RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3039/2021 **ATAS/1109/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LA CROIX-DE-ROZON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Caroline RENOLD	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1972, a travaillé en tant que maçon dès 2004. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. Le 28 août 2008, l'assuré a subi un accident sur un chantier, entraînant une fracture du pilon tibial droit, traitée chirurgicalement aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). L'évolution a été marquée par des nécroses cutanées en relation avec la fracture ouverte. Il existait une fragilité cutanée importante. Les médecins ont relevé que l'assuré avait subi une fracture de la jambe droite au Portugal, lors d'un accident de moto à l'âge de 18 ans, traitée par fixateur externe, qui avait entraîné un cal vicieux en valgus en recurvatum.

c. Le 17 juin 2010, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen clinique de l'assuré. Celui-ci avait fait preuve d'une collaboration des plus satisfaisantes et avait repris une activité allégée auprès de son employeur, laquelle ne semblait toutefois pas convenir au vu des séquelles à sa cheville droite. Les métiers lourds du bâtiment étaient exclus à l'avenir. Les activités impossibles étaient les longues marches, l'utilisation d'échelles, d'échafaudages, d'escaliers, le port de charges supérieures à 10 kg, les travaux en terrain instable, accroupi ou à genoux, et la position debout prolongée. Dans une activité respectant ces restrictions, on pouvait s'attendre à une capacité de travail totale.

À la même date, le Dr B_____ a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %.

d. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a octroyé à l'assuré un reclassement en tant qu'opérateur en horlogerie, avec attestation de formation professionnelle (ci-après : AFP). L'assuré a par la suite décroché un contrat de travail à durée déterminée, d'octobre à décembre 2014, dans cette profession.

e. Dans un certificat du 25 mars 2014, le docteur C_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a relevé que les fractures du pilon tibial et de la jambe droite étaient consolidées, mais il persistait un trouble d'axe en valgus et en recurvatum au niveau de la fracture de la jambe. L'interligne articulaire au niveau du pilon tibial était conservé, avec des signes précoces d'arthrose. Ce médecin avait vu l'assuré en mars 2014 en raison d'un écoulement cutané à la suite d'une irritation liée à l'instabilité post-traumatique de l'enveloppe cutanée. Au vu de ses antécédents, l'assuré était incapable d'exercer un travail de force en position debout prolongée. Tout travail sur un chantier, dans un atelier en position debout, ou de type conciergerie, menuiserie ou assimilé, était contre-indiqué. Par contre, il

n'y avait pas de limitation à travailler en position assise prolongée et à effectuer régulièrement des déplacements sans port de charges.

f. Selon les renseignements pris le 30 mars 2015 par la SUVA auprès de cinq manufactures horlogères à Genève, le salaire moyen d'un titulaire d'AFP s'élevait à CHF 4'500.- par mois. Selon la convention collective de travail en vigueur, il était de CHF 4'485.- par mois, versé 13 fois l'an.

g. Par décision du 16 avril 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente à l'issue des mesures de reclassement. Le degré d'invalidité résultant de la comparaison du revenu sans invalidité de CHF 69'361.- et du revenu après invalidité de CHF 61'843.- était de 11 %.

h. Par décision du 9 juillet 2015, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 16 % dès le 1er janvier 2015, compte tenu d'un gain annuel sans accident de CHF 69'633.- et d'un salaire possible de CHF 58'422.- par an en tant que débutant, selon les renseignements pris auprès des entreprises horlogères. Elle lui a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

Le salaire sans invalidité correspondait au gain réalisé auprès de l'employeur, soit CHF 5'368.- par mois, plus une gratification de CHF 5'217.-.

i. Dans un courrier à la SUVA du 28 juillet 2015, le Dr C_____ a rappelé que l'assuré avait été opéré à plusieurs reprises, avec des problèmes de cicatrisation cutanée et une déformation préexistante sur un traumatisme antérieur. La cicatrice était relativement instable, avec une réouverture au printemps 2014. Il ressortait de l'anamnèse que l'assuré pouvait difficilement rester à une place de travail sans devoir régulièrement se lever pour soulager son membre inférieur droit, qui restait douloureux et gonflait facilement. Il avait aussi des problèmes d'hypoesthésie locale, surtout au niveau des plaies. Au vu du status clinique, et surtout en raison d'un problème concomitant de surdité avec parfois des vertiges, le Dr C_____ estimait une reprise du travail à 100 % difficile, surtout dans un travail de force ou nécessitant la position assise prolongée. L'incapacité de travail de 16 % (sic) découlant de la fracture du pilon lui semblait sous-évaluée, mais son avis était très certainement biaisé dès lors qu'il suivait l'assuré depuis cinq ans. Il invitait la SUVA à examiner la pertinence d'une expertise indépendante.

j. L'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA le 8 septembre 2015 en tant que celle-ci ne retenait pas d'abattement sur le revenu d'invalide. Une réduction de 15 % se justifiait au vu de sa surdité, de son rendement limité par ses douleurs et de son âge. Il a joint le certificat d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie du 17 janvier 2006 mentionnant une perte auditive de 35.9 % à droite et de 55.9 % à gauche.

k. La SUVA a écarté l'opposition par décision du 29 avril 2016. Elle a rappelé qu'un abattement ne s'appliquait qu'aux salaires statistiques, et qu'elle s'était fondée en l'espèce sur les rémunérations de postes concrets que les employeurs lui avaient communiquées. La décision est entrée en force.

B. **a.** En 2018, l'assuré a suivi une formation de gardien d'immeuble et d'agent d'entretien.

b. Le 6 novembre 2018, l'assuré a repris une activité en tant qu'employé de buanderie.

c. L'assuré a subi une rechute, le 28 décembre 2018, liée à la persistance d'un écoulement d'une plaie par frottement dans la chaussure au niveau de la cheville droite. Une ablation du matériel d'oestéosynthèse a été réalisée le 6 février 2019 aux HUG, avec lavage et excision de la fistule.

Par la suite, le Dr C_____ a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2019.

d. Le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué dans un rapport du 20 septembre 2019 que la reprise du travail en juin (recte : juillet) 2019 s'était soldée par un échec en raison des importantes douleurs en position debout. L'assuré décrivait en outre une hypoesthésie de la jambe depuis l'intervention, et la peau était très fragile. Il serait ainsi imprudent de poursuivre son activité professionnelle.

Ce médecin a par la suite attesté une incapacité de travail totale du 18 juillet au 28 août 2019, puis de 50 % jusqu'au 31 mars 2020, et à nouveau totale dès le 4 mars 2020.

e. Dès août 2019, l'assuré a entrepris des démarches afin de trouver un poste aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Il y a débuté un stage le 7 octobre 2019 à 50 %, puis y a été engagé à un taux de 50 % dès le 1er février 2020.

f. Le 7 septembre 2019, le Dr C_____ a indiqué à la SUVA que l'emploi dans une buanderie n'était pas adapté, avec un œdème récidivant tirant sur les cicatrices instables et des douleurs cutanées et osseuses à la charge prolongée. L'assuré avait par ailleurs du mal à monter les escaliers, et dans une moindre mesure à les descendre. Il y avait lieu de réévaluer sa capacité de travail dans cette activité, le Dr C_____ n'étant pas certain que l'évolution soit positive. Les problèmes du membre inférieur droit évoluaient depuis longtemps et la peau, toujours fragile, avait été récemment abîmée par des chaussures de sécurité. Au fil de l'histoire traumatique, en particulier avec les problèmes de plaie récents, une stase veineuse s'était installée.

g. Le 25 septembre 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu que la capacité de travail était compromise. Il fallait un changement professionnel en faveur d'une activité essentiellement assise.

h. Dans son appréciation du 11 octobre 2019, le Dr E_____ a retenu que dans une activité professionnelle réalisée à la guise de l'assuré, en position assise ou debout, avec port ponctuel de charges limitées à 15 kilos, sans devoir

s'agenouiller ou se déplacer dans les escaliers de façon répétée, on pouvait s'attendre à une capacité de travail entière sans baisse de rendement. Au vu du rapport du Dr C_____, il n'y avait pas de motif de revenir sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée.

i. La SUVA a informé l'assuré que les indemnités journalières lui seraient versées jusqu'au 30 novembre 2019.

j. L'ancien employeur a indiqué à la SUVA, par courriel du 30 octobre 2019, que le salaire de l'assuré se serait élevé à CHF 5'451.- par mois en 2019.

k. Le 28 novembre 2019, l'assuré a exposé à la SUVA qu'il présentait une perte auditive binaurale appareillée, associée à d'importants vertiges, et une certaine fragilité psychologique. Après sa formation en horlogerie, il n'avait pas trouvé d'emploi dans ce domaine et il s'était inscrit au chômage. De plus, une grande partie du travail se faisait debout ou avec une loupe, ce qui provoquait des vertiges. La plupart des postes proposés dans ce domaine impliquait de nombreuses heures debout, avec de hautes exigences, ce qui était incompatible avec ses limitations physiques. Ses différents échecs professionnels avaient eu un impact non négligeable, et il avait perdu confiance en ses compétences en horlogerie. La nécessité de trouver du travail l'avait contraint à prendre n'importe quel poste pour pourvoir aux besoins de sa famille, mais ses limitations fonctionnelles avaient également été un frein à son emploi dans la buanderie.

l. Par décision du 28 janvier 2020, la SUVA a retenu que la rechute était terminée. On ne pouvait retenir d'aggravation notoire de l'état de santé, et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr E_____ restait exigible. En se basant sur les salaires de niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) et en appliquant une réduction de 5 %, un salaire après invalidité de CHF 64'080.- pourrait encore être réalisé. Partant, le droit à la rente n'était pas modifié.

m. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, ce qu'il a communiqué à la SUVA le 28 janvier 2020.

n. L'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA le 26 février 2020, contestant l'absence d'aggravation de son état de santé et la capacité de travail totale retenue dans une activité adaptée.

o. Dans un rapport du 14 avril 2020, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré était incapable de rester debout de manière prolongée, de monter des escaliers fréquemment, de porter des charges ou de plier les jambes. La position assise était également désagréable en raison d'une hypoesthésie et de sensations de blocage du membre inférieur. L'assuré ressentait des douleurs de dérouillage aiguës plusieurs fois par jour, accompagnées d'un œdème fluctuant en regard de la lésion.

Le 1er mai 2020, ce médecin a rapporté que la physiothérapie restait indiquée.

p. Dans un certificat du 24 mars 2020, le Dr C_____ a attesté qu'un travail prolongé en situation debout n'était pas envisageable. En effet, le chaussage standard et le chaussage de sécurité n'étaient pas adéquats dans le cadre d'un œdème récidivant avec peau fragile, et risquaient d'entraîner une plaie chronique au niveau de la cheville. Un emploi en position assise, par exemple en tant qu'opérateur en horlogerie, pourrait être envisageable à un taux qu'il ne pouvait estimer, un essai en situation réelle afin d'évaluer les éventuelles plaintes de l'assuré étant nécessaire. Un médecin expert indépendant pourrait apprécier cette situation.

q. Le 12 mai 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu que la physiothérapie dont l'assuré avait demandé la prise en charge ne pouvait apporter de soulagement durable. Un rapport détaillé de l'orthopédiste traitant serait utile.

r. Le 15 juin 2020, le Dr C_____ a rapporté l'historique médical de l'assuré au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Les radiographies actuelles de la cheville montraient un début de trouble dégénératif. Le valgus au niveau du tiers distal de la diaphyse était responsable de la décompensation relativement récente des douleurs de la cheville et du genou selon le Dr C_____. Celui-ci sollicitait l'avis de son confrère sur une ostéotomie correctrice, au niveau de l'ancien foyer de fracture de la diaphyse distale du tibia, afin de corriger l'axe et d'éviter de surcharger la cheville et le genou.

À la même date, ce médecin a indiqué à l'assurance-maladie de l'assuré que les séances de physiothérapie et d'acupuncture permettaient la poursuite de l'activité professionnelle à 50 %.

s. Le 30 juin 2020, le Dr D_____ a rapporté à la SUVA que l'assuré, qui s'était donné beaucoup de peine pour conserver son travail à 50 % aux EPI, devait réduire son taux à 40 % en raison de vertiges et de douleurs à la jambe.

t. Le 2 juillet 2020, le Dr F_____ a noté que les indications thérapeutiques du Dr C_____ ne concernaient pas la SUVA, car elles visaient la correction d'un cal vicieux sur une ancienne fracture de la jambe.

u. Le 3 juillet 2020, la SUVA a communiqué à l'assuré que les propositions du Dr C_____ avaient trait à une atteinte dont elle ne répondait pas. Elle ne pouvait donc pas allouer les prestations sollicitées.

v. Le 20 juillet 2020, l'assuré a complété son opposition, répétant que sa capacité de travail était de 40 % et qu'il lui était impossible de rester en position assise et debout de façon prolongée. Il concluait ainsi à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente entière et à la prise en charge des frais médicaux liés à la rechute.

w. Le 20 octobre 2020, le Dr C_____ a signalé à l'OAI que la situation de l'assuré s'était dégradée en 2020, avec une augmentation des douleurs à la

cheville et au genou. Une ostéotomie de correction était indiquée. Au vu de l'augmentation de la symptomatologie, l'assuré n'était plus capable de travailler à 50 % aux EPI, malgré une alternance des positions debout et assise. Sa capacité de travail actuelle était nulle.

x. Le Dr G_____ a indiqué dans son courrier du 1er juillet 2021 au Dr D_____ qu'au vu de la symptomatologie de la cheville, une arthrodèse était nécessaire. Il y avait lieu de profiter de cette intervention pour corriger en même temps le trouble axial. Un tel geste conduirait, au mieux, à une diminution partielle de 70 % à 80 % des douleurs, mais il n'améliorerait pas la fonction car il se ferait aux dépens de la mobilité.

y. Par décision du 13 juillet 2021, la SUVA a écarté l'opposition. Elle a retenu que le Dr E_____ avait admis des limitations fonctionnelles similaires à celles tracées par le Dr B_____. S'agissant de la réduction de la capacité de travail à 40 %, les rapports médicaux révélaient que l'assuré ne pouvait accomplir des tâches en restant durablement assis ou debout, ce que la SUVA ne contestait pas, le Dr E_____ ayant préconisé une alternance des positions. Les comorbidités mises en exergue n'étaient pas de la responsabilité de la SUVA. L'expertise diligentée par l'assurance-invalidité n'apportait aucun éclairage susceptible de remettre en cause l'appréciation de son médecin d'arrondissement. Les limitations fonctionnelles n'avaient pas évolué au point de modifier le taux de la rente d'invalidité allouée depuis le 1er janvier 2015. L'abattement de 5 % tenait compte de l'incidence de ces limitations. Enfin, le gain d'invalide fondé sur l'ESS de CHF 64'356.-, comparé au revenu sans accident de CHF 70'863.-, ne révélait qu'une perte de gain de 9.18 %. La SUVA avait ainsi équitablement tenu compte des circonstances du cas en maintenant à 16 % le taux de la rente allouée.

z. Dans un courrier du 3 septembre 2021, le Dr G_____ a indiqué au Dr D_____ que l'indication à une correction d'axe par une arthrodèse tibio-talienne était maintenue. La problématique était de toute évidence liée aux suites de l'accident de 2008.

C. **a.** Le 13 septembre 2021, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'intimée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il sollicitait un délai pour compléter son recours, dès lors qu'il n'avait pas obtenu certains documents médicaux. Il contestait l'appréciation de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles, et considérait que son état de santé s'était aggravé. Il contestait également le calcul du degré d'invalide et le taux d'abattement.

b. Le 20 septembre 2021, l'intimée a indiqué au recourant que son service médical avait revu sa position et donné son accord à la prise en charge de l'intervention préconisée par le Dr G_____. Elle révoquait ainsi son courrier du 3 juillet 2020.

c. Le 15 novembre 2021, le recourant a complété son recours. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente entière et de toute autre prestation légale. Il a décrit ses atteintes et ses douleurs, au vu desquelles c'était à tort que la décision litigieuse retenait qu'une activité adaptée était exigible à 100 %. En outre, sa situation n'était pas stabilisée, notamment au vu de l'intervention préconisée par le Dr G_____, après laquelle son état de santé devrait être réévalué.

d. Dans sa réponse du 14 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'état de santé du recourant était stabilisé au 28 octobre 2019, la physiothérapie et la médication antalgique ne relevant pas d'un traitement susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé d'un assuré. L'intervention proposée par le Dr G_____ avait été évoquée pour la première fois le 1er juillet 2021, de sorte qu'elle ne faisait pas obstacle à la reconnaissance de la stabilisation du cas. S'agissant de l'aggravation alléguée, les rapports établis par les médecins du recourant confirmaient l'empêchement reconnu par le Dr E_____. Les vertiges et les troubles psychiques ne relevaient pas de la responsabilité de l'intimée. Par ailleurs, l'expertise mise en œuvre par l'OAI avait conclu à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées par l'intimée en juin 2010. Il n'y avait ainsi pas eu de modification importante de l'état de santé du recourant influant le droit à la rente.

e. Par réplique du 10 mars 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a indiqué qu'il avait recouru contre la décision de l'OAI du 21 décembre 2020, critiquant la valeur probante de l'expertise réalisée par cet office, si bien que l'intimée ne pouvait se fonder sur ce rapport. Il avait été opéré en décembre 2021, et son état de santé n'était pas stabilisé. Cette intervention était une conséquence directe de l'aggravation de son état de santé. Les EPI excluaient un retour sur le marché libre de l'emploi, malgré son attitude motivée et positive.

Le recourant a notamment produit un courrier du 28 février 2022 des EPI, relatant notamment que lorsqu'il allait bien, il était motivé, faisait preuve d'une attitude positive, impliquée et volontaire, et était un collaborateur aimant son travail, sur lequel on pouvait compter.

f. Par courrier du 17 mai 2022, la chambre de céans a informé le recourant qu'elle n'estimait pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

3. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021.

Dès lors que le présent recours n'était pas pendant devant la chambre de céans à cette date, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA).

4. Le litige, tel que circonscrit par la décision litigieuse, porte sur le degré d'invalidité du recourant, dès le 1er décembre 2019, soit au lendemain de la date à laquelle l'intimée a cessé de verser des indemnités journalières au recourant. L'examen du bien-fondé du calcul de rente à cette date implique également de déterminer si l'état de santé du recourant était alors stabilisé.

5. 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. 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).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

6. Les prestations suivantes sont prévues en cas d'accident.

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

6.2 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.

6.3 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). 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).

Conformément à 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. 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-accidents 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 minime 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 la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

6.4 Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (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. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3).

L'art. 21 al. 1 let. b 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 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. 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 non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au 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 (art. 21 al. 3 LAA).

7. 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).

L'augmentation de la rente par voie de révision en cas de rechute et de séquelles tardives doit avoir lieu - comme en cas d'octroi initial d'une rente - au moment de l'arrêt du traitement médical (ATF 140 V 65 consid. 4.2).

8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention

et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

9. En l'espèce, l'intimée a considéré que la rechute du recourant était terminée au 30 novembre 2019, et que dès cette date, le recourant était en mesure de reprendre à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que le Dr E_____ avait admises, et qui étaient superposables à celles retenues après l'accident de 2008 par le Dr B_____.

À ce sujet, il faut en premier lieu noter que le Dr E_____ est le médecin d'arrondissement de l'intimée, ce qui justifie conformément à la jurisprudence précitée que ses rapports soient appréhendés avec une certaine circonspection. À cet égard, ses avis du 25 septembre 2019 et du 11 octobre 2019 – au demeurant succincts – paraissent contradictoires, le premier préconisant une activité essentiellement assise, alors que le second suggère une activité en alternance des positions. En outre, ce médecin d'arrondissement n'a aucunement discuté les motifs qui lui permettaient de s'écarter de la capacité de travail réduite attestée par les médecins traitants, et il ne se prononce pas sur la stabilisation de l'état de santé. Par ailleurs, son avis du 11 octobre 2019 paraît avoir été établi sans qu'il ait pris connaissance de l'intégralité du dossier, dès lors qu'il évoque uniquement une incapacité de travail attestée du 1er au 17 février 2019 à la suite de la rechute et de la nouvelle intervention. Or, le Dr C_____ a en réalité établi un arrêt de travail complet jusqu'au 30 juin 2019, et le Dr D_____ a ensuite attesté d'une capacité de travail réduite, voire nulle, après que la reprise du travail à plein temps en juillet 2019 s'est soldée par un échec.

En ce qui concerne en particulier l'aggravation de l'état de santé, il apparaît à la lecture du rapport du Dr C_____ du 7 septembre 2019 qu'au-delà de la rechute de janvier 2019 liée à l'épisode infectieux, qui a conduit à une nouvelle intervention chirurgicale, le recourant présente désormais un œdème récidivant et une stase veineuse, dont l'éventuelle incidence sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles n'a pas été discutée par le Dr E_____.

Par surabondance, il n'est pas établi que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 novembre 2019, et partant que l'intimée était fondée à examiner le droit à la rente à cette date. En effet, aucun des médecins traitants n'a formellement signalé la fin du traitement. Il apparaît, au contraire, que le Dr C_____ considérait que la poursuite de la physiothérapie était nécessaire afin de permettre la poursuite de l'activité professionnelle à 50 % en 2020. À ce sujet, on doit relever qu'en mai

2020, le Dr F_____ avait proposé de refuser la prise en charge de ce traitement, non pas en se fondant sur la stabilisation de l'état de santé, mais parce qu'il était d'avis qu'il ne permettrait pas de soulager l'assuré. Sur ce point, cet avis n'est guère motivé et paraît du reste prématuré, dès lors que le Dr F_____ considérait que des informations complémentaires du chirurgien orthopédique du recourant étaient nécessaires. Il est vrai que la seule poursuite de la physiothérapie ne fait pas nécessairement obstacle à la reconnaissance de la stabilisation du cas, conformément à la jurisprudence. Cela étant, même à supposer qu'il faille considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé à fin novembre 2019 – hypothèse que les pièces du dossier ne suffisent pas à confirmer ou infirmer au degré de la vraisemblance prépondérante – l'arthrodèse dont l'intimée a finalement admis la prise en charge relève incontestablement d'une nouvelle rechute. À ce sujet, contrairement à ce qu'affirme l'intimée, cette opération n'a pas été évoquée pour la première fois en juillet 2021 seulement, mais elle était discutée en juin 2020 déjà, comme cela ressort du courrier du Dr C_____ au Dr G_____. Le premier a par ailleurs signalé une dégradation en 2020, dans son rapport à l'OAI, ce qui au vu du bref laps de temps écoulé depuis la clôture du cas par l'intimée au 30 novembre 2019 peut susciter quelques doutes sur la stabilisation de l'état de santé dans cet intervalle.

10. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas de rapports médicaux probants démontrant que l'état de santé du recourant était stabilisé et que celui-ci avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au 1er décembre 2019. En particulier, la référence par l'intimée aux conclusions de l'expertise réalisée dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-invalidité n'y suffit pas, ce document ne figurant pas dans le dossier qu'elle a constitué, pourtant censé être produit dans son entier.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Dès lors que l'intimée s'est contentée des avis lacunaires de ses médecins d'arrondissement, et que le renvoi se justifie également au vu de l'arthrodèse programmée, laquelle est susceptible d'entraîner une modification de la capacité de gain du recourant, il convient de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de diligenter une expertise déterminant l'évolution de l'état de santé du recourant et l'incidence des atteintes dont elle répond, soit celles qui sont en lien avec l'accident de 2008, sur sa capacité de gain au-delà du 30 novembre 2019, et si sa situation était stabilisée à cette date. Cette expertise devra être confiée à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

12. Le recourant, qui est assisté d'un avocat et obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

13. 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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 13 juillet 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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