l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

E. 8.2

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée, une simple amélioration des douleurs, un soulagement ponctuel ou une amélioration du bien-être n'étant pas suffisants (arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 ; 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 ; 8C_306/2016 du 22 septembre 2016 consid. 5.3 et les références). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). !endif]>![if> Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

E. 8.3

La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1 e phrase, LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2 e phrase, LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier ; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et les références ; 114 V 281 consid. 5b et les références). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle. Toutefois, cette jurisprudence, développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6, 2 e phrase, LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable), ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA. Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies (art. 19 al. 1, 2 e phrase, LAA), l'assureur-accidents n'est pas tenu d'impartir à l'assuré un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et la rente fixée est versée à la date où a pris fin le droit à l'indemnité journalière (qui correspond également à celle de la fin du droit à la prise en charge du traitement médical selon l'art. 10 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit à ces deux prestations – qui sont temporaires – et le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références). Ces principes sont également applicables lorsque le droit à la rente d'invalidité est nié. En effet, la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à une rente d'invalidité, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 4.2 ; 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3).

E. 8.4

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2 e phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, soit lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une

notable détérioration (let. d). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). Les cas de figure listés à cet article sont exhaustifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 5.2.2 et la référence). S'agissant de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il n'est pas exigé de la personne assurée, partiellement invalide, qu'elle fasse effectivement usage de sa capacité résiduelle de gain et l'interprétation de cette disposition s'oppose à ce que le droit au traitement médical octroyé sur la base de cette norme puisse être supprimé au seul motif que l'assuré, partiellement invalide, a atteint l'âge ordinaire de la retraite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5 et la référence, destiné à la publication). Selon la jurisprudence, l'art. 21 al. 1 let. d LAA s'applique uniquement aux bénéficiaires d'une rente d'invalidité qui présentent une incapacité totale de travail, et ce indépendamment de leur âge (ATF 124 V 52 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 3.1 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5, destiné à la publication). Les prestations pour soins et remboursement de frais au sens de l'art. 21 al. 1 LAA sont des prestations durables, dont l'octroi ne peut pas être limité à quelques mois (ATF 144 V 418). Si la continuation du traitement médical n'est plus susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et si les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, il appartient à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge les frais de traitement (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3 et la référence).

E. 9

!

E. 9.1

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. 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 déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

E. 9.2

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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).>[if> Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

E. 9.3

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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).>[if>

E. 9.4

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).>[if> Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 mêmes faibles 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

E. 9.5

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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).!

E. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

E. 11

!

E. 11.1

En l'espèce, au vu des conclusions formulées par le recourant, il se justifie d'examiner en premier lieu si l'intimée était fondée à considérer que son état de santé était stabilisé et à mettre fin à la prise en charge des frais médicaux (au sens de l'art. 10 al. 1 LAA) avec effet au 11 mars 2019 et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2019, s'agissant de prestations temporaires de l'assurance-accident (cf. ATF 134 V 109

consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).!endif]>!if>

E. 11.2

Il sied tout d'abord de constater que le Dr F_____, dans son rapport du 11 mars 2019, n'a pas directement répondu à la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement de la date de celle-ci. À la question de l'intimée visant à savoir quels traitements le recourant devait suivre dans le futur afin d'améliorer les suites de la fracture, il a en effet répondu que le traitement conservateur (prise d'antalgiques) pouvait être poursuivi, avec le risque toutefois que les douleurs persistent, et a également envisagé une prise en charge chirurgicale (prothèse ou arthrodèse tibio-talienne), sans se prononcer sur les effets de ces opérations. Dans son rapport ultérieur de consultation du 19 mars 2020, il a par ailleurs relevé que la prise en charge chirurgicale par voie d'arthrodèse, option vers laquelle le recourant se dirigeait alors, améliorerait sa symptomatologie douloureuse et son confort.!endif]>!if> De son côté, le médecin-conseil de l'intimée a retenu, dans son rapport du 26 mars 2019, que les interventions chirurgicales pouvaient apporter une amélioration de la symptomatologie, mais ne permettraient pas la reprise du travail dans l'ancienne activité. Quant au Dr H_____, s'il a mentionné, dans son rapport du 3 juillet 2021, que la situation médicale du recourant n'était pas stabilisée, il a justifié son point de vue par le fait que les mesures du pied blessé étaient, en 2021, différentes de celles relevées par le Dr F_____ en 2019. En outre, lors de son audition par la chambre de céans au mois de février 2022, ce médecin a parlé d'une phase stationnaire depuis une année, respectivement d'un « plateau stable » qui durait depuis deux-trois ans, soit depuis qu'il suivait le recourant. Il a plus loin précisé que l'état du recourant était stable, ce qui signifiait aussi stationnaire, mais qu'une aggravation était possible dans le futur. S'agissant de l'effet envisagé de l'éventuelle intervention chirurgicale, le Dr H_____ a déclaré que ni l'arthrodèse ni la prothèse ne pourraient améliorer la capacité de travail du recourant ; ces opérations amélioreraient sa qualité de vie et réduiraient ses douleurs pour la vie de tous les jours, mais pas pour l'exercice d'une activité professionnelle.

E. 11.3

Au vu des éléments qui précèdent, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA dès le 11 mars 2019.!endif]>!if> Concernant tout d'abord le traitement antalgique et par physiothérapie, malgré l'opposition du Dr H_____ à la fin de la prise en charge de celui-ci et la réponse équivoque du médecin-conseil à cet égard (cf. sa lettre du 18 juin 2019), il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de traitements conservateurs qui, selon la jurisprudence (cf. consid. 8.2 supra) et sauf contre-indication médicale expresse, ne sont pas aptes à améliorer sensiblement l'état de santé d'un assuré. De tels traitements, s'ils peuvent avoir un effet bénéfique sur les douleurs, ne sont en effet pas de nature à améliorer ou rétablir la capacité de travail de l'assuré. Les déclarations du Dr H_____ à cet égard ne permettent pas d'infirmier ce qui précède, dans la mesure où il a confirmé que le but de la physiothérapie était de conserver la mobilité de la cheville et renforcer la musculature, afin de contribuer à réduire les douleurs mécaniques du recourant (cf. audition par la chambre de céans le 3 février 2022 et rapport du 6 mai 2021). S'agissant en second lieu de l'opération chirurgicale envisagée – que le recourant ne semble toujours pas avoir réalisée à l'heure actuelle – tant le Dr H_____ que le médecin-conseil se rejoignent sur le fait que celle-ci aurait uniquement pour effet d'améliorer la symptomatologie, sans apporter d'amélioration de la capacité de travail. Le Dr F_____ a lui aussi uniquement évoqué une réduction des douleurs et un gain de

confort. Enfin, le fait que le SMR ait estimé, dans son avis de juin 2020, que le cas n'était pas stabilisé compte tenu de l'opération prochaine alors entrevue, ne permet pas de remettre en cause ce qui précède, tant il est vrai que la stabilisation du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA obéit à une réglementation et à une logique propres et que, dans cet avis, les médecins de l'OAI n'ont nullement fait état d'éléments médicaux parlant pour une amélioration de l'état de santé du recourant à la suite de l'opération.

E. 11.4

Par conséquent, au vu du pronostic d'une (éventuelle) future intervention chirurgicale, dont le résultat ne permettra pas d'améliorer la capacité de travail du recourant, l'intimée pouvait à juste titre conclure que le cas était stabilisé et procéder à la clôture des prestations temporaires, les droits du recourant en cas de rechute ou de séquelles tardives demeurant par ailleurs expressément réservés. C'est ainsi à bon droit qu'elle a mis fin au remboursement du traitement médical, au sens de l'art. 10 al. 1 LAA, avec effet au 11 mars 2019, ainsi qu'au versement des indemnités journalières, qui ont par ailleurs été versées jusqu'au 30 septembre 2019.

E. 12

Est de plus litigieuse la question de la rente d'invalidité, le recourant ayant conclu à ce que l'intimée instruisse ce point et rende une nouvelle décision y afférente, afin de tenir compte de la diminution de son rendement dans une activité adaptée.

E. 12.1

À titre liminaire, il sera rappelé qu'il est admis que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'agent de sécurité. La décision du 28 juin 2019 et la décision sur opposition querellée retiennent que les avis du Dr G_____ et du Dr F_____ concordent entièrement en ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui serait entière dans une activité légère et sédentaire. Cette appréciation nécessite d'évaluer en premier lieu le rapport du Dr F_____ du 11 mars 2019, ce rapport étant le seul dans lequel le médecin précité a abordé la question litigieuse, et le médecin-conseil s'y référant directement pour fonder son évaluation.

E. 12.2

À la forme, la chambre de céans constate que le rapport du 11 mars 2019 du Dr F_____, par ailleurs ancien médecin orthopédiste traitant de l'assuré, n'est pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGGA, applicable dans sa version en vigueur lors de la désignation de ce médecin (« Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions »), ce que ne soutient du reste pas l'intimée, puisqu'elle relève – à juste titre – que l'assureur-accidents n'a pas l'obligation de mandater pour chaque cas d'assurance un expert. Cela ne signifie toutefois pas que ce rapport ne revête pas de force probante. Il s'agit d'examiner si ses conclusions sont claires, dûment motivées et fondées sur un dossier et des examens complets.

E. 12.3

S'agissant de la question déterminante de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le Dr F_____ s'est exprimé en ces termes : « [...] Dans ce sens, je ne vois

pas de possibilité de reprendre une activité professionnelle comme celle actuelle du patient et propose de se diriger vers une reconversion professionnelle dans un domaine plus sédentaire avec une activité de bureau. Impossibilité de station debout, limitation et port de charges ne demandant pas de capacité physique autre qu'un travail de bureau. Le taux de cette activité dépendra bien entendu des douleurs présentées par le patient [...]. Une autre activité professionnelle peut être exigible à condition qu'elle soit adaptée à son état de santé et le taux pourrait être de 100% si celle-ci tient compte de ses limitations. Cependant, ce genre de question nécessite l'avis d'une expertise externe au dossier pour être complète ».

Au vu des réponses précitées, la chambre de céans constate en premier lieu que le Dr F_____ ne s'est pas exprimé de manière claire en faveur d'une activité adaptée réalisable à 100%. Dans un premier élément de réponse, il a en effet indiqué que le taux d'une telle activité dépendrait des douleurs du recourant – et ne l'a donc pas quantifié – et, dans le second élément de réponse, a exprimé un doute sur le taux d'exigibilité de 100% qu'il venait de mentionner en relevant qu'une telle appréciation nécessitait l'avis d'un expert. En second lieu, lorsqu'il a rédigé son rapport du 11 mars 2019, le Dr F_____ ne disposait pas de l'ensemble du dossier du recourant, et en particulier pas des prises de position du Dr H_____ ou du Dr G_____. Contrairement à ce que soutient l'intimée, le rapport du 11 mars 2019 est donc insuffisant pour retenir une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. S'agissant du médecin-conseil, s'exprimant sur pièces et sans avoir examiné le recourant, il a conclu à une pleine capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2019, en se référant au rapport du Dr F_____ du 11 mars 2019 qui, comme vu précédemment, n'établissait pas clairement ce taux. Au vu des exigences sévères qui sont posées quant aux avis des médecins d'assurances lorsqu'un cas est réglé sans avoir recours à une expertise (cf. consid. 9.4 supra), le point de vue du Dr G_____ ne peut donc être suivi en cas de doute quant à ses conclusions, doute qui existe ici. Par ailleurs, le Dr H_____, médecin-traitant du recourant, a pour sa part retenu des taux variables d'exigibilité dans une activité adaptée, dont on ne peut non plus tirer de conclusion fiable (capacité de travail entre 50% et 100% et évocation d'une diminution de rendement au vu de la nécessité de se lever et dérouler les jambes dix minutes par heure dans son rapport du 5 février 2019, capacité de travail de 0% dans le rapport du 12 mars 2021, de 50% pouvant être réduite avec le temps dans celui du 3 juillet 2021, et de 50%, puis de 80% après quelques mois si tout se déroulait correctement, lors de son audition). Finalement, le SMR, dans deux avis rendus par des médecins différents fondés sur l'expertise confiée au Dr I_____, a retenu une capacité de travail du recourant de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2018, et une demi-rente de l'assurance-invalidité lui a été accordée. Il n'empêche que les critiques formulées par l'intimée à l'encontre de cette conclusion ne sont pas dépourvues de fondement et le recourant lui-même reconnaît que le Dr I_____ ne s'est pas prononcé spécifiquement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée (cf. déterminations du 22 août 2022). La chambre de céans ne peut donc, en l'état, confirmer un tel taux de capacité de travail dans une activité adaptée, étant par ailleurs rappelé que les décisions de l'assurance-invalidité n'ont pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2).

E. 12.4

En conclusion, aucun élément médical au dossier ne permet en l'espèce de statuer, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références), sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu de la diversité des réponses apportées à cette question et de

leurs motivations insuffisantes. La problématique de l'éventuelle diminution de rendement n'a pas non plus été investiguée suffisamment par les différents intervenants. Ains, il est nécessaire de mettre en œuvre à tout le moins une expertise orthopédique, les aspects médicaux du cas devant être clarifiés. Dans la mesure où aucune expertise n'a en l'espèce été ordonnée par l'intimée et où l'instruction du cas par celle-ci s'avère insuffisante, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle diligente une telle expertise et mandate, si possible, un spécialiste du pied et de la cheville, dans le respect des exigences de l'art. 44 LPGA. Le renvoi précité permettra en outre à l'expert de se prononcer sur une éventuelle évolution de l'état de santé du recourant depuis la décision du 28 juin 2019, sachant que le Dr H_____ a relevé qu'en complément du diagnostic d'arthrose à la cheville gauche le recourant souffrait d'une réduction de la pronation et de la supination au pied gauche en raison d'une fibrose post-traumatique, depuis 2020 à tout le moins, soit avant le prononcé de la décision querellée, étant rappelé que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1). Il s'agira donc, pour l'expert, de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic, cas échéant d'examiner s'il se trouve en lien de causalité avec l'accident du 27 avril 2015, s'il entraîne des nouvelles limitations fonctionnelles et quel est son éventuel impact sur la capacité de travail du recourant, ainsi que d'examiner, en outre, s'il engendre une atteinte à l'intégrité différente de celle de l'arthrose de l'articulation tibio-astragalienn. Si l'expert venait à retenir une rechute ou des séquelles tardives, il ne serait en effet pas exclu, cas échéant, de compléter l'IPAI déjà accordée. Ce qui précède ne remet néanmoins pas en cause la conclusion concernant la stabilisation médicale du cas, dans la mesure où le Dr H_____ n'a à aucun moment évoqué qu'un traitement médical permettrait de remédier à la fibrose post-traumatique de façon à améliorer la capacité de travail du recourant et que ce dernier ne l'allègue pas. Reste réservée l'éventuelle application de l'art. 21 LAA.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 26 mars 2021 sera annulée en ce qui concerne le refus de rente d'invalidité. La cause sera renvoyée à l'intimée à ce propos afin qu'elle instruisse le cas en mettant en œuvre une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA et toutes autres mesures d'instruction utiles. Au surplus, la décision entreprise sera confirmée en ce qu'elle a mis fin au remboursement des frais de traitement médical et au versement des indemnités journalières.

E. 14

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). *** 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.