

GE_GERICHTE A/2080/2017 vom 20. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2080_2017

FR: GE_GERICHTE A/2080/2017 du 20 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/2080/2017 del 20 giugno 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, représenté par Monsieur Roland BUGNON recourant contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1954, travaillait en qualité de chauffeur sur le tarmac de l'aéroport et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) lorsque, le 20 juin 2012, il a été victime d'un accident de la circulation, au guidon de son motorcycle : lors d'une collision, il a été blessé à la cheville droite et conduit aux urgences, avant d'être opéré, le 23 juin 2012 d'une fracture de la malléole interne de la cheville droite (ostéosynthèse). L'assuré a quitté l'hôpital huit jours plus tard. Son arrêt de travail a été prolongé à plusieurs reprises, jusqu'au 31 juillet 2013 (cf. certificats établis alternativement par les docteurs B_____ et C_____).

2. Le cas a été pris en charge par la SUVA, qui a alloué à l'assuré des indemnités journalières jusqu'au 22 juillet 2013, date à compter de laquelle elle a considéré que l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail (cf. décision du 19 juillet 2013 - confirmée sur opposition le 28 octobre 2013). L'instruction menée par la SUVA avait permis de recueillir, notamment, les éléments suivants : - un rapport rédigé le 18 novembre 2012 par le docteur C_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), attestant d'une évolution lentement progressive, avec un bon pronostic, une reprise étant envisagée à 100% dès le 1er décembre 2012 ; l'évolution était difficile en raison de douleurs, mais, d'un point de vue radiologique, la situation était satisfaisante ; cette évolution lentement progressive a été confirmée le 29 janvier 2013 ; - le procès-verbal d'un entretien de l'assuré avec un collaborateur de la SUVA, le 26 novembre 2012, dont il ressortait que l'assuré ne prenait plus de médicaments et que la physiothérapie était terminée ; la marche à l'extérieur s'effectuait avec des cannes anglaises et le port de charges n'était pas possible ; - une appréciation émise le 12 février 2013 par le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, estimant que la reprise du travail était exigible dès le 1er décembre 2012 s'agissant des seules suites accidentelles, dès lors que la fracture avait été traitée dans les règles de l'art et que la consolidation osseuse était acquise ; - un rapport du Dr C_____ du 4 avril 2013 évoquant une évolution mitigée : l'assuré n'avait pas repris le travail en raison de douleurs persistantes au niveau de la malléole, mais le suivi radiologique montrait une consolidation de la fracture et le bon positionnement des implants ; l'assuré marchait avec une boiterie de décharge, la plaie était propre, calme, sans signe inflammatoire, la mobilisation de la cheville quasi complète, mais douloureuse de manière diffuse, sans découverte d'un point exquis reproductible à la palpation, et il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une algoneurodystrophie ; - un rapport rédigé le 2 mai 2013 par le Dr

C_____ indiquant que le scanner montrait un foyer de fracture consolidée avec un bon positionnement des vis et une minuscule solution de continuité de taille millimétrique encore visible au niveau inféro-médial de la fracture ; l'assuré se plaignait de douleurs qui n'étaient pas en regard du matériel d'ostéosynthèse et auxquelles le médecin ne trouvait pas d'explication, vu l'absence d'argument clinique en faveur d'une algoneurodystrophie ; - un rapport du docteur M. E_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, établi le 28 juin 2013, confirmant l'absence d'explication aux symptômes présentés par l'assuré ; l'arrêt de travail à 100% était prolongé jusqu'à fin juillet ; - l'avis émis le 16 juillet 2013 par le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant pour la SUVA, confirmant la pleine capacité de travail exigible reconnue par le Dr D_____ ; - la décision rendue en date du 14 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), niant à l'assuré le droit à toute prestation au motif qu'il était capable d'exercer à 100% une activité adaptée depuis le 1er décembre 2012 et son activité habituelle depuis le 22 juillet 2013.

3. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt (ATAS/219/2014). Se fondant sur les rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA - auxquels elle a reconnu pleine valeur probante et dont elle a constaté qu'ils n'étaient contredits par aucun élément médical objectif - la Cour a retenu que la fracture - relativement bénigne - de la malléole interne de la cheville droite avait été correctement traitée par ostéosynthèse en juin 2012, que, d'un point de vue radiologique, la situation avait été jugée satisfaisante quatre mois après l'accident, avec une consolidation de la fracture et un bon positionnement des implants, qu'au surplus, la plaie était propre, qu'il n'y avait aucun signe inflammatoire et que la mobilisation de la cheville était quasiment complète. Dès lors, l'état de santé de l'assuré était objectivement stabilisé et l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1 er décembre 2012, a fortiori en juillet 2013, date à laquelle la SUVA avait mis un terme à sa prise en charge.

4. Saisi à son tour par l'assuré, le Tribunal fédéral a rejeté son recours (arrêt 8C_269/2014 du 29 juillet 2014).

5. Du 16 juillet au 5 août 2014, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) en vue d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'une évaluation professionnelle. Dans son avis de sortie, la CRR a retenu les diagnostics suivants : status post-ostéosynthèse de la malléole interne droite le 12 juin 2012, ablation du matériel d'ostéosynthèse le 10 décembre 2013. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite pratiquée le 29 juillet 2014 avait montré : une discrète ténosynovite tibiale postérieure dans la portion infra-malléolaire, une tuméfaction du ligament peronéo-astragalien postérieur sans déchirure et une discrète tendinopathie du talon d'Achille. La CRR a relaté que l'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la cheville droite, ainsi que de douleurs sous le talon. Il arrivait à parcourir 300 à 400 mètres, en effectuant des pauses et avec ses cannes. La douleur s'atténuait au repos. Il se disait capable de descendre quelques marches d'escalier, mais pas d'en gravir. Les médecins ont estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées durant le séjour. Ils ont cependant également relevé que des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influençaient défavorablement le retour au travail. Du consilium psychiatrique réalisé le 22 juillet 2014, il ressortait que la vigilance était normale, de même que l'orientation temporo-spatiale, qu'il n'y avait ni trouble attentionnel, ni trouble mnésique ; sur le plan thymique l'humeur n'était pas abaissée, il n'y avait ni tristesse, ni abattement, ni idées de dévalorisation ou de perte d'estime de soi, ni perturbation de l'appétit ; l'accès au plaisir était probablement diminué, mais sans perte de

motivation ; il n'y avait aucun signe d'anxiété ou d'activation neurovégétative. Sur le plan psychique, la doctoresse G_____, spécialiste en psychiatrie a donc conclu à une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques versus trouble de personnalité paranoïaque. L'assuré se considérait en effet comme la victime d'un « complot médico-assurantiel » et avait tenu des propos de qualifiés de « particulièrement étranges ». En définitive, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : éviter les longs trajets et la marche en terrain irrégulier, les échelles, le port de charges lourdes. Les médecins de la CRR ont précisé que les importantes limitations fonctionnelles mises en avant par le patient étaient difficilement explicables par les lésions objectives constatées. La situation était considérée comme stabilisée d'un point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité ou dans une activité adaptée était défavorable en raison de facteurs non médicaux. 6. Le 28 janvier 2015, l'assuré devait se présenter à la doctoresse H_____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, muni de ses dernières radiographies, afin que le médecin détermine les limitations fonctionnelles définitives. L'assuré s'étant présenté sans le rapport demandé, celui-ci a été réclamé aux HUG, qui ont finalement transmis à la SUVA le rapport rédigé suite à une IRM pratiquée le 26 septembre 2014, montrant un signe de dénervation aiguë et chronique de la partie distale du corps musculaire du fléchisseur de l'hallux, des remaniements cicatriciels sous-malléolaires internes et une fissuration cartilagineuse focale au niveau de l'ancien trait de fracture. 7. En revanche, une scintigraphie osseuse réalisée le 8 septembre 2015 n'a pas révélé de particularité au niveau de la cheville. 8. La SUVA a alors mandaté le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a rendu son rapport d'expertise le 18 février 2016 (recte : mars 2016) après deux examens pratiqués les 10 décembre 2015 et 3 mars 2016. L'expert s'est livré à une anamnèse et s'est fait le relais des plaintes de l'assuré avant de décrire ses observations cliniques. Il a relevé chez l'assuré un important sentiment de préjudice corporel et financier et rapporté que l'intéressé avait tenu des « propos étranges » à teneur persécutoire. L'expert a souligné que l'examen clinique et l'interprétation avaient été rendus extrêmement difficiles par une surcharge fonctionnelle majeure (nombreux soupirs et grimaces, l'intégralité de l'examen déclenchant des douleurs de topographies diffuses et ne correspondant pas à l'anatomie objective. L'expert a noté l'existence claire d'une surcharge fonctionnelle et d'une majoration des symptômes au vu de l'aspect de la fracture, parfaitement consolidée, sans signe d'arthrose post-traumatique au niveau de l'articulation. L'intensité des symptômes décrits par l'assuré a été qualifiée d'incompréhensible sur le plan orthopédique et à mettre sur le compte des troubles de la personnalité dont l'expert avait pu constater l'existence au cours des deux consultations effectuées. L'expert, d'un point de vue orthopédique, a estimé l'assuré apte à exercer à plein temps, avec une diminution de rendement de 20%, sa profession habituelle de chauffeur-livreur, à condition de se limiter à la manutention de charges inférieures à 10-15 kg. 9. Interrogé par la SUVA, le dernier employeur de l'assuré a indiqué qu'en 2013, 2014, 2015 et 2016, le revenu de l'intéressé serait resté le même qu'en 2012 (soit 4'541.05 CHF/mois x 12 + 378.40 CHF/mois de 13ème salaire + 485.85 CHF/mois de complément). 10. Le dossier a été soumis pour évaluation à la Dresse H_____, qui, le 18 avril 2016, a estimé l'atteinte à l'intégrité à 5% en se fondant sur la table V concernant les arthroses, prévoyant qu'une arthrose moyenne de la tibio-talienne correspondait à un taux entre 5 et 15%. Elle a indiqué avoir retenu celui de 5% vu l'absence d'arthrose installée mais d'apparition vraisemblable à long terme. Le même jour, le médecin d'arrondissement a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les longs trajets, la marche en terrain

irrégulier, les montées d'échelles ou d'escabeaux, le port de charges lourdes. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était totale. 11. Par courrier du 22 avril 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2016 ; son état de santé étant réputé stabilisé, elle mettait un terme à la prise en charge des frais médicaux, hormis une à deux consultation(s) médicale(s) par année et les éventuels médicaments antalgiques et anti-inflammatoires à dose modérée. 12. Parallèlement, l'assuré a été adressé pour évaluation psychiatrique au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-conseil de l'assureur. Dans son rapport du 28 avril 2016, ce médecin a relevé l'existence de plusieurs évaluations concordantes allant dans le sens d'un trouble de la personnalité préexistant, probablement du registre persécutoire, d'une part, d'une majoration symptomatique, d'autre part. Il a souligné l'aspect d'antériorité du trouble de la personnalité, expliquant qu'un tel trouble remonte par définition à l'adolescence, et lui a imputé la cause du comportement particulier de l'assuré et l'évolution, restée grandement négative. Le médecin a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la problématique psychique. 13. Le 30 mai 2016, la Dresse H_____ a confirmé ses conclusions du 18 avril 2016, soutenue en date du 6 juin 2016 par le Dr D_____. 14. Par décision du 22 juillet 2016, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, vu l'absence de diminution notable de sa capacité de gain. Elle lui a reconnu en revanche le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 6'300.-, correspondant à un taux de 5%. Enfin, la SUVA a nié toute responsabilité pour le trouble de la personnalité de l'assuré. 15. L'assuré s'est opposé à cette décision par pli du 14 septembre 2016, en contestant la stabilisation de son état de santé, en demandant la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et l'octroi d'indemnités journalières à compter du 1^{er} juin 2016, la réévaluation du taux de l'atteinte à son intégrité et, éventuellement, une rente d'invalidité. 16. Par décision du 28 mars 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. Des rapports de la CRR et du Dr J_____, la SUVA a tiré la conclusion que l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité préexistant et d'une majoration symptomatique. Elle a ajouté que, de toute manière, toute relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident devait être niée. En effet, l'évènement devait être rangé dans la catégorie de gravité moyenne à la limite de la banalité, il n'était pas survenu dans des circonstances particulièrement dramatiques, le caractère particulièrement impressionnant devait être nié, les lésions subies ne pouvaient être appréhendées comme étant de nature particulière, il n'y avait eu ni erreurs dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes, et l'on ne pouvait qualifier le traitement médical d'anormalement long ; enfin, l'assuré ayant été reconnu apte à travailler dès le 22 juillet 2013, le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'était pas non plus rempli. Dès lors, la problématique de la stabilisation de l'état de santé, de l'éventuelle perte de gain et du dommage permanent ne devait être examinée que sous l'angle des seules séquelles physiques de l'accident, raison pour laquelle la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique n'était pas nécessaire. En l'occurrence, les médecins de la CRR avaient clairement conclu à une stabilisation de la situation du point de vue médicale. La poursuite d'un traitement spécifique n'était pas susceptible d'apporter une amélioration notable de l'état de l'assuré. C'était donc à juste titre qu'elle avait mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2016. Se référant aux conclusions des Drs I_____ et H_____, la SUVA s'est référée aux descriptions de postes (DPT) nos 12845863, 15831822, 491348, 2260 et 15852000, dont elle a estimé qu'elles démontraient qu'il existait sur le marché du travail des emplois légers, adaptés à la situation

de l'assuré, puisqu'à vocation sédentaire et sans port de charges lourdes, permettant d'obtenir un gain réalisable moyen annuel de CHF 60'301.80. La comparaison avec le revenu avant invalidité (CHF 60'064.-) ne révélait pas de perte de gain équivalent à 10% au moins. Quant à l'IPAI, elle a été fixée à 5%, l'assuré n'amenant aucun élément propre à remettre en cause l'appréciation de la Dresse H_____ à cet égard. 17. Par écriture du 15 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant, préalablement, au renvoi du dossier de la SUVA pour instruction complémentaire, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, principalement, à ce qu'il soit constaté que son état n'étant pas stabilisé et que la SUVA soit condamnée à continuer à lui verser des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2016 et à la réévaluation du taux de l'IPAI en fonction du résultat des mesures d'instruction, le recourant se réservant par ailleurs le droit de conclure à l'octroi d'une rente d'invalidité. S'agissant de la fixation de l'IPAI, le recourant reproche à la Dresse H_____ de n'avoir tenu compte ni de ses troubles psychiques, ni de l'instabilité articulaire. Il conteste toute stabilisation de son état de santé, se référant à cet égard à un rapport du docteur K_____ évoquant la possibilité d'une prise en charge chirurgicale (arthroscopie de la cheville pour débrider les lésions cicatricielles). Quant à sa capacité de travail, il reproche à la SUVA de ne tenir compte, ni de la diminution de rendement retenue par le Dr I_____, ni du pronostic défavorable émis par la CRR. Enfin, le recourant maintient que ses éventuels troubles psychiques sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. 18. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 8 juin 2017, a conclu au rejet du recours. 19. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 15 février 2018. 20. Le Dr C_____, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a expliqué qu'il était de garde lorsque l'assuré a subi son intervention, le 23 juin 2012. Il s'agissait de stabiliser la fracture de la malléole interne de la cheville droite (ostéosynthèse). L'intervention a été pratiquée par le Dr E_____. Elle n'a pas montré de lésions occultes. Il n'y a pas non plus eu de complications. Lorsqu'il a revu l'assuré, en avril 2013, l'évolution était mitigée : il continuait à se plaindre de douleurs pour lesquelles aucune explication somatique n'a été trouvée. De façon générale, un patient jeune recouvre 100% de sa capacité dans un travail physique neuf mois après l'intervention de stabilisation. En fonction de l'âge du patient et du travail requis, l'incapacité peut durer jusqu'à 18 mois. Il convient alors de se poser la question de l'ablation ou non du matériel pour retrouver le statu quo ante. Dans 10% des cas, des douleurs d'origine indéterminée persistent, en l'absence de toute lésion objectivable. 21. Plusieurs autres médecins, au nombre desquels les Drs E_____ et I_____, ainsi que des médecins de la CRR, ont par ailleurs été interrogés par écrit, à la demande du recourant, après que les parties se sont vu octroyer un délai pour soumettre leurs questions à la Cour de céans. Leurs réponses - sur lesquelles il sera revenu dans la partie « en droit » du présent arrêt, en tant que de besoin - ont été communiquées aux parties, qui se sont déterminées en date du 15 juin 2018. 22. L'intimée a relevé pour sa part que, de manière unanime, les médecins concluaient que la lésion initiale était parfaitement consolidée et qu'il n'existait aucun signe objectif, ni radiographique, ni clinique, susceptible d'expliquer les plaintes de l'assuré. Les différents spécialistes attestaient de la fin du traitement médical de l'assuré et confirmaient qu'il n'était pas possible d'augmenter ou de rétablir la capacité de travail par la poursuite d'un traitement régulier. S'agissant des limitations fonctionnelles, celles retenues par le médecin d'arrondissement étaient confirmées et les différentes appréciations corroboraient les conclusions de la Dresse H_____. 23. Le recourant, quant à lui, a retenu en substance que le docteur L_____ confirmait un pronostic défavorable de réinsertion dans toute

activité, que les symptômes physiques étaient amplifiés ou entretenus par son état psychique et que, dès lors, sa demande d'expertise psychiatrique se justifiait. Finalement, le recourant a sollicité de pouvoir poser des questions complémentaires. 24. Les réponses ont été communiquées aux parties. 25. L'intimée en retient que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre la fracture de la malléole interne droite en 2012 et le tableau psychique présenté en 2014 est très peu vraisemblable, tout au plus possible. Elle rappelle qu'à cette appréciation sous l'angle médical de la causalité naturelle s'ajoute l'appréciation sous l'angle juridique de la causalité adéquate, laquelle doit également être niée. 26. Le recourant s'est déterminé à son tour, par écriture du 16 novembre 2018. De l'ensemble des dépositions des médecins, il tire la conclusion qu'il est affecté de douleurs à la cheville difficilement - voire non - objectivables, qu'une nouvelle expertise ou même un complément d'expertise orthopédique n'est pas nécessaire, mais qu'en revanche, les douleurs sont à mettre au compte d'un contexte personnel et psychique, raison pour laquelle il maintient sa demande d'expertise psychiatrique. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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 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 de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. 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. 4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). 5. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accident pour les atteintes qui perdurent aujourd'hui encore et sur le taux retenu par l'intimé pour l'atteinte à l'intégrité. 6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). 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). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). 7. 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 minimale, 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 oeuvre 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).

8. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). On ajoutera qu'une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise

médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 9. 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 oeuvre 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). 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). 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 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). 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. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). 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 et les références). 10. a. En l'espèce, se pose en premier lieu la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, contestée par ce dernier. Il y a lieu de relever que la Cour de céans a déjà jugé, dans son arrêt du 18 février 2013, confirmé par notre Haute Cour, que l'état de l'assuré était stabilisé. Quoi qu'il en soit, la stabilisation en question a été confirmée par la suite par les médecins de la CRR, mais également par l'expert I_____, interrogé à cet égard en mai 2018, et par le Dr L_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de la CRR, en août 2018. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée a conclu à une stabilisation de l'état de l'assuré. b. Il convient dès lors d'examiner le lien de causalité naturelle entre l'accident,

d'une part, les troubles encore présents, d'autre part. A cet égard, il convient d'opérer une distinction entre les atteintes psychiques et les atteintes physiques. S'il n'est pas contesté que l'accident a eu pour conséquence une fracture de la cheville droite, la mauvaise évolution de cette dernière et les douleurs persistantes ne sont clairement plus, selon les réponses unanimes des médecins et experts interrogés, en relation de causalité naturelle avec l'évènement. En mai 2013 déjà, le Dr C_____ disait ne pas trouver d'explications aux symptômes rapportés par l'assuré, pas plus que ses collègues par la suite, que ce soit l'expert I_____ ou les médecins de la CRR (Dr L_____, en mai 2018, Dr E_____ en mai 2018). Tous les médecins ont décrit une fracture consolidée, sans signe objectif susceptible d'expliquer l'ampleur des limitations fonctionnelles évoquées par l'assuré. Sur le plan physique, c'est donc à juste titre que l'intimée a nié la persistance d'un lien de causalité naturelle. Sur le plan psychique, il apparaît que le trouble de la personnalité dont l'existence a été évoquée est sans conteste possible antérieur à l'évènement, puisque, par définition, il remonte à l'adolescence, et donc sans relation de causalité avec l'accident. Quant à la majoration des symptômes physiques pour raisons psychiques, elle n'est pas en lien de causalité adéquate avec l'évènement, qui doit être qualifié, tout au plus, d'accident de gravité moyenne. Les critères énoncés par la jurisprudence ne sont en effet pas remplis en l'occurrence : les circonstances de l'accident n'étaient pas particulièrement dramatiques, ni l'évènement particulièrement impressionnant - ce n'est d'ailleurs pas allégué par le recourant ; il n'y a eu ni erreurs dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes, ainsi que le Dr C_____ a pu le confirmer lors de son audition. On ne peut qualifier le traitement médical d'anormalement long. Enfin, l'assuré ayant été reconnu apte à travailler dès le 22 juillet 2013, le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas non plus rempli. Dans ces conditions, c'est également à juste titre que l'intimée a refusé de tenir compte, dans son évaluation, tant de la capacité de travail que de l'atteinte à l'intégrité, des atteintes psychiques invoquées par le recourant. Pour les mêmes raisons, des investigations supplémentaires sur ce plan ne se justifient pas. 11. S'agissant de la capacité de travail, le recourant fait valoir que l'expert I_____ a retenu une diminution de rendement de 20%. Celle-ci était cependant évoquée s'agissant de l'exercice de l'activité habituelle de chauffeur manutentionnaire, laquelle n'est pas totalement en adéquation avec les limitations fonctionnelles retenues. Dans une activité totalement adaptée, en revanche, les Drs H_____ et L_____ (en mai 2018) ont conclu à une pleine capacité de travail. Quant au pronostic défavorable émis par les médecins de la CRR évoqué par le recourant, il a été clairement précisé qu'il était motivé par des facteurs contextuels non médicaux et dont l'intimée n'a donc pas à répondre. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à raison que l'intimée a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies. Sur ce point, le recours est également rejeté, étant précisé que le calcul du degré d'invalidité n'est pas - en soi - contesté par le recourant et qu'il n'apparaît au demeurant pas critiquable. 12. Quant au taux retenu pour l'IPAI, le grief formulé par le recourant, qui reproche à la Dresse H_____ de n'avoir tenu compte ni de ses troubles psychiques, ni de l'instabilité articulaire, apparaît manifestement infondé, tant il est apparu que les troubles psychiques n'avaient pas être pris en considération et qu'aucun élément médical objectif ne vient justifier que soit retenu un taux supérieur à 5%. Les explications données à cet égard par la Dresse M_____ (apparition vraisemblable d'une arthrose future) apparaissent convaincantes. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 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.