

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/225/2025

ATAS/1008/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

Représenté par Maître Romain JORDAN, avocat

contre

intimée

AXA ASSURANCES SA

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, juges assesseures.

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, a été employé, dès le 1^{er} mars 1996, en qualité de concierge pour le compte de la société B_____ SA.

b. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de WINTERTHUR ASSURANCES, devenue depuis lors AXA ASSURANCES SA (ci-après : AXA, l'assurance ou l'intimée).

B. a. Le 2 septembre 2005, l'assuré a chuté d'une échelle, ce qui a eu pour conséquence une fracture du calcanéum droit. Par la suite, il a progressivement présenté une atteinte sous la forme d'un syndrome de Südeck.

b. Depuis lors, l'assuré est totalement incapable de travailler.

c. AXA a pris en charge les suites de cet accident.

d. Dans le cadre de son instruction, l'assurance a mandaté, pour expertise, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a examiné l'assuré une première fois en 2006.

Selon son rapport du 4 juillet 2006, le diagnostic était celui de *status* après fracture multi-fragmentaire par impression du calcanéum, traitée conservativement et qui s'était compliquée d'une algoneurodystrophie. Compte tenu de la persistance des douleurs et d'une boiterie, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle.

e. Le 22 janvier 2007, l'assuré a été victime d'un nouvel accident, lequel a entraîné une fracture de la malléole externe gauche, également traitée conservativement.

f. En 2009, le Dr C_____ a examiné l'assuré une seconde fois.

À teneur de son rapport du 14 octobre 2009, les diagnostics étaient ceux de *status* après fracture du calcanéum droit en 2005, aplatissement de l'angle de Boehler, arthrose des articulations sous-astragaliennes antérieures et postérieures, *status* après fracture distale oblique du péroné gauche en janvier 2007 et consolidation de la fracture avec une petite arthrose débutante entre le péroné et l'astragale. En raison de ces atteintes, l'assuré n'était plus capable d'exercer son activité de concierge. Cependant, dans une activité en position assise, sa capacité de travail était entière.

g. Par décision du 19 novembre 2009, AXA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité transitoire en attendant que l'Office de l'assurance invalidité (ci-après : OAI) prenne position, de 34% à partir du 1^{er} septembre 2008 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%.

C. a. Parallèlement, l'assuré a également saisi OAI d'une demande de prestations.

b. L'instruction menée par l'OAI a montré que l'assuré présentait ou avait présenté les atteintes incapacitantes suivantes : podalgie droite sur *status* après fracture du calcanéum avec déformation de la voûte plantaire, *status* après fracture de la malléole externe à gauche avec algoneurodystrophie secondaire et syndrome cervicobrachial sur pathologie herniaire pluri-étagée ; trouble bipolaire de type 2. Jusqu'au 18 novembre 2007, la capacité de travail de l'assuré était nulle et ce quelle que soit l'activité, en raison de l'atteinte psychique. Dès le 19 novembre 2007, c'étaient les atteintes rhumatologiques qui entraînaient une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique.

c. Par décision du 14 juin 2013, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2006 au 29 février 2008 et d'un quart de rente dès le 1^{er} mars 2008.

d. Étant donné que le droit à la rente provisoire s'était éteint avec la décision de l'OAI du 14 juin 2013, AXA devait se prononcer sur le droit à une rente (non transitoire). À cet effet, elle a notamment mandaté le Dr C_____ pour une troisième expertise.

Selon son rapport daté du 28 décembre 2014, les diagnostics orthopédiques et traumatologiques étaient ceux de *status* après fracture par écrasement du calcanéum droit en 2005, avec évolution lente vers une arthrose astragalo-calcaneodienne, début d'arthrose dans l'articulation de Chopart, *status* après fracture de la malléole interne gauche, traitée conservativement avec un petit début d'arthrose entre la malléole externe et l'astragale et *status* après fracture de la malléole interne droite traitée par ostéosynthèse qui paraissait parfaitement consolidée. Sans rapport avec l'accident assuré, le Dr C_____ a retenu les diagnostics de très vraisemblable périarthrite de la hanche droite (éventuellement bursite trochantérienne) et de nombreux diagnostics de médecine interne et de psychiatrie, non décrits. Pour l'expert précité, l'assuré était totalement incapable de reprendre son activité habituelle de concierge. Cependant, malgré ses accidents aux chevilles, il était apte à travailler entre 80 et 100% dans une activité adaptée, à savoir une activité assise, sans effort, sans marche prolongée, sans devoir monter et descendre des escaliers, sans soulever et porter des choses lourdes. Il n'y avait pas eu de modification majeure depuis 2009. Les arthroses aux chevilles progressaient doucement mais ne nécessitaient pas d'interventions chirurgicales.

e. Eu égard à ce qui précède, AXA a accordé à l'assuré, par décision du 20 avril 2015, une rente d'invalidité « normale » (*sic*) de 36% à compter du même jour.

Cette décision est entrée en force.

- D.** **a.** Le 14 février 2020, l'assuré a saisi l'OAI d'une demande de révision de la rente en raison d'une aggravation de son état de santé comme cela ressortait des rapports joints.

b. Par décision du 11 mai 2021, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière (invalidité de 83%) à compter du 1^{er} février 2020.

c. Le 9 février 2022, l'assuré a également saisi AXA d'une demande de révision de la rente en raison d'une aggravation de son état de santé telle que ressortant des rapports joints.

d. Par décision du 6 juillet 2022, se référant à une décision du 29 mars 2014, dans laquelle l'OAI avait retenu une invalidité de 47%, AXA a augmenté la rente de l'assuré de 36% à 47%, avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2014.

E. a. Par courrier du 24 juillet 2023, AXA a refusé de réviser la rente, retenant que l'assuré se plaignait principalement de maux de dos, faisant suite à une hernie discale (2009), de troubles de la colonne cervicale, d'un kyste au niveau du coccyx, de troubles à l'épaule droite (2016) et de rhumatismes. Au vu des pièces au dossier, la dégradation était d'origine malade et pouvait clairement être distinguée des lésions résultant de l'accident assuré. En l'absence d'aggravation due à l'accident (blessure au pied), l'assurance s'en tenait au taux d'invalidité de 47%.

b. Le 23 août 2023, l'assuré s'est opposé au refus du 24 juillet 2023, considérant qu'il ressortait des divers rapports au dossier que l'atteinte à la cheville s'était également aggravée.

c. Par décision sur opposition du 28 novembre 2024, AXA a confirmé son refus, considérant que les pièces médicales sur lesquelles se fondait la demande de révision avaient déjà été produites en date du 14 février 2020, à l'appui de la demande de révision formulée auprès de l'OAI, de sorte que le délai de 90 jours pour demander la révision était largement dépassé. Cela étant, même si lesdits documents avaient été produits à temps, la demande de révision n'en devrait pas moins être rejetée, dès lors que les atteintes évoquées dans les rapports produits avaient toutes déjà été prises en considération par l'assurance, de sorte qu'il n'y avait pas matière à un réexamen du cas.

F. a. Le 17 janvier 2025, sous la plume de son conseil, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant sous suite de frais et dépens, à son annulation et, cela fait, principalement, à ce que ladite décision soit réformée en ce sens que le degré d'invalidité devait être adapté à celui de 83% retenu par l'OAI et que le montant de la rente mensuelle versée par l'assurance soit revu à la hausse et ce, depuis le jour de la demande de révision, soit depuis le 9 février 2022, et, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à AXA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

À l'appui de son recours, l'assuré a notamment considéré que les troubles résultant de l'accident subi au pied droit étaient « dégénératifs » et qu'ils impactaient tout le côté droit du squelette, lui causant d'importantes douleurs au quotidien. Par conséquent, son état de santé s'était aggravé de manière significative depuis la décision du 29 avril 2015.

b. Également sous la plume de son conseil, l'intimée a répondu en date du 20 mars 2025 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a tout d'abord considéré qu'au vu de la formulation de la demande du 9 février 2022, c'était à juste titre qu'elle avait examiné la situation sous l'angle de la révision procédurale, l'aggravation de l'état de santé du recourant ayant fait l'objet de la décision du 6 juillet 2022, laquelle était entrée en force. En tout état, les rapports médicaux produits par le recourant ne permettaient pas de soutenir l'existence d'une aggravation de son état de santé, non prise en considération. Étant donné les multiples atteintes dégénératives, elle ne pouvait reprendre les constatations de l'OAI, ce dernier devant tenir compte de toutes les atteintes à la santé du recourant, ce qui n'était pas le cas de l'assurance-accidents, dès lors que la responsabilité de cette dernière était uniquement limitée aux conséquences de l'accident. En tout état, l'intimée considérait que le recourant ne pouvait raisonnablement justifier d'une incapacité de travail de 83% en raison d'une prétendue péjoration de l'atteinte à sa cheville, étant encore constaté que le recourant ne remettait pas en cause la comparaison des revenus.

c. Par réplique du 14 avril 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, rappelant pour le surplus, en se référant à la décision sur opposition querellée, que l'arthrose de l'articulation de Chopart découlait de la fracture subie lors de l'accident et qu'il en allait de même des limitations et douleurs ressenties non seulement au niveau du pied droit mais également sur tout le côté droit du squelette. La péjoration de son état de santé était donc en lien direct avec l'accident assuré.

d. De son côté, l'intimée a également persisté dans ses conclusions par duplique du 8 mai 2025, relevant que par courrier du 24 juillet 2023, elle avait rappelé au recourant qu'elle avait déjà statué sur la question de l'aggravation par décision du 6 juillet 2022, étant précisé que l'expertise du 1^{er} février 2021 effectuée par le CEMED à la demande de l'OAI avait conclu, en substance, à une péjoration des atteintes dégénératives sans lien avec l'accident assuré. En tout état, lors de l'examen du dossier ayant conduit à la décision de 2022, elle avait tenu compte non seulement de la situation prévalant depuis 2014 mais également des dernières modifications survenues, lesquelles ne paraissaient toutefois pas pertinentes pour le traitement du cas dès lors qu'elles étaient d'origine malade.

e. Dans ses déterminations du 26 mai 2025, le recourant a notamment constaté que la décision du 6 juillet 2022 se référait uniquement à la décision de l'intimée du 20 avril 2015 et à la décision de l'OAI du 2 mars 2014, de sorte qu'un assuré de bonne foi ne pouvait en déduire que l'intimée aurait en réalité pris sa décision en se référant à la décision de l'OAI du 11 mars 2021 et à la demande de révision du 9 février 2022. Si tel avait été le cas, il aurait fait recours, dès lors que l'intimée ne donnait pas suite à ses conclusions en révision. Pour le surplus, le recourant a persisté dans ses précédentes écritures.

f. Par courrier du 29 septembre 2025, la chambre de céans a imparti à l'intimée un délai de dix jours pour produire une copie de l'intégralité du dossier qu'elle avait constitué suite à la demande de révision du 9 juillet 2022, incluant notamment les pièces sur lesquelles se fondait la décision du 6 juillet 2022 (augmentation de la rente d'invalidité à 47%) ainsi que l'expertise du CEMED du 1^{er} février 2021 mentionnée dans la duplique du 8 mai 2025 et ne figurant pas au dossier produit.

g. À la demande de l'intimée, le délai a été prolongé au 13 novembre 2025.

h. Par pli du 13 novembre 2025, l'intimée a transmis exactement les mêmes pièces que celles figurant en annexe à ses précédentes écritures, expliquant encore que l'expertise du CEMED était une pièce du dossier de plus de 1200 pages constitué par l'OAI et voulant savoir si la chambre de céans souhaitait la production de ce dossier.

i. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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.

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.

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à ne pas entrer en matière sur la demande de révision du 9 février 2022, singulièrement sur la question d'une aggravation de l'état de santé du recourant.

3. Dans leurs écritures successives, tant durant la phase administrative que dans le cadre du présent recours, les parties présentent une argumentation confuse sur les notions de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, de révision procédurale

selon l'art. 53 al. 1 LPGA et de révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

Aussi, il convient, dans un premier temps, de déterminer quel type de révision est en réalité demandé par le recourant.

3.1 La force de chose jugée formelle d'une décision relative à des rapports juridiques permanents ne s'applique pas sans condition. Elle se limite aux faits et à la situation juridique au moment où la décision a été rendue. Or, les faits peuvent avoir été établis de manière erronée au moment où la décision a été rendue ou ils peuvent avoir changé par la suite. De même, la décision peut reposer sur une application initialement erronée ou la situation juridique objective peut changer après le prononcé de la décision (ATF 146 V 364 consid. 4.2).

Il existe ainsi quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle (ATF 146 V 364 consid. 4.2 et les références ; voir également Margit MOSER-SZELESS / Jenny CASTELLA *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 2 *ad* art. 53) :

- Si la décision est fondée sur une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits), elle peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA.
- Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.
- Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA).
- Il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision ; ces cas ne sont pas réglés dans la loi mais par la jurisprudence, laquelle a établi des règles différentes selon que le changement subséquent de la situation juridique objective est dû à une intervention du législateur ou à une modification de la pratique judiciaire.

Ce cas n'entre toutefois pas en considération en l'espèce, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus en détails les principes applicables dans celui-ci.

3.2 En l'espèce, dans sa demande de révision du 9 février 2022, le recourant se réfère tant à l'art. 17 LPGA qu'à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. S'il conclut certes à la révision de la décision du 20 avril 2015, il ne remet pas en question la validité de cette décision initiale. En effet, il n'allègue pas une inexactitude initiale sur les faits qui justifierait, pour autant que toutes les conditions soient remplies, une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Il n'invoque pas non plus

une application initiale erronée du droit, ce qui pourrait mener à une reconsidération de la décision initiale au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

En réalité, le recourant invoque une aggravation de son état de santé depuis la décision du 20 avril 2015, à savoir une inexactitude sur les faits qui est survenue après le prononcé de cette décision initiale exempte d'erreur.

L'éventuelle augmentation de la rente doit donc s'examiner sous l'angle de la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA uniquement. D'ailleurs, c'est ce que l'intimée a fait dans un premier temps, dans sa décision du 24 juillet 2023, avant de modifier son argumentation principale dans la décision sur opposition querellée.

4.

4.1 À teneur de l'art. 18 al. 1 LAI, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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, mentale ou psychique 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).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

4.2 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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.

Dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, l'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que 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 matière d'assurance-accidents, la modification de l'art. 17 al. 1 LPGA n'a pas de portée pratique pour l'issue du présent litige. En effet, 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.* art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la nouvelle formulation de cette disposition ne modifie pas les conditions de la révision d'une rente LAA, déjà précisées par la jurisprudence sous l'ancien droit, laquelle prévoyait notamment que le caractère notable de la modification était admis lorsque le degré d'invalidité différait d'au moins 5% du taux initial (ATF 140 V 85).

La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé. Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2). De nouvelles constatations médicales ne sont déterminantes que pour autant qu'elles entraînent des modifications de l'état de santé. C'est également le cas lorsqu'un diagnostic ne s'est pas modifié, mais que l'intensité de l'atteinte ou ses répercussions sur la capacité de travail se sont modifiées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_261/2009 du 11 mai 2009 consid. 1.2).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; *cf.* également 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

4.3 L'examen matériel de la révision d'une rente se fait en deux étapes : tout d'abord, il faut vérifier s'il existe un motif de révision sous la forme d'une modification notable de l'état de faits. Si tel est le cas, le degré d'invalidité doit être déterminé dans un deuxième temps (*cf.* Thomas FLÜCKIGER, *in*

FRÉSARD-FELLAY, LEUZINGER, PÄRLI [éd.], *Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz*, 2019, n. 8 ad art. 22 LAA), étant encore rappelé que 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références).

Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques (« *allseitige Prüfung* »), sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente. Ainsi, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente. Sont susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle évaluation, éventuellement divergente, les aspects qui font l'objet d'une hypothèse, par exemple les revenus sans et avec invalidité et les hypothèses qui les sous-tendent, l'état de santé ou la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2 et les références).

4.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

4.5 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

5.

5.1 En l'espèce, le droit du recourant à une rente d'invalidité a fait l'objet des décisions suivantes :

- En attendant une décision de l'OAI, l'intimée a, par décision du 19 novembre 2009, mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité transitoire de 34% à compter du 1^{er} septembre 2008, compte tenu des diagnostics suivants (cf. rapport d'expertise du Dr C_____ du 14 octobre 2009) : *status* après fracture du calcanéum droit en 2005, aplatissement de l'angle de Boehler, arthrose des articulations sous-astragaliennes antérieures et postérieures, *status* après fracture distale oblique du péroné gauche en janvier 2007 et consolidation de la fracture avec une petite arthrose débutante entre le péroné et l'astragale. Ces atteintes entraînaient une impossibilité d'exercer l'activité

habituelle de concierge. En revanche, il était exigible du recourant qu'il exerce, à plein temps, une activité en position assise.

- Pour sa part, par décision du 20 mars 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2006 au 29 février 2008 et d'un quart de rente dès le 1^{er} mars 2008, le degré d'invalidité étant alors de 47%. Les atteintes avec répercussions sur la capacité de travail alors retenues étaient les suivantes : trouble bipolaire de type 2 podalgie droite sur *status* après fracture du calcanéum avec déformation de la voûte plantaire ; *status* après fracture de la malléole externe à gauche avec algoneurodystrophie secondaire et syndrome cervico-brachial sur pathologie herniaire pluri-étagée. Malgré ces atteintes, le recourant était théoriquement capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité sédentaire sans port de charges et sans déplacements sur des distances supérieures à 100 ou 150 mètres (*cf.* rapport de réadaptation professionnelle du 30 avril 2013 ; pièce 2, rec.).
- Vu la décision de l'OAI du 20 mars 2014, le droit du recourant à une rente d'invalidité transitoire a pris fin et l'intimée a dû statuer sur le droit à « une rente de durée indéterminée ».

L'intimée a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et a augmenté, par décision du 20 avril 2015, la rente d'invalidité à 36% à compter du même jour, les diagnostics retenus alors étant ceux de *status* après fracture par écrasement du calcanéum droit en 2005, avec évolution lente vers une arthrose astragalo-calcaneodinne lente, début d'arthrose dans l'articulation de Chopart, *status* après fracture de la malléole interne gauche, traitée conservativement avec un petit début d'arthrose entre la malléole externe et l'astragale et *status* après fracture de la malléole interne droite traitée par ostéosynthèse et qui paraissait parfaitement consolidée.

Il ressort de la décision du 20 avril 2015 que l'intimée savait que l'OAI avait mis le recourant au bénéfice d'une rente entière puis, dès le 1^{er} mars 2008, d'un quart de rente vu le degré d'invalidité de 48% retenu (« Sur la base des calculs correspondants effectués par l'assurance-invalidité, vous avez droit à un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 48%, et ce, à partir du 1^{er} mars 2008 »).

- Le 14 février 2020, le recourant a saisi l'OAI d'une demande de révision de sa rente, compte tenu d'une aggravation de son état de santé.

Après instruction, l'OAI a, par décision du 11 mai 2021, modifié la rente d'invalidité du recourant le mettant au bénéfice d'une rente entière (invalidité de 83%) à compter du 1^{er} février 2020. Il ressort de l'exposé des faits qu'en raison d'une aggravation de son état de santé, le recourant avait présenté, dans une activité adaptée, une incapacité de travail de 50% entre le 1^{er} mai 2016 et

le 31 décembre 2018, l'incapacité de travail étant de 75% depuis le 1^{er} janvier 2019.

Le dossier de l'OAI n'ayant pas été transmis, les atteintes ayant motivé cette augmentation de la rente ne sont pas connues de la chambre de céans.

- Le 9 février 2022, le recourant a également saisi l'intimée d'une demande de révision de la décision du 20 avril 2015, en raison d'une aggravation de son état de santé.

Par décision du 6 juillet 2022, se référant à la décision de l'OAI du 20 mars 2014 dans laquelle l'OAI a retenu une invalidité de 47%, et à l'art. 33 al. 2 OLAA portant sur l'adaptation des rentes complémentaires, l'intimée a augmenté la rente du recourant de 36% à 47%, avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2014, étant précisé que cette décision ne comporte aucune autre précision, en particulier aucune comparaison des revenus (« nous nous référons à notre décision du 20 avril 2015 ainsi qu'à la décision de l'AI du 20 mars 2014. L'AI nous a informé qu'elle avait augmenté le taux d'invalidité à 47%. Après examen approfondi de la situation, nous sommes parvenus à adapter le degré de 36% à l'AI [du recourant] également à 47% », cf. pièce 23, rec. »).

Par décision du 24 juillet 2023, l'intimée a refusé d'augmenter la rente, considérant que l'aggravation alléguée ne concernait pas des suites de l'événement assuré.

Le recourant s'est opposé à cette décision de refus.

Par décision sur opposition du 28 novembre 2024, l'intimée a considéré, d'une part, que le recourant n'avait pas rendu plausible un motif de révision, sous la forme d'une aggravation de son état de santé en lien avec l'accident assuré et, d'autre part, que dans sa décision du 6 juillet 2022, elle avait d'ores et déjà tenu compte des modifications opérées par l'OAI et adapté la rente d'invalidité, qui était désormais fixée à 47%, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'entrer en matière sur un réexamen du cas.

C'est cette décision sur opposition qui est contestée dans la présente procédure.

5.2 Avant d'examiner si le recourant a rendu plausible – ou non – une aggravation de son état de santé, la chambre de céans constate que, contrairement à ce que prétend l'intimée dans ses écritures, la décision du 6 juillet 2022 ne porte pas sur l'évolution de l'état de santé du recourant entre 2014 et 2022.

En effet, d'une part, la décision en question se réfère uniquement à la précédente décision de l'intimée datée du 20 avril 2015 ainsi qu'à la décision de l'OAI du 20 mars 2014, dans laquelle il est question d'un taux d'invalidité à 47%, sans qu'il ne soit fait référence à une aggravation ou à une demande de révision.

D'autre part, bien que l'intimée prétende avoir procédé à une nouvelle instruction du cas, rien dans le dossier soumis à la chambre de céans ne permet de confirmer cela. En effet, au dossier ne figure aucune appréciation d'un quelconque médecin se prononçant sur l'aggravation alléguée par le recourant. Bien plus, alors que, par courrier du 30 septembre 2025, la chambre de céans a imparti un délai de dix jours à l'intimée pour lui transmettre « une copie de l'intégralité du dossier [qu'elle a] constitué suite à la demande de révision du 9 février 2022, incluant notamment les pièces sur lesquelles se fonde [la] décision du 6 juillet 2022 (augmentation de la rente d'invalidité à 47%) ainsi que l'expertise du CEMED du 1^{er} février 2021, [mentionnée dans la] duplique du 8 mai 2025 et qui ne figurent pas au dossier (...) transmis », délai prolongé jusqu'au 19 novembre 2025, l'intimé a remis à la chambre de céans, par pli du 13 novembre 2025, exactement les mêmes pièces que celles produites en annexe à ses écritures, sans fournir les pièces sur lesquelles la décision du 6 juillet 2022 se fonde ainsi que l'expertise du CEMED du 1^{er} février 2021.

À cet égard, la chambre de céans relève qu'elle renonce, par appréciation anticipée des preuves, à ordonner l'apport du dossier de l'OAI dès lors qu'il ne lui appartient pas de faire le tri dans les 1200 pièces du dossier en question, en se demandant pour chacune d'entre elles si et dans quelle mesure l'intimée l'a prise en considération pour rendre sa décision du 6 juillet 2022.

Il en résulte que, contrairement à ce qu'elle allègue, l'intimée semble n'avoir procédé à aucune instruction complémentaire sur le plan médical. En effet, dans le cas contraire, le dossier soumis à la chambre de céans comporterait des appréciations du médecin-conseil, expliquant pour quels motifs il fallait retenir ou au contraire écarter telle ou telle pièce figurant au dossier de l'OAI.

En réalité, la décision du 6 juillet 2022, quand bien même elle a été rendue postérieurement à la demande de révision du 9 février 2022, porte uniquement sur la situation prévalant en 2014, lorsque l'OAI a rendu sa première décision, l'intimée semblant simplement avoir aligné la rente reconnue au recourant sur celle de l'OAI sans examiner plus en détail les atteintes prises en considération et leurs répercussions sur sa capacité de travail.

Par conséquent, la décision du 6 juillet 2022 ne saurait être retenue comme point de comparaison pour examiner le caractère plausible de l'aggravation alléguée.

5.3 Cela étant précisé, il convient désormais de comparer l'état de santé du recourant tel qu'il se présentait lors de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, à savoir la décision du 20 avril 2015 (et non celle du 6 juillet 2022), et la situation ayant motivé la demande de révision du 9 février 2022.

En 2015, la rente a été accordée en raison des atteintes suivantes, constatées par le Dr C_____ (cf. rapport de celui-ci daté du 28 décembre 2014) :

- *status* après fracture par écrasement du calcanéum droit en 2005, avec évolution lente vers une arthrose astragalo-calcaneïdienne lente ;
- début d'arthrose dans l'articulation de Chopart ;
- *status* après fracture de la malléole interne gauche, traitée conservativement avec un petit début d'arthrose entre la malléole externe et l'astragale ;
- *status* après fracture de la malléole interne droite traitée par ostéosynthèse et qui paraissait parfaitement consolidée.

Sans lien avec les accidents assurés, le médecin précité avait évoqué une très vraisemblable périarthrite de la hanche droite (avec éventuellement une bursite trochantérienne) et de nombreux diagnostics de médecins interne et de psychiatrie, qu'il n'a pas précisés.

Si le recourant était totalement incapable de reprendre son activité habituelle de concierge, il était apte à travailler entre 80 et 100% dans une activité adaptée, à savoir une activité assise, sans effort, sans marche prolongée, sans devoir monter et descendre des escaliers, sans soulever et porter des choses lourdes.

À l'appui de sa demande de révision, le recourant a produit plusieurs rapports médicaux, dont il ressort notamment qu'il souffre des atteintes suivantes :

- des rachialgies diffuses avec un canal cervical et un canal lombaire étroits avec des discopathies de type Modic I (rapports du Dr D_____ du 16 novembre 2020 et du Dr E_____ du 17 septembre 2020 ; comptes-rendus des IRM cervicale et lombo-sacrée du 1^{er} septembre 2020) ;
- une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs probablement liée à son diabète (rapports du Dr D_____ du 16 novembre 2020, de la Dre F_____ du 20 juillet 2020 et du Dr E_____ du 17 septembre 2020) ;
- une insuffisance artérielle du membre inférieur droit de stade IIB ayant conduit à la mise en place d'un stent fémoral droit en octobre 2020 (rapports du Dr D_____ du 16 novembre 2020, du Dr G_____ du 28 septembre 2020 et du Dr H_____ du 7 octobre 2020) ;
- une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de son épaule droite (rapports du Dr D_____ du 16 novembre 2020 et du Dr E_____ du 17 septembre 2020) ;
- une tendinopathie chronique du moyen fessier droit (rapport du Dr D_____ du 16 novembre 2020) ;
- une gonarthrose interne bilatérale et fémoro-patellaire droite (rapport du Dr D_____ du 16 novembre 2020) ;
- une arthrose de la cheville droite (rapport du Dr D_____ du 16 novembre 2020).

Dans un complément du 15 avril 2024, le Dr D_____ a encore expliqué que l'arthrose de l'articulation sous-talienne droite était consécutive à l'accident assuré. Quant à la tendinopathie du moyen fessier droit, elle était probablement due aux troubles de la marche dus à l'arthrose.

Au vu de ce qui précède, il semble que l'état de santé du recourant se soit aggravé entre 2015 et 2022, avec l'apparition d'une tendinopathie du moyen fessier droit en sus de l'arthrose de la cheville droite, seule atteinte potentiellement en lien de causalité avec l'accident assuré. En d'autres termes, le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé.

Cela étant, les pièces produites ne sont pas suffisantes pour confirmer l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, de cette aggravation, faute de se prononcer sur les limitations fonctionnelles induites par la nouvelle atteinte et donc la capacité de travail et, ainsi, de respecter les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante.

De son côté, l'intimée n'a pas jugé nécessaire de soumettre ces pièces à son médecin-conseil. Du moins, cela ne ressort pas des dossiers transmis.

Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier les répercussions de l'aggravation de l'atteinte et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de se déterminer sur une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Dans la mesure où le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, il appartenait à l'intimée d'entrer en matière sur la demande de révision et, en vertu de son devoir d'instruire d'office, d'examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et de s'assurer que l'aggravation rendue plausible par le recourant était effectivement survenue.

Cette instruction médicale n'a pas été effectuée.

En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 28 novembre 2024 annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

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

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 28 novembre 2024.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- valant participation à ses frais de défense.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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