

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/254/2023

ATAS/468/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2024

Chambre 15

En la cause

A _____

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA
représentée par GROUPE MUTUEL SERVICES SA

recourant

appelée en
cause

contre

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE DOMMAGES FRV SA

intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, est employé agricole auprès du Domaine B_____ à C_____. À ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Société d'assurance dommages FRV SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
- b.** Le 18 janvier 2021, l'assuré a glissé à vélo sur une plaque de verglas.
- c.** Pris en charge par le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), il s'est vu diagnostiquer une bursite traumatique du genou.
- d.** Le 22 janvier 2021, au vu de l'augmentation des douleurs associée à des paresthésies de l'extrémité distale du membre inférieur droit avec déficit du releveur du pied et de l'hallux, l'assuré s'est soumis à diverses radiographies, ainsi qu'à un scanner de la jambe.
- Ces examens ont permis d'identifier deux hématomes sous-cutanés prépatellaires et en avant de l'extrémité distale du muscle vaste médial, ainsi qu'un hématome intramusculaire de l'extrémité distale du vaste médial.
- e.** Le 25 janvier 2021, une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la jambe droite a été effectuée en urgence. Elle ne montrait pas d'atteinte ligamentaire ou tendineuse du genou, pas de compression extrinsèque du nerf péronier commun ni du nerf péronier profond de la jambe droite, ni de signe de dénervation musculaire aigüe de la loge des extenseurs ou de contusion significative. Elle mettait cependant en évidence un hématome prépatellaire sous-cutané avec infiltration diffuse du genou et de la jambe droite.
- f.** L'assuré a été hospitalisé pour surveillance clinique auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG du 25 au 29 janvier 2021.
- g.** Il a ensuite été transféré pour rééducation à l'Hôpital de Beau-Séjour jusqu'au 10 février 2021.
- h.** À sa sortie, l'assuré a été suivi par le docteur D_____, traumatologue et médecin du sport, qui a notamment préconisé des séances de physiothérapie et prolongé l'arrêt de travail complet jusqu'au 30 juin 2021.
- i.** Le 20 mai 2021, l'assureur a adressé un formulaire de détection précoce à l'office de l'assurance-invalidité (OAI) pour le compte de l'assuré.
- j.** Une nouvelle IRM du genou droit a été effectuée le 8 juin 2021, laissant apparaître une fissuration profonde et focale du cartilage du tiers moyen de la facette rotulienne interne et de la trochlée inféro-interne touchant l'os sous-chondral aux deux niveaux.

k. Dans son rapport intermédiaire du 11 juin 2021, le Dr D_____ faisait état d'une évolution stationnaire avec une diminution de force et de la charge du quadriceps droit et une possible surcharge fonctionnelle.

l. L'assuré a séjourné du 10 au 30 août 2021 à la clinique romande de réadaptation de la SUVA (CRR). À sa sortie, les médecins de la CRR retenaient les diagnostics d'hématome au sein de la bourse pré-patellaire et infiltration sous-cutanée diffuse du genou et de la jambe, de probable neuropathie sensitivo-motrice du nerf sural et tibial au décours et de chondropathie fémoro-patellaire interne.

Les examens avaient permis d'exclure la persistance d'une anomalie des nerfs périphériques. Une infiltration réalisée lors du séjour n'avait pas permis de réduire les douleurs. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et la poursuite d'un traitement de physiothérapie était préconisée afin d'améliorer les aptitudes fonctionnelles.

m. Le 25 janvier 2022, l'assuré s'est soumis à une scintigraphie osseuse avec SPECT/CT. L'examen ne laissait pas apparaître d'hypercaptation, ni de signe de syndrome douloureux régional complexe (CRPS pour « *complex regional pain syndrom* »), mais une hypoactivité en phase artérielle et tissulaire en défaveur du côté droit témoignant d'une décharge mécanique.

n. Du fait de l'absence d'amélioration, un second avis était sollicité auprès du docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le 17 mars 2022, celui-ci confirmait le diagnostic de chondropathie rotulienne du genou droit.

o. Sollicité par le Dr E_____ afin d'investiguer les « séquelles neurologiques locales liées au traumatisme relativement important de janvier 2021 », le docteur F_____, spécialiste en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur a établi un rapport circonstancié le 14 mars 2022.

Il y concluait à une neuropathie du nerf sciatique poplité externe (SPE) non lésionnelle, dans la mesure où la dorsiflexion du pied avait entièrement récupéré. Un traitement de Prégabaline était mis en place et une infiltration avec stéroïde était prévue ultérieurement concernant la douleur suprapatellaire somatique.

p. Le 6 avril 2022, le docteur G_____, spécialiste en neurologie et en électroneuromyographie (ENMG), a exclu une atteinte déficitaire neurogène du membre inférieur droit ; l'examen était dans la norme.

q. Le 16 mai 2022, le Dr F_____ indiquait que les résultats obtenus au test de perfusion de Lidocaïne, ainsi que les suites de l'arthro-anesthésie et de l'infiltration du nerf sciatique concordait en faveur d'un syndrome canalaire du SPE, probablement en rapport avec l'hématome post-traumatique. Il précisait que l'absence de signes électrophysiologiques à l'examen du Dr G_____ n'excluait pas ce diagnostic, dont les signes n'étaient pas forcément visibles à l'ENMG. Une neurolyse chirurgicale était envisagée.

r. L'assurance a mandaté le H_____ (ci-après : H_____) afin de réaliser une expertise pluridisciplinaire de l'assuré. Celle-ci a été mise en œuvre par les docteurs I_____ (médecine physique et réadaptation), J_____ (neurologie) et K_____ (psychiatrie et psychothérapie) qui ont examiné l'assuré les 11 mai et 7 juin 2022 et ont adressé leur rapport à l'assurance le 5 juillet 2022.

Les experts ont retenu les diagnostics de status post bursite hémorragique pré-patellaire avec infiltration sous-cutanée diffuse du genou et de la jambe droite et chondropathie fémoro-patellaire interne, le premier entrant en lien de causalité certain avec l'accident, le second en lien de causalité possible avec celui-ci.

Il n'y avait pas de trouble psychique ni d'anomalie neurologique clairement objectivée, étant rappelé le caractère atypique du tableau d'atteinte sensitivo-motrice du membre inférieur droit.

La capacité de travail dans l'activité antérieure était de 50%, dans la mesure où certains aspects du travail, notamment le suivi de la vinification, la vente et le suivi des récoltes demeuraient pleinement exigibles. Une capacité pleine et entière était attendue à deux mois moyennant la poursuite du renforcement musculaire et de la natation.

L'état définitif était atteint sous l'angle de chacune des spécialités. Aucun traitement supplémentaire n'était nécessaire. En particulier, l'expert neurologue doutait qu'une éventuelle libération du nerf fibulaire au passage du col du péroné soit de nature à améliorer significativement la situation, compte tenu de son caractère non contributif aux troubles fonctionnels présentés, au vu des constatations cliniques et des résultats des ENMG.

Il n'y avait pas d'atteinte durable à l'intégrité corporelle du fait de l'accident ni d'incapacité médico-théorique.

B. a. Par décision du 26 juillet 2022, l'assurance a informé l'assuré de ce que l'état définitif était désormais atteint, de sorte que le traitement médical en relation avec l'accident serait considéré terminé au 1^{er} septembre 2022. Il n'existait pas de séquelle ni d'atteinte à l'intégrité en relation avec l'accident. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% dès le 11 mai 2022. Elle serait considérée entière dès le 1^{er} septembre 2022, date à partir de laquelle le versement des indemnités journalières serait interrompu, tout comme la prise en charge du traitement.

b. L'assuré s'est opposé à cette décision le 24 août 2022, concluant à son annulation et à ce que l'assurance maintienne la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières à 100%.

Il contestait essentiellement les conclusions de l'expertise H_____, notamment quant aux limitations fonctionnelles retenues et à leur incidence sur sa capacité de travail retenue dans son activité habituelle. Il contestait également que l'état de santé définitif soit atteint.

Il était erroné de considérer qu'au terme de son séjour la CRR, l'assuré marchait désormais sans canne, alors que le rapport de sortie de la clinique indiquait uniquement qu'il était parvenu à effectuer un test de six minutes sans moyen auxiliaire dans les murs de la CRR, avec une barrière de sécurité qu'il avait pu utiliser afin d'éviter les chutes. À cet égard, les experts n'avaient d'ailleurs pas remis en cause l'existence des douleurs et des « lâchages étagés plus ou moins antalgiques » du genou, ainsi que les limitations en découlant, soit notamment le fait de devoir se déplacer avec une canne.

D'une manière générale, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans l'activité habituelle n'avaient pas été évaluées convenablement par les experts. D'ailleurs, le service médical régional de l'AI (SMR) indiquait dans un avis du 22 août 2022 qu'il ne pouvait suivre les conclusions de l'expertise H_____ à cet égard, l'activité habituelle de l'assuré étant très physique. Selon le SMR, seule pouvait ainsi être envisagée, à plein temps (dès le 1^{er} novembre 2021), une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues à la sortie de la CRR, ainsi que par le Dr D_____, soit : pas de port de charges supérieures à 10-15 kg, pas de port de charges répété de plus de 5-10 kg, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de position accroupie ou à genoux, pas de réalisation répétée d'escaliers, d'échelles, pas de travail sur les toits, pas de position statique debout prolongée.

L'assuré a encore produit une attestation du 29 août 2022 de son employeur indiquant que les limitations de son salarié dans ses mouvements n'étaient guère compatibles avec l'activité habituelle de ce dernier et les besoins de l'entreprise et, notamment, le caractère saisonnier des différentes tâches figurant au cahier des charges.

Au-delà de ces éléments, l'assuré contestait enfin que son état de santé et ses capacités fonctionnelles ne puissent plus être sensiblement améliorées. Le Dr F_____ estimait qu'une compression intermittente du nerf constituait vraisemblablement la cause des douleurs et des « lâchages étagés plus ou moins antalgiques » du genou (et des limitations qui en découlaient). Selon lui, l'atteinte neurogène était certaine et avait notamment été confirmée par le résultat positif de l'injection de Lidocaïne par intraveineuse. Le Dr F_____ avait donc adressé son patient au Professeur L_____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et en chirurgie de la main et des nerfs périphériques, qui avait préconisé une révision neurologique au niveau du col du péroné, prévue pour septembre 2022. L'intervention était considérée indispensable selon le Prof. L_____, sous peine de lésion permanente du nerf fibulaire.

L'état définitif n'était donc pas atteint et la capacité de travail dans l'activité habituelle demeurait nulle en l'état.

c. Le Prof. L_____ a effectué une neurolyse sur l'assuré le 27 septembre 2022. À teneur du protocole opératoire, l'intervention était indiquée du fait d'un

syndrome canalaire au niveau du SPE. À l'ouverture du fascia apparaissait « le nerf péronier qui est bien coincé au niveau du fascia musculaire au fond ». Le nerf avait été libéré en proximale et en distale.

d. L'assuré a déposé un recours pour déni de justice auprès de la chambre de céans en date du 8 décembre 2022. Il y concluait à ce que l'assurance lui verse le plein de ses indemnités journalières jusqu'à ce qu'il soit statué sur son opposition.

e. Le 13 décembre 2022, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 26 juillet 2022, en privant tout recours d'effet suspensif. Aucune anomalie neurologique n'ayant été clairement objectivée, il n'y avait pas de diagnostic neurologique en relation de causalité naturelle avec l'évènement accidentel. Il n'y avait donc plus d'obligation de prester de l'assureur LAA. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle au jour de l'expertise H_____, puis de 100% deux mois après, soit au début du mois d'août 2022.

f. Le 16 décembre 2022, l'assurance a accepté de restituer l'effet suspensif à l'opposition de l'intéressé et de lui verser rétroactivement l'entier de ses indemnités journalières jusqu'au 14 décembre 2022.

g. Le recours a été déclaré sans objet (cf. ATAS/1162/2022 du 22 décembre 2022).

- C.** **a.** Le 25 janvier 2023, l'assuré a recouru contre la décision du 13 décembre 2022, concluant à son annulation, à la prise en charge du traitement médical au-delà du 1^{er} septembre 2022 - notamment les frais de l'opération du 27 septembre 2022, ses suites et le traitement d'ergothérapie - ainsi qu'au versement des indemnités-journalières à 100% aussi longtemps que ses médecins attesteraient d'une incapacité totale de travailler.

Il a réitéré les griefs soulevés au stade de son opposition, soulignant qu'il existait bien une anomalie neurologique objectivée dont la causalité naturelle n'avait jamais été niée par les experts. Tout au plus, l'expert neurologue avait-il émis un doute quant au fait « qu'une éventuelle libération du nerf fibulaire au passage du col du péroné soit de nature à améliorer significativement les troubles, compte tenu de leur caractère ». Or, cette analyse s'était avérée erronée, dans la mesure où l'opération du 27 septembre 2022 par le Dr L_____, ainsi que le traitement qui s'en était suivi auprès d'un ergothérapeute, avaient permis de mettre un terme aux « lâchages de genou ». L'intéressé pouvait ainsi désormais marcher sans béquille. En outre, malgré des paresthésies envahissantes, des douleurs et une certaine fatigue de la jambe gauche, le nerf se remettait progressivement. L'opération avait donc porté ses fruits et amélioré les capacités fonctionnelles.

b. L'intimée a répondu au recours le 23 février 2023, concluant à son rejet.

Lorsque le recourant était sorti de la CRR, aucune intervention chirurgicale n'avait été préconisée et une stabilisation était attendue dans un délai de deux à trois mois. En outre, les experts du H_____ avaient explicitement indiqué que si

une irritation du nerf fibulaire au passage du col du péroné restait [reste] éventuellement envisageable, ceci apparaissait [apparaît] comme non contributif aux troubles fonctionnels présentés par Monsieur A_____ au vu des constatations cliniques et du résultat des ENMG. En effet, une discrète irritation d'un nerf peut être sans traduction à l'examen neurographique mais le tableau clinique dépasse clairement le territoire du nerf fibulaire et les constatations cliniques sont très atypiques, de telle sorte qu'une éventuelle atteinte du nerf fibulaire ne saurait rendre compte en totalité des plaintes et de l'atteinte fonctionnelle ». Ainsi, les experts ne pensaient pas « qu'il y ait lieu d'envisager des mesures thérapeutiques additionnelles et notamment une neurolyse du nerf fibulaire au niveau du col du péroné. Il n'y avait [a] pas non plus d'autres mesures additionnelles à envisager, ceci compte tenu du tableau clinique atypique et de l'échec de l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici ».

L'intimée ne voyait aucune raison de s'écarter des conclusions univoques des experts, ce d'autant moins que les avis des médecins traitants, notamment le Dr F_____ et le Dr G_____ étaient divergents entre eux. C'est ainsi à juste titre qu'elle avait clôturé le cas et le fait que le recourant avait malgré tout décidé de pratiquer la neurolyse n'était pas de nature à remettre en cause sa décision.

c. Le 22 mars 2023, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours se déclarant prêt à se soumettre à une nouvelle expertise.

d. Le 17 juillet 2023, le recourant a produit une décision de Philos Assurance Maladie SA (ci-après : Philos SA ou l'appelée en cause) du 14 juillet 2023 l'informant de ce qu'elle ne verserait pas de prestations du fait de l'incapacité de travail de l'intéressé. La prise en charge provisoire par l'assurance-maladie était en effet prévue uniquement en cas de doute sur le débiteur des prestations. Or, en l'espèce, il n'existait aucun doute quant au fait que la nature de l'affection était, selon les pièces médicales figurant au dossier, d'origine purement accidentelle.

e. L'intimée a persisté dans les termes et conclusions de son mémoire-réponse en date du 18 août 2023.

f. Par ordonnance du 21 septembre 2023, la chambre de céans a appelé en cause Philos SA.

g. Le 13 novembre 2023, Philos SA a conclu à l'annulation de la décision de l'intimée, au remboursement des indemnités journalières avancées par Philos SA dès le 15 décembre 2022 et à l'appel en cause de l'assureur-maladie en charge de l'assurance obligatoire des soins du recourant.

Elle a souligné que la lésion du nerf objectivée et traitée par le Prof. L_____ découlait manifestement de l'accident du 18 janvier 2021. Les experts consultés s'étaient uniquement basés sur les résultats des ENMG qui n'étaient pas toujours sensibles pour ce type de lésion. En outre, leurs doutes avaient été infirmés par la révision neurologique. D'ailleurs, les signes typiques d'une lésion du nerf étaient

déjà décrits quatre jours après l'accident, à savoir un déficit d'extension dorsal du pied avec un pied tombant, puis des irradiations depuis la rotule.

Pour le surplus, Philos SA précisait que le recourant n'était plus en incapacité de travail, mais bénéficiait encore de soins en relation avec l'opération.

À l'issue de l'échange d'écritures, 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.

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 et 56 LPGA et art. 62al. 1 et 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières et à la prise en charge par l'intimée de ses frais de traitement médical au-delà du 1^{er} septembre 2022.

3.

3.1 L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA.

3.2 Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

3.3 Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 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).

3.3.1 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.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au statu quo sine en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

3.3.2 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et A117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

3.4 En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

3.5 Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution

ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener ce traitement ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). La prescription d'antalgiques n'exclut pas non plus la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

3.6 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 52; ATF 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).

3.7 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).

3.8 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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 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).

3.9 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. Celui-ci

comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

3.10 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 des assurances 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).

4. En l'espèce, l'intimée a mis un terme aux prestations sur la base des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du H_____ retenant que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était de 50% au jour de l'expertise, soit mai 2022, et qu'elle serait vraisemblablement entière deux mois plus tard (expertise, p. 25).

Sur le plan orthopédique, l'état définitif était atteint et il n'y avait plus de traitement physique en cours, ni de traitement nécessaire.

Pour le surplus, aucune atteinte neurologique objectivable et aucun trouble psychique n'étaient retenus par les experts, de sorte qu'aucun traitement n'était nécessaire dans ces domaines.

4.1 Comme le recourant le relève à juste titre, cette expertise comporte des lacunes et contradictions majeures qui ne permettent pas de la considérer comme probante.

Tout d'abord, il n'est pas cohérent que l'expert en médecine physique et rééducation constate qu'il persiste depuis l'accident « des lâchages et des douleurs du membre inférieur droit de nature peu claires » (p. 21) et n'en tienne pas du tout compte dans son évaluation de la capacité de travail. C'est d'autant plus problématique que l'expert en neurologie en fait de même.

Ainsi, ce dernier atteste qu'au « niveau du membre inférieur droit on retrouve tout comme à l'examen du Dr G _____ et du Dr I _____, des phénomènes de lâchage étagés plus ou moins antalgiques, sans que l'on objective de franc déficit moteur » (p. 22). Faute cependant de pouvoir expliquer ces phénomènes, dont il reconnaît pourtant la réalité, il en fait totalement fi dans son évaluation, concluant à un examen « sans anomalie neurologique significative, avec des troubles atypiques mal systématisés » (p. 22).

Au final, ces douleurs, « lâchages » et autres déficits d'extension du pied et des orteils, observés par les experts et attestés également par les différents médecins traitants depuis l'accident ne sont pas pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, faute, au demeurant, de pouvoir être expliqués par les experts.

Il s'agit cependant d'un élément essentiel à l'appréciation de cette capacité, dans la mesure où ce sont précisément ces « lâchages » et douleurs qui ont empêché l'intéressé de se déplacer sans canne, depuis l'accident (y compris, contrairement à ce que les experts indiquent à tort, lors de sa sortie de la CRR).

Dès lors, l'on s'étonne que les experts aient considéré que le recourant avait recouvré sa capacité de travail et qu'aucun traitement complémentaire n'était nécessaire.

Une telle conclusion est d'autant plus surprenante qu'ils ont contacté le Dr F _____ qui avait pour sa part émis l'hypothèse d'une composante neuropathique sur le SPE, au vu des effets positifs d'une perfusion de Lidocaïne sur le déficit de dorsiflexion du pied droit. Évoquant une atteinte du SPE en raison de l'hématome consécutif à l'accident, le spécialiste de la douleur avait adressé son patient au Prof. L _____ « afin d'objectiver si une décompression du nerf fibulaire au passage du col de la fibula-péroné ne devrait pas être envisagée » (p.12 et p. 24).

Écartée par les experts, cette hypothèse s'est révélée être juste, dans la mesure où l'intervention du 27 septembre 2022 du Prof. L _____, ainsi que le traitement d'ergothérapie subséquent, ont mis un terme aux « lâchages de genou » et ont permis au recourant de se déplacer sans canne et de retrouver une pleine capacité de travail.

Certes, il ne saurait être reproché aux experts de ne pas avoir suivi l'avis des médecins traitants, ce quand bien même cet avis s'avèrera par la suite fondé. En revanche, il n'est pas satisfaisant qu'ils écartent la seule hypothèse en mesure d'expliquer les « lâchages de jambe » (qui sont établis), ce sans proposer eux-mêmes d'explication alternative ni procéder à des investigations complémentaires.

De telles investigations auraient été d'autant plus nécessaires que les experts n'indiquent pas non plus comment ils estiment qu'un assuré qui marche avec une canne depuis l'accident et qui n'a connu depuis lors aucun progrès du point de vue du « lâchage de la jambe » (sous réserve de courts effets bénéfiques d'une infiltration en intraveineuse), est en mesure de travailler à 50% comme employé agricole-viticulteur au jour de l'expertise et, surtout, devrait être en mesure de le faire à 100%, deux mois plus tard, moyennant la poursuite de la natation et du renforcement musculaire (p. 25). Il ressort pourtant de la description de son poste de travail par l'expertisé que son activité est physiquement exigeante et comporte notamment des déplacements en terrains irréguliers et un travail manuel important (p. 13).

L'ensemble de ces éléments conduit à considérer l'expertise comme peu cohérente et ainsi peu convaincante. Les experts ont pu constater à l'examen et au vu du dossier médical que le recourant n'était plus en mesure de marcher sans canne depuis l'accident en raison de la problématique reconnue des « lâchages de la jambe ». Alors qu'au jour de l'expertise et au vu du dossier médical, cette atteinte apparaissait comme la plus limitante, les experts l'ont complètement écartée de leur analyse, faute, au demeurant, d'être en mesure de l'expliquer sous l'angle de leurs spécialités respectives.

Cette lacune est suffisamment importante pour remettre clairement en cause la valeur probante des conclusions de l'expertise notamment quant au fait qu'il n'existait plus de traitement permettant d'améliorer l'état fonctionnel du recourant ou encore quant à sa capacité de travail comme ouvrier agricole au jour de l'expertise (50%) et à deux mois (100%).

4.2 Au-delà des lacunes de l'expertise, l'intimée a également erré en n'investiguant pratiquement plus le dossier entre sa décision initiale du 26 juillet 2022 et celle sur opposition du 13 décembre 2022, omettant que l'état de fait déterminant est celui qui prévaut au moment de la décision sur opposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_798/2017 du 2 août 2018 consid. 3.2).

L'intimée aurait ainsi notamment dû contacter le Prof. L_____, avant l'intervention du 27 septembre 2022 afin de s'enquérir de son appréciation de la situation ou, pour le moins, après dite opération pour en connaître le résultat. En effet, la décision sur opposition a été rendue plus de deux mois après cette intervention qui semble s'être avérée décisive dans la récupération par le recourant de ses pleines capacités, notamment celle de marcher sans canne, puis de reprendre, quelques mois plus tard, son emploi à temps complet.

Au-delà de l'amélioration fonctionnelle qu'elle semble avoir généré, cette intervention a également permis, en tant que de besoin, de confirmer et d'objectiver la lésion nerveuse à l'origine des « lâchages de genou » décrite par la plupart des médecins traitants et notamment le Dr F_____. Or, la confirmation d'une telle lésion dont les signes typiques - soit un déficit d'extension dorsal du pied avec un pied tombant puis des irradiations depuis la rotule - étaient présents quatre jours après l'accident (expertise, p. 8), justifiait à elle seule un complément d'expertise, les résultats de l'expertise initiale étant manifestement erronés.

Indépendamment de cette question, l'intimée aurait enfin dû investiguer si l'exercice de l'activité habituelle telle que décrite par l'employeur dans son attestation du 29 août 2022 (produite avec l'opposition) - qui détaille le cahier des charges et l'impossibilité d'y faire face en ne pouvant se déplacer qu'avec une canne – était effectivement compatible, même à 50%, avec l'état de santé du recourant. Cela paraissait d'autant plus pertinent que les experts n'ont visiblement pas saisi la nature précise du travail exercé, ni ses implications sur le plan physique.

Au final, tant l'expertise que les investigations générales de l'intimée sont lacunaires, et omettent la problématique de la lésion du nerf à l'origine des « lâchages de genou ». Celle-ci semble pourtant avoir une incidence notable sur la capacité de travail du recourant et apparaît de prime abord comme entrant dans un rapport de causalité naturelle adéquate avec l'accident. En effet, le recourant n'avait aucun problème de genou avant l'accident et les signes typiques de ce type de lésions sont apparus pour la première fois dans les jours qui s'en sont suivis (expertise, p.8). L'intimée ne dit d'ailleurs pas le contraire, vu qu'elle n'analyse tout simplement pas la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et la lésion du nerf du seul fait qu'elle nie celle-ci.

5. Le recours est donc partiellement admis, la décision sur opposition du 13 décembre 2022 est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour investigations complémentaires sur ces éléments et nouvelle décision portant sur la prise en charge du traitement médical au-delà du 1^{er} septembre 2022 (y compris l'opération du 27 septembre 2022 et ses suites) et des indemnités journalières au-delà du 1^{er} septembre 2022, avancées par l'appelée en cause.
6. Le recourant n'étant pas assisté d'un conseil, il n'y a pas lieu de lui allouer de 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]).

Il en va de même pour l'appelée en cause.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 13 décembre 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
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

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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