

GE_GERICHTE A/218/2024 vom 5. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_218_2024

FR: GE_GERICHTE A/218/2024 du 5 décembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/218/2024 del 5 dicembre 2024

Erwägungen

E. 1

syndrome douloureux chronique de la jambe droite avec/en présence de tissus mous de la jambe droite traumatisés à plusieurs reprises par la fracture ouverte et de multiples opérations de révision aux dates suivantes : - 19 décembre 1996 (ostéosynthèse du tibia droit) ; - 22 avril 1998 (ablation du matériel d'ostéosynthèse de la jambe droite, résection d'une partie du nerf fibulaire profond dans la cicatrice, suivie d'une neuropathie) ; - 29 avril 1998 (débridement de la jambe droite en présence d'un hématome post-opératoire) ; - 25 février 2005 (biopsie, séquestrectomie, curetage de la cavité osseuse et mise en place d'une éponge en présence d'un séquestre osseux possible dans la jambe droite, les analyses en laboratoire n'ayant pas confirmé ce possible diagnostic) ; - 8 novembre 2018 (traitement de l'ostéomyélite par fenestration et traitement antibiotique de la jambe droite en présence d'une ostéomyélite chronique présumée du tibia droit, non confirmée par les analyses en laboratoire) ;

E. 1.1

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.

E. 1.2

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. 1.3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre, par voie de révision, à une augmentation de la rente d'invalidité de 15% et de l'IPAI de 10% que l'intimée lui a allouées par décision du 16 octobre 2002 – entrée en force.

E. 3.1

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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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.

E. 3.2

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 148 V 138 consid. 5.1.1 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 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la

question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

E. 3.3

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). 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 (art. 16 al. 2 LAA).

E. 3.4

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; voir également SVR 2010 IV n° 11 p. 35, arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_266/2016 du 15 mars 2017 consid. 3.1).

E. 3.5

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation 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. 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 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au

traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

E. 4

Selon l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. Sous la note marginale « traitement médical après la fixation de la rente », l'art. 21 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire notamment 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 (al. 1, let. b). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1). Les rechutes et les séquelles tardives supposent en règle générale que le droit au traitement médical ait pris fin. Lorsque le cas né de l'accident initial a été clos par l'octroi d'une rente d'invalidité, l'art. 11 OLAA fait dépendre le droit aux prestations d'assurance de la réalisation des conditions de l'art. 21 LAA. Cette réserve de l'art. 11 OLAA est toutefois sans portée véritable dans la mesure où les art. 21 al. 1 let. b et 21 al. 3 LAA prévoient précisément un droit aux prestations d'assurance en cas de rechute et de séquelles tardives. Lorsque ces éventualités conduisent à une aggravation durable de la capacité de gain, la rente préexistante doit être révisée en application de l'art. 17 al. 1 LPGA (André NABOLD, in Marc HÜRZELER/ Ueli KIESER [éditeurs], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, n. 92 ad art. 6 LAA).

E. 5.1

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20), le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux

de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf . ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf . ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas en matière d'assurance-invalidité, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables, la date de la modification se déterminant selon l'art. 88 a RAI. En revanche, l'augmentation par voie de révision d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en cas de rechute ou de séquelles tardives doit avoir lieu – comme en cas d'octroi initial d'une rente – au moment de l'arrêt du traitement médical. Il n'y a pas lieu d'appliquer par analogie les art. 88 a al. 2 et 88 bis al. 1 RAI (cf . ATF 140 V 65 consid. 4.2).

E. 5.2

En l'espèce, c'est par décision du 29 juin 2012, confirmée sur opposition le 23 juillet 2013 que l'intimée a mis fin à la prise en charge du traitement en lien avec l'accident de 1996. Suite à l'annonce de l'accident de 2017, l'intimée a considéré que la lésion présentée par le recourant à la jambe droite était en réalité en lien avec l'accident de 1996 ; elle a pris en charge, à ce titre, les frais de traitement et le versement de l'indemnité journalière. Ce faisant, l'intimée a reconnu la survenance d'une rechute, voire de séquelles tardives en lien avec l'accident de 1996, justifiant le versement de nouvelles prestations (cf . ATAS/350/2022 du 11 avril 2022 consid. 6.1). Le versement de ces prestations (indemnités journalières et frais de traitement) ayant duré jusqu'au 30 septembre 2023 (cf . courrier de la SUVA du 17 août 2023), c'est donc à la lumière de l'art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, qu'il y a lieu de déterminer si la rente d'invalidité de 15% octroyée par décision du 16 octobre 2002 doit être révisée. Cela étant, le point de savoir si l'on applique cette disposition dans sa nouvelle teneur n'a pas de portée pratique pour l'issue du litige (cf . ci-après : consid. 5.3).

E. 5.3

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA révisé, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande révisée pour l'avenir, à savoir augmentée réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b). En tant qu'elle prévoit que la modification du taux d'invalidité doit atteindre « au moins 5 points de pourcentage » et ne pas simplement être « notable » (cf . l'art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la nouvelle formulation de cette disposition ne modifie cependant pas les conditions de la révision d'une rente LAA, déjà précisées par la jurisprudence sous l'ancien droit : si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée

non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 144 I 103 consid. 2.1). S'il existe un motif de révision en ce sens, la demande de rente doit être examinée de manière complète (« tous azimuts ») en droit et en fait, sans être liée par des appréciations antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2). En matières d'assurance-accidents et d'assurance-militaire, la modification des circonstances est considérée comme notable lorsque le degré d'invalidité diffère d'au moins 5% (ATF 145 V 141 consid. 7.3.1 ; 140 V 85 consid. 4.3). La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_671/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.1 et la référence).

E. 6.1

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. 6.2

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 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 (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).

E. 6.3

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).

E. 6.3.1

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).

E. 6.3.2

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (cf . ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 6.3.3

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). 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).

E. 6.3.4

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. 6.3.5

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. À 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 7

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). 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 et les références). 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). Si une révision des prestations a été demandée en application de l'art. 17 al. 1 LPGa, cela implique que l'assureur se penche sur l'évolution de l'état de santé jusqu'à la prise d'une décision sur opposition. Il lui incombe ainsi de procéder aux

investigations nécessaires pour la période concernée (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar , 4 e éd., 2020, ad art. 43 LPGa, p. 760 n. 23).

E. 8.1

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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf . 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 8.2

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 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. 9.1

À titre liminaire, il sied de rappeler que dans son arrêt du 11 avril 2022 (ATAS/350/2022), confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022, la chambre de céans avait estimé, en synthèse, qu'en prenant en charge la rechute, voire les séquelles tardives de l'accident du 19 décembre 1996 (par le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement) du fait de la causalité des troubles à la jambe droite du recourant avec ce premier événement (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 280), l'intimée ne pouvait pas mettre un terme à l'octroi de ces prestations provisoires au 3 janvier 2021 alors qu'elle n'avait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, la disparition du lien de causalité entre les troubles subsistants et l'accident à cette date. Dans le cadre de l'instruction médicale complémentaire, que la chambre de céans a ordonnée par arrêt du 11 avril 2022 (ATAS/350/2022), les experts d'O _____ ont conclu, en synthèse, que la question de la cessation de la relation de causalité des troubles du membre inférieur droit avec l'accident du 19 décembre 1996 ne se posait pas, dans la mesure où il subsistait des séquelles causées par cet accident. Ces dernières se présentaient sous la forme d'un

diagnostic qui n'était ni infectiologique (absence d'ostéomyélite ou autre), ni psychiatrique (absence de diagnostic relevant de cette spécialité médicale), mais seulement orthopédique (syndrome douloureux chronique au niveau de la jambe droite). En outre, il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé en rapport avec l'accident. En effet, les fractures étaient intégralement consolidées en position axiale et une récupération supplémentaire des tissus mous n'était plus à escompter. Aucune mesure thérapeutique ne s'imposait dès lors, même si « l'intégration à une prise en charge de la douleur » et une réévaluation de la médication pouvaient être judicieuses. Le syndrome douloureux chronique au niveau de la jambe droite ne permettait plus au recourant d'exercer sa dernière activité de plâtrier-peintre. En revanche, dans une activité légère, permettant d'alterner les positions, exercée principalement en position assise, n'impliquant ni port / soulèvement de charges, ni utilisation d'échelles (ou d'objets semblables), ni marche sur un sol inégal, ni postures forcées de la jambe droite (résultant par exemple de l'actionnement d'une pédale), la capacité de travail était de 90%. Même dans le cadre d'une activité adaptée ainsi définie, une réduction de la capacité de travail de 10%, à 90%, existait d'un point de vue médical global, compte tenu de l'ampleur de la douleur que l'experte orthopédiste jugeait compréhensible. Cette réduction se justifiait par un « besoin accru de pauses en raison de la part plausible et médicalement compréhensible des troubles dont les symptômes (tuméfaction et douleur) augment[aient] en fonction du moment de la journée et de la sollicitation » (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 632, p. 9). Alors que le recourant « reconnaît à l'expertise O_____ une force probante quant à l'atteinte à la jambe », il n'en estime pas moins que cette expertise « n'a aucune force probante pour une évaluation globale tenant compte des deux atteintes » (cf . recours, p. 3). De son côté, l'intimée considère que l'experte P_____ a procédé à un examen clinique complet, notamment des membres supérieurs et inférieurs, et que dans le cadre de l'évaluation consensuelle, les symptômes au niveau de la jambe et du poignet ont été pris en compte tant dans l'anamnèse que dans les diagnostics retenus. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise d'O_____ a été rendu en pleine connaissance du dossier, qu'il comporte une anamnèse et un status fouillé dans chaque spécialité médicale concernée, qu'il tient compte des plaintes de l'assuré et que les diagnostics et les conclusions sont bien motivés. Aussi convient-il, en principe, d'en reconnaître la valeur probante, sous réserve toutefois de la problématique suivante : puisque les experts sont parvenus à la conclusion qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant et que le cas était ainsi stabilisé, l'intimée était fondée à 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 IPAI. En outre, compte tenu de l'existence d'une rente d'invalidité de 15% avec effet au 1^{er} mai 2002, octroyée par décision du 16 octobre 2002 en lien avec l'accident du 26 mai 2000 (fracture du scaphoïde droit), c'est également à juste titre que la décision (initiale) du 12 septembre 2023, confirmée sur opposition par la décision litigieuse, indique que « nous avons examiné si les séquelles supplémentaires résultant de la rechute de l'accident du 19.12.1996 donnaient droit à une rente d'invalidité plus élevée ». Cependant, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision de la rente (au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA), le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité. Ainsi, la réévaluation de l'état de santé et de la capacité de travail doit se faire à

l'aune de l'état de santé sous tous ses aspects (« gesundheitliche Gesamtsituation » ; cf . l'ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 6.3.2). À cet égard, la chambre de céans relève à l'examen des « documents déterminants pour la fixation de la rente » (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 645) que l'évaluation de la capacité de travail du recourant par les experts ne correspond pas à la réévaluation de la capacité de travail requise par la jurisprudence précitée. Cela se reflète, notamment, dans le fait que l'intimée procède à une évaluation séparée des deux événements accidentels en ces termes : « le préjudice économique [soit le taux d'invalidité de 13% résultant des séquelles de l'accident de 1996 à la jambe] n'est pas plus important que celui déjà reconnu pour les séquelles de l'accident [au poignet droit] subi en 2000 », pour lequel l'intéressé bénéficie d'une rente de 15% (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 645). Par ailleurs, l'omission de réévaluer la capacité de travail et le degré d'invalidité sur la base des atteintes accidentelles cumulées au poignet droit et à la jambe droite ressort également des réponses des experts aux « questions spécifiques du cas ». Ces réponses sont, en effet, limitées à la jambe droite, conformément aux questions de l'intimée qui se rapportent uniquement à l'accident de 1996, notamment pour ce qui concerne la capacité de travail (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 632, p. 7-9). Cette focalisation des experts sur ce seul événement se reflète également dans l'exigibilité retenue par l'intimée, en vue de la détermination du degré d'invalidité : « Capacité de 90% dans une activité adaptée au sens des conclusions des experts. À cette capacité restreinte, on peut ajouter – même sur le salaire ESS pour les tâches du niveau de compétence 1 – un abattement de 10% supplémentaires justifié tant par le double handicap membre inférieur/membre supérieur que par le statut personnel précaire de l'intéressé [...] » (dossier 16.36233.96.6, doc. 645). C'est le lieu d'observer que, même si l'abattement de 10% précité tient compte, entre autres, du handicap supplémentaire au membre supérieur droit, il ne saurait suppléer à l'absence d'appréciation de la capacité de travail du recourant par les experts en fonction de la double atteinte aux membres inférieur et supérieur droits, conformément à l'ATF 141 V 9 précité. On ajoutera que cette lacune du rapport d'expertise ne saurait pas non plus être comblée par le rajout, dans la décision (initiale) du 12 septembre 2023, d'une limitation fonctionnelle venant compléter celles retenues par les experts en ces termes : « et ne sollicitant que modérément le poignet droit ». On constate que cette limitation fonctionnelle additionnelle – pour laquelle l'intimée ne cite aucun rapport médical –, ne correspond d'ailleurs pas à l'exigence d'une « activité légère et ne nécessitant pas d'habileté manuelle particulière », attestée en son temps par le Dr T_____ dans le cadre de son examen final du 15 octobre 2001 (cf . dossier 01.42292.00.9, doc. 13, p. 3).

E. 9.2

Estimant que l'expertise d'O_____ peut se voir reconnaître une valeur probante sans réserves, l'intimée fait valoir que l'experte P_____ a aussi examiné les membres supérieurs et constaté, « à droite, dans la région de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, [une] cicatrice exempte de manifestations inflammatoires et tissus mous atrophiés [et] qu'à l'examen superficiel rapide, la fonction observée (par ex. se vêtir / se dévêtir) ne traduit aucune altération massive » (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 632, p. 28). Ce faisant, l'intimée omet de mentionner que l'experte orthopédiste précise elle-même que « conformément à la question posée, l'examen clinique se concentre sur le membre inférieur droit » (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 632, p. 26), ce qui est, d'ailleurs, en cohérence avec « l'examen superficiel rapide » des membres supérieurs mais ne saurait pallier l'absence d'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles par les experts d'O_____, sur la base d'un examen approfondi des atteintes à la santé du

recourant, résultant non seulement de l'événement du 19 décembre 1996 mais aussi de celui du 26 mai 2000.

E. 9.3

Une telle évaluation n'ayant pas eu lieu à ce jour, la chambre de céans s'abstiendra d'examiner plus avant le degré d'invalidité retenu par l'intimée, la fixation de ce dernier apparaissant en tout état prématurée. Aussi incombera-t-il à l'intimée de compléter l'instruction médicale dans le sens des considérants, le cas échéant en ordonnant un complément d'expertise.

E. 10

Reste à examiner si le recourant peut prétendre à une IPAI dépassant celle qui lui a déjà été reconnue à hauteur de 10%, en lien avec la seule atteinte à la main droite.

E. 10.1

Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1 re phr.) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2 e phr.). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf . art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'atteinte à l'intégrité, au sens de l'art. 24 al. 1 LAA, consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc, avant tout, aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références).

E. 10.2

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA). La jurisprudence a reconnu la légalité de cette disposition réglementaire, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6). Si un événement assuré se solde par une atteinte à l'intégrité alors qu'un événement antérieur a déjà donné lieu au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le principe veut que les indemnités déjà perçues en vertu de la loi soient imputées en pourcentage et non selon le montant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6.4.4). En pratique, il est recommandé d'évaluer d'abord chaque dommage séparément et de procéder ensuite à une évaluation globale des atteintes. Toutefois, en l'absence d'une appréciation globale des atteintes à l'intégrité, les taux individuels peuvent s'additionner lorsque les atteintes concernent différentes parties du corps et qu'elles n'ont pas d'influence les unes sur les autres (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_643/2022 du 7 juin 2023 consid. 4.5 et les

références).

E. 10.3

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5% (ATF 116 V 156 consid. 3b ; RAMA 1988 p. 230).

E. 10.4

En l'occurrence, la question d'une éventuelle IPAI n'a pas été soumise aux experts. Il ressort toutefois de la très succincte appréciation du 16 décembre 2020 du Dr H_____, confirmée par ce médecin le 22 août 2023 mais relative au seul accident de décembre 1996, qu'il « n'existe pas d'atteinte sous-jacente des articulations du genou et de la tibio-tarsienne et donc [qu'il] n'existe pas d'IPAI dans le cas précis » (cf . dossier 16.36233.96.6, doc. 423, p. 16 in fine). Ce faisant, ce médecin ne précise pas si l'octroi d'une IPAI est injustifié parce que l'atteinte serait nulle – au sens d'une (ou plusieurs) table(s) de la SUVA, qu'il ne cite d'ailleurs pas – ou parce que sans être nulle, elle n'atteindrait pas le minimum requis de 5%. Sachant que dans cette deuxième hypothèse, il y aurait lieu, en l'espèce, d'additionner le pour cent correspondant à chacune des deux atteintes (soit en tenant compte aussi des atteintes à l'intégrité résultant de l'accident de 1996 qui n'atteindraient pas 5%) et de procéder ensuite à une évaluation globale des atteintes aux membres inférieur et supérieur droits (cf . ci-dessus : consid. 10.2 et 10.3), on ne saurait considérer qu'il serait établi, en l'état de l'instruction médicale, que l'atteinte au membre inférieur droit, s'ajoutant à celle – déjà indemnisée à hauteur de 10% – de la main droite, ne permettrait pas au recourant de prétendre à une IPAI supplémentaire. L'instruction médicale devra donc être complétée également sur ce plan.

E. 11.1

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 7 décembre 2023 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants (9.2 et ss. et 10.4), le cas échéant au moyen d'un complément d'expertise, et nouvelle décision.

E. 11.2

Le recourant, représenté par un avocat et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité 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 [RFGA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 2'000.-.

E. 11.3

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.