RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/321/2021 **ATAS/582/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 août 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant
représenté par l'APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés, mandataire

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, a travaillé en qualité d'agent de sécurité avant d'être indemnisé par l'assurance-chômage. 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 30 juin 2018, l'assuré a subi un accident en allumant un barbecue. Lors d'un entretien avec la SUVA en date du 8 novembre 2018, l'assuré a précisé qu'il versait du liquide accélérateur de feu lorsqu'il y avait eu un coup de vent et les flammes étaient arrivées sur lui. Il avait lâché le liquide, qui lui était tombé sur les pieds. Son épouse avait éteint le feu à l'aide d'une couverture. Ses voisins étaient venus l'aider et l'avaient emmené dans la salle de bain pour le mettre sous l'eau.

c. L'assuré a été héliporté au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), où il a été pris en charge aux soins intensifs, puis au service de médecine intensive adulte dès le 30 juin 2018. Le traitement a consisté en douches, débridements puis applications de cellules fœtales, et en greffe de peau prise au niveau du dos.

d. Le 7 août 2018, l'assuré a été transféré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où il a séjourné dans plusieurs services avant de regagner son domicile le 12 octobre 2018.

La docteure B_____, médecin au service de réadaptation des HUG, a retenu dans son rapport du 14 août 2018 les diagnostics suivants : status après brûlures de 21% TBSA (*total body surface area*) de degrés 2 profond et 3, lesquelles avaient touché les deux jambes et la face postérieure des cuisses. Les problèmes secondaires étaient un déconditionnement physique global sur alitement prolongé, une bronchopneumonie, un pied tombant droit d'origine indéterminée, une dénutrition protéino-calorique, une hyponatrémie, un état anxieux post-traumatique, une rétinopathie de l'œil droit, une hypovitaminose D et une cholestase hépatique. Les indications à la rééducation étaient les suivantes : stabilisation du manteau cutané, changement des pansements tous les deux jours, suivi par les chirurgiens plasticiens, bilan nutritionnel, physiothérapie, ergothérapie et antalgie.

Dans le rapport de sortie du 15 octobre 2018, les médecins du service de réadaptation des HUG ont en sus des autres diagnostics rapporté un fécalome sur fissure anale traité le 29 août 2018, une polyneuropathie périphérique axonale sensitive et une neuropathie des soins intensifs probable, ainsi qu'une anémie normochrome. À la sortie, l'assuré se déplaçait avec une attelle antistep au membre inférieur droit. Il pouvait parcourir 350 m au test des six minutes et monter et descendre deux étages d'escaliers. Sur le plan cutané, il avait bénéficié de soins très réguliers durant le séjour, avec une bonne évolution. À la sortie, il ne restait plus qu'une petite zone de fibrines et de peau morte au niveau de la face latérale du pied droit. Sur le plan psychique, il avait été évalué à plusieurs reprises

par les psychiatres, lesquels avaient retenu un état anxio-dépressif post traumatique. Après de multiples discussions avec l'assuré, une médication avait été introduite sur ce plan. Le suivi à la sortie devait consister en physiothérapie et en contrôles cliniques. Il convenait de prévoir un suivi annuel en ophtalmologie et un suivi du poids, et il y avait lieu de réévaluer l'indication à un suivi psychiatrique. Le traitement durant l'hospitalisation avait consisté en physiothérapie et ergothérapie, et plusieurs autres contrôles et examens.

e. Dans un rapport du 1er octobre 2018, les médecins du service de neurologie des HUG ont relaté les résultats de l'examen électrophysiologique. Ils ont conclu à une atteinte du nerf fibulaire commun droit avec une perte axonale sévère de plus de 90%. Le pronostic était réservé et dépendrait principalement de la repousse à partir du site lésionnel. L'examen montrait par ailleurs des signes de polyneuropathie axonale sensitive et motrice. Bien qu'une neuropathie des soins intensifs fût la cause la plus probable, une étiologie carentielle devait être examinée.

f. Dans un rapport du 3 mars 2019, le docteur C_____, médecin au service de chirurgie plastique des HUG, a qualifié l'évolution d'excellente. Le pronostic était bon. Le suivi en chirurgie plastique était terminé. La reprise du travail à 100% était prévue pour le 31 mars 2019. Il n'y avait pas lieu de s'attendre à la persistance d'un problème.

g. Dans un rapport du 18 mars 2019, la docteure D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a fait état chez l'assuré d'un manque d'énergie et de motivation, d'une tendance à rester au lit et à l'isolation. Celui-ci avait des préoccupations négatives par rapport à sa jambe et avait perdu du poids. Il y avait des troubles du sommeil, un déficit de l'attention et des oublis, ainsi qu'une tristesse et une irritabilité. La psychiatre avait constaté en décembre 2018 que l'assuré était encore sous le choc de l'accident, sa vie tournait autour des conséquences de cet évènement. Il était triste, négligé et manquait de concentration. Il y avait un ralentissement psychomoteur. L'assuré présentait une anxiété et des idées noires, sans projet suicidaire. Le trouble psychiatrique était secondaire aux conséquences physiques de l'accident mais également au choc émotionnel. L'assuré n'avait aucun antécédent de cet ordre. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Le pronostic était réservé en raison de la sévérité des troubles évoluant depuis plusieurs mois dans un sentiment de désespoir marqué.

h. Dans une appréciation du 27 mars 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a admis que les troubles psychiques de l'assuré étaient en lien de causalité naturelle avec son accident.

i. Par courriel du 30 avril 2019, l'employeur a précisé qu'il ne pouvait donner que des informations générales sur la rémunération de l'assuré, qui s'élevait à CHF 25.- par heure. Celui-ci avait un contrat de travail sur appel à 21 heures par

semaine. Il percevait une indemnité de 3.55% pour les jours fériés et de 8.33% pour les vacances, mais pas de 13ème salaire.

j. Dans un rapport du 6 mai 2019, le docteur F_____, médecin auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'évolution était lentement favorable au plan cutané. L'assuré décrivait comme limitation fonctionnelle la station debout prolongée en raison des douleurs polyarticulaires. Il présentait également des douleurs de type neurogène sur le dos du pied droit. Au plan professionnel, il ne se voyait pas reprendre son activité d'agent de sécurité. Actuellement, pour des raisons orthopédiques, il ne pourrait accomplir un travail qui menaçait la peau fragile. Le médecin pensait qu'il n'était pas apte à reprendre un travail quelconque du point de vue psychique, mais il renvoyait à l'appréciation de sa psychiatre. Globalement, l'évolution était lentement favorable, mais avec une thymie très basse. Du point de vue orthopédique strict, la capacité de travail était nulle, mais la limitation à moyen terme semblait uniquement liée à l'état thymique.

k. Le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 8 juillet 2019. Dans son appréciation, il a noté que celui-ci se plaignait de douleurs assez importantes à la marche, et la situation debout semblait difficile pour lui. L'assuré n'avait aucun projet d'avenir. Le Dr G_____ a fait état de troubles évidents de la thymie, avec un manque de réactivité par rapport aux questions posées. L'aspect global des membres inférieurs était typique après une greffe, avec des cicatrices par moments hypochromes et par moments hyperchromes. La douleur était déclenchée par la palpation et la peau restait fragile, avec une excellente cicatrisation. Le résultat global était plutôt satisfaisant concernant la mobilité des chevilles, des hanches et des genoux. Le Dr G_____ a posé le diagnostic de status après brûlures d'environ 20% des membres inférieurs, d'atteinte du nerf fibulaire commun droit avec évaluation de perte axonale, de status après période de dénutrition sévère dans le contexte de la brûlure, et d'insuffisance surrénalienne traitée. Il a rappelé les nombreuses complications survenues durant l'hospitalisation, surtout infectieuses et nutritionnelles. La capacité de travail était actuellement nulle. L'activité habituelle d'agent de sécurité semblait définitivement compromise. La préexigibilité était définie comme suit : éviter les marches sur de longues distances, ainsi que toute activité avec passages entre positions accroupie, agenouillée et debout, les travaux sur terrain instable, le port de charges dépassant 10 kg et la station debout prolongée. Idéalement, une alternance des positions assise et debout était conseillée, dans une activité plutôt sédentaire sans risque de lésion de la peau. Sur le plan purement orthopédique, l'activité adaptée devrait être possible d'ici la fin de l'année, mais une évaluation neurologique préalable devait être organisée. La problématique principale était l'atteinte psychique, l'état sur ce plan restant très perturbé.

l. Dans un rapport du 13 septembre 2019, la Dre D_____ a précisé qu'elle avait constaté une nette amélioration de l'état dépressif, l'assuré étant souriant et beaucoup moins irritable. Il était moins préoccupé par sa jambe et arrivait à relativiser les conséquences de son accident. Son épouse le soutenait beaucoup. Au vu du niveau intellectuel limité, elle n'avait pas réussi à mettre en place un traitement psychothérapeutique. Il semblait bien répondre au traitement médicamenteux, malgré les doutes de la psychiatre quant à la compliance. Elle avait à deux reprises requis une prise de sang pour le dosage, qu'il avait oublié de faire. Il était clairement dans une démarche de demande de réparation financière à la suite de l'accident.

m. Un nouvel examen neurographique a été réalisé aux HUG le 9 septembre 2019. Il a révélé la disparition des signes d'atteinte focale du nerf fibulaire droit, mais la persistance d'une perte axonale résiduelle de 50% environ, sans signes de dénervation, parlant pour la récupération maximale finale. Il persistait également une polyneuropathie axonale sensitivo-motrice longueur dépendante, moins sévère par rapport à 2018, confirmant l'atteinte neuropathique des soins intensifs, qui était en cours de récupération.

n. Dans une appréciation du 23 janvier 2020, le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil de l'intimée, a retenu un lien de causalité entre la polyneuropathie axonale, désormais en régression, et l'accident. Sur le plan clinique, l'assuré présentait une faiblesse légère du releveur du pied droit et une faiblesse modérée de l'extenseur du gros orteil. Il n'avait plus d'activité spontanée dans le muscle tibial antérieur. Le médecin retenait une lésion complète du nerf fibulaire droit et une polyneuropathie axonale en lien pour le moins probable avec l'accident. La situation pouvait être considérée comme stabilisée. Il n'y avait pas lieu sur le plan neurologique de modifier l'exigibilité définie par le Dr G_____.

À la même date, le Dr H_____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 5% en raison de du caractère partiel de la lésion du nerf fibulaire, en référence à l'indemnisation de 10% prévue par les tables de la SUVA en cas d'atteinte totale de ce nerf.

o. Dans une appréciation du 6 février 2020, le Dr G_____ a repris les limitations fonctionnelles déjà décrites dans sa précédente appréciation. La situation était pleinement stabilisée au plan orthopédique.

Dans un complément du 27 octobre 2020, ce médecin a proposé la prise en charge de l'hydrocortisone destinée à traiter l'insuffisance surrénalienne primaire.

p. Dans un rapport du 17 février 2020, la Dre D_____ a fait état d'une amélioration thymique, l'assuré prenant ses problèmes avec recul et parvenant à les relativiser. Il était moins dans la colère et la revendication, il se montrait plus collaborant. Il se plaignait en revanche de douleurs persistantes au membre atteint. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et peut-être de 50% dans une activité adaptée. Ces limitations fonctionnelles étaient liées à la perte

d'estime. Il se voyait diminué physiquement et se fatiguait plus vite. Il avait des douleurs chroniques avec un moral plus fragile, s'irritait plus facilement et supportait moins les gens. Il avait perdu confiance de manière générale.

q. Dans un rapport du 2 juin 2020, le Dr F_____ a indiqué que l'atteinte en lien avec les brûlures n'évoluait malheureusement plus. L'assuré était suivi au plan psychiatrique pour un état dépressif réactionnel avec un impact majeur sur sa vie familiale et sa capacité de travail. Ce médecin était d'avis que les arrêts de travail étaient à l'heure actuelle principalement d'ordre psychiatrique. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 30 juin 2020 dans l'activité d'agent de sécurité. Les possibilités de rééducation semblaient épuisées. La poursuite d'une activité physique, voire même d'une légère activité sportive, était recommandée. L'assuré ne participait à aucune tâche ménagère. Les déplacements étaient limités à la marche en raison des douleurs aux membres inférieurs. Il n'avait aucun projet personnel ou professionnel, malgré les nombreuses incitations du Dr F_____ à réfléchir à ce sujet.

r. L'assuré a vu les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG le 13 janvier 2020. Ceux-ci ont retenu une douleur d'origine neurogène en légère amélioration depuis la dernière consultation. En revanche, il n'y avait pas de réponse au point de vue thymique, avec un moral bas persistant. L'assuré avait repris une activité physique modérée avec des exercices réguliers à domicile, et il ne pouvait qu'être encouragé en ce sens.

s. Par courrier du 6 avril 2020, la SUVA a informé l'assuré que son service médical estimait la situation stabilisée. Par conséquent, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 30 juin 2020.

t. Le 3 août 2020, la SUVA a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Elle a précisé que l'employeur n'avait pas répondu à ses demandes. Selon la convention collective de travail applicable, l'horaire annuel était de 2'000 heures, et compte tenu du dernier salaire horaire de CHF 25.- en 2019 selon l'employeur, le revenu annuel aurait été de CHF 50'000.- en 2019. La SUVA le déterminerait donc en se référant aux salaires statistiques, soit au tableau TA1_tirage_*skill_level*. Elle a fixé le gain de valide à CHF 54'651.- (Ligne 96 [services personnels], niveau de compétence 1), une fois indexé à 2020. S'agissant du gain d'invalide, il était de CHF 65'004.- par année, et de CHF 68'991.96 indexé et adapté à la durée normale de travail en 2020. Il était ainsi supérieur de CHF 14'341.- par rapport au revenu réalisé avant l'accident, de sorte que le degré d'invalidité était nul.

u. En date du 3 août 2020, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière du 1er juin 2019 au 31 décembre 2019. À cette date, sa capacité de travail était entièrement rétablie dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Compte tenu d'un revenu sans atteinte à la santé de

CHF 67'767.- et d'un revenu avec atteinte à la santé de CHF 57'602.-, le degré d'invalidité était de 16%.

v. Par décision du 3 août 2020, la SUVA a repris son calcul d'invalidité, qui excluait le droit à la rente. Elle a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%. Elle a précisé que si des troubles psychogènes devaient également réduire la capacité de travail, elle n'en répondrait pas, faute de relation de causalité avec l'accident.

w. L'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA le 14 septembre 2020. Il a reproché au Dr H_____ de ne pas avoir développé ses constatations s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée. Il ne s'était pas non plus prononcé sur la causalité entre l'accident et l'insuffisance surrénalienne constatée. Si la psychiatre avait évoqué une amélioration, elle n'avait pas attesté de manière claire une capacité de travail dans une activité adaptée, relevant qu'elle était peut-être de 50%, et elle avait ensuite mentionné un diagnostic de dépression sévère dans son rapport du 4 septembre 2020, ce qui démontrait une aggravation de l'état de santé depuis le printemps. Cette psychiatre avait en outre attesté un trouble somatoforme douloureux dans ses rapports à l'OAI. Par ailleurs, l'accident était grave. Partant, le lien de causalité adéquate devait être admis. De plus, les critères d'adéquation étaient remplis au vu du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité particulière des lésions physiques, de plus de quatre mois d'hospitalisation, et des difficultés et des complications importantes apparues. Le calcul de la perte de gain de la SUVA s'éloignait de celui de l'OAI. Celle-ci n'avait pas procédé à un abattement sur le salaire statistique. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne tenait pas compte des troubles psychiques.

Il a joint un rapport de la Dre D_____ du 4 septembre 2020 mentionnant une dépression sévère sans symptômes psychotiques, ainsi qu'un certificat d'arrêt de travail complet jusqu'au 30 septembre 2020 établi par cette psychiatre.

x. Par décision sur opposition du 15 décembre 2020, la SUVA a écarté l'opposition. Elle a analysé les critères d'adéquation entre troubles psychiques et accident pour conclure qu'ils n'étaient pas remplis en l'espèce, l'accident étant de gravité moyenne au sens strict. L'assuré ne se prévalait à juste titre pas du critère des douleurs physiques persistantes ni de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il en allait de même s'agissant d'une erreur dans la mise en œuvre du traitement médical. L'évènement n'était pas particulièrement impressionnant ou dramatique. Les lésions physiques n'étaient pas d'une gravité propre à entraîner des répercussions sur l'état de santé psychique. La seule atteinte physique actuelle était celle du nerf fibulaire commun, qui n'était pas non plus de nature à entraîner de telles répercussions. Par ailleurs, si les complications notamment infectieuses étaient apparues, les traitements adéquats avaient été rapidement introduits. Dès lors, on ne pouvait pas parler de difficultés au cours de la guérison, ni de complications importantes. Le traitement médical mis en place

pour la brûlure n'avait rien d'inhabituel quant à sa durée ou à son ampleur. Ainsi, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et le sinistre devait être nié. L'état de santé était stabilisé depuis le 6 février 2020, le seul traitement consistant en médicaments et physiothérapie. Les médecins d'arrondissement de la SUVA avaient retenu une pleine capacité de travail de l'assuré. Seules les limitations fonctionnelles pourraient justifier un abattement, qui ne pourrait être supérieur à 5%, ce qui ne modifierait pas la décision attaquée. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré n'amenait aucun élément susceptible de la remettre en question.

B. **a.** L'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA le 1er février 2021 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, neurologique, orthopédique et de médecine générale, principalement à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité et d'une indemnité globale pour atteinte à l'intégrité, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi à l'intimée pour nouvelle décision sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité globale pour atteinte à l'intégrité. Il a en substance allégué que l'accident était grave, voire moyen à la limite des accidents graves. Les critères ayant trait aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, à la gravité des lésions physiques, à la durée anormalement longue du traitement médical étaient remplis et revêtaient une intensité particulière qui suffisait à admettre pour chacun un lien de causalité adéquate entre l'accident et ses troubles psychiques. De plus, l'intimée n'avait pas instruit de manière adéquate la question du lien de causalité de l'insuffisance surrénalienne constatée. Le recourant a exposé que l'OAI avait mis en œuvre une expertise multidisciplinaire. En ce qui concernait l'impact des affections neurologiques, l'avis du Dr H_____ n'était pas suffisant puisqu'il s'était simplement référé à l'exigibilité définie par le Dr G_____. Il a également reproché à l'intimée ses divergences avec l'évaluation de l'OAI, alors que l'invalidité était une notion uniforme. Il a émis plusieurs critiques sur le salaire statistique de référence retenu par l'intimée au titre de revenu de valide et sur l'établissement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui ne tenait pas compte des aspects orthopédiques et psychiques.

b. Dans sa réponse du 15 avril 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, en procédant une nouvelle fois à l'analyse des critères permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre troubles psychiques et accident. Elle a allégué que seul celui ayant trait aux difficultés au cours de la guérison pouvait être admis, sans intensité particulière, ce qui était insuffisant en cas d'accident de gravité moyenne comme en l'espèce. Elle a affirmé que son calcul d'invalidité était correct, notamment l'abattement consenti, et l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité l'était aussi. Le grief d'instruction insuffisante quant à l'insuffisance surrénalienne était erroné, le Dr G_____ s'étant prononcé sur la prise en charge du traitement. Les

avis des médecins d'arrondissement concluant à une pleine capacité de travail étaient probants. Les griefs du recourant quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et en particulier les lésions cutanées et l'instabilité articulaires, étaient infondés. Le Dr G_____ avait d'ailleurs relevé une parfaite cicatrisation cutanée.

c. Par réplique du 11 juin 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il s'est déterminé une nouvelle fois sur les critères d'adéquation entre troubles psychiques et accident, ainsi que sur les éléments du calcul du degré d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

d. Le 2 juillet 2021, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Le recourant n'amenait aucun élément de nature à mettre en doute les conclusions du Dr G_____.

e. Les parties ayant été invitées par la chambre de céans à se déterminer sur l'opportunité d'une suspension dans l'attente de la réalisation de l'expertise mise en œuvre par l'OAI, le recourant a soutenu le 6 décembre 2021 que cette expertise ne comprenait pas le volet orthopédique qu'il avait requis et ne portait pas sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 6 décembre 2021, l'intimée a indiqué ne pas être opposée à la suspension de la cause dans l'attente de l'expertise de l'OAI. Elle a toutefois retenu dans son écriture du 14 décembre 2021 que le dossier était en état d'être jugé et que la suspension de la cause ne se justifiait pas.

f. Par arrêt incident du 10 décembre 2021 (ATAS/1271/2021), la chambre de céans a suspendu l'instance dans l'attente du rapport d'expertise multidisciplinaire mise en œuvre dans la procédure d'assurance-invalidité.

g. Le 6 avril 2023, la chambre de céans a informé les parties de la reprise de l'instance et de l'apport du rapport d'expertise réalisée pour l'OAI, qu'elle leur a transmis pour déterminations.

Ce rapport a été établi le 22 avril 2022 par les docteurs I_____, spécialiste FMH en neurologie, J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et K_____, spécialiste FMH en médecine interne. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu que le recourant présentait de fortes douleurs neurogènes et un engourdissement dans le membre inférieur droit, ainsi qu'une sensation d'engourdissement dans la région péronière du membre inférieur gauche. En 2019, une évaluation électroneuromyographique avait montré une évolution favorable des problématiques neurologiques, avec une amélioration au niveau du nerf fibulaire et de la composante de polyneuropathie sensitive. L'examen neurologique révélait une discrète faiblesse isolée lors de la flexion dorsale du pied et de l'hallux droits, probablement assortie d'une composante algique, ainsi qu'une atteinte sensitive touchant les régions péronières, dont la sémiologie et les caractéristiques étaient difficilement mises en évidence lors de l'examen clinique, car certaines épreuves étaient refusées par le recourant en raison des douleurs. Le reste de l'examen était normal et ne montrait pas d'autre déficit moteur, hormis

une très discrète limitation lors du *testing* musculaire des membres inférieurs, en particulier à droite, de façon fluctuante et sans répercussions significatives sur les performances. Il n'y avait pas non plus d'anomalies à l'examen de la statique et de la marche. Ainsi, l'expert concluait à une atteinte isolée du nerf fibulaire commun droit, essentiellement sensitive et douloureuse, dans une plus faible mesure motrice, d'une intensité similaire à celle constatée lors du dernier examen électroneuromyographique de septembre 2019. À l'exception de la composante douloureuse, que le recourant ne considérait pas significative sauf en cas de stimulus tactile, il n'y avait pas de répercussions fonctionnelles évidentes de cette lésion à l'examen clinique, mais on pouvait supposer qu'elle se manifestait de manière plus franche dans des situations comme la marche prolongée ou en dénivelé, la course, la marche en terrain instable ou irrégulier. Ces situations se retrouvaient fréquemment dans l'activité habituelle. Les signes de polyneuropathie semblaient en amélioration, à l'exception d'une anesthésie tactile circonscrite à la région péronière gauche. En conséquence, si l'activité habituelle ne pouvait vraisemblablement plus être exigée compte tenu des limitations fonctionnelles, il n'y avait aucune autre atteinte significative et durable de la capacité de travail dans une activité adaptée au plan neurologique. Les traitements anti-brûlure avaient cessé depuis une année et demi. Le status cutané était actuellement remarquable, sans lésion à part une sécheresse des téguments. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle articulaire. Le diabète de type 2 était non compliqué, traité par antidiabétiques oraux. L'insuffisance surrénalienne était correctement substituée. Il n'y avait ainsi pas de limitation fonctionnelle, et la capacité de travail était complète dans une activité adaptée. Les experts ont posé le diagnostic de multiples greffes cutanées des membres inférieurs, d'insuffisance surrénalienne primaire substituée, de dyslipidémie traitée, de diabète de type 2 non insulino-requérant, de neuropathie du nerf fibulaire commun droit, de probable neuropathie sensitive longueur dépendante des membres inférieurs, de probables céphalées de tension épisodiques, de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité sans marche prolongée, en terrain irrégulier ou en dénivelé, sans course, escalade ou franchissement d'obstacles, la capacité de travail serait complète sans diminution de rendement.

Dans le volet psychiatrique, le Dr J_____ a rapporté que le recourant mentionnait une insomnie, une anxiété, de la tristesse, une perte du goût de vivre, le stress du handicap, des douleurs des membres inférieurs et des céphalées. Il n'y avait cependant pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché totalement les activités sociales, familiales et ménagères. Actuellement, il aurait peu d'activités de plaisir. Il se disait fatigué et considérait son sommeil non réparateur. Il mentionnait des difficultés de concentration et de mémoire, mais plus d'idées noires. Il se disait pessimiste pour l'avenir. Il se décrivait comme fortement anxieux, en lien avec ses douleurs aux pieds et sa précarité

sociale. Il n'y avait pas de notion d'attaque de panique ni de phobies spécifiques. Les critères pour retenir un syndrome de stress post traumatique étaient incomplets, on était en présence de manifestations anxieuses et dépressives ayant débuté lors de l'accident. Le recourant se réveillait deux à trois fois par nuit et signalait des cauchemars répétitifs en lien avec l'accident. La recherche des traits de personnalité pathologique organisée était négative, le recourant avait une bonne perception de soi et des autres. Une journée-type consistait à se lever entre 8 et 9 h, prendre un café, faire quelques courses, puis profiter de sa terrasse en jardinant dans des pots. L'après-midi était consacrée à la télévision et à une promenade. Il regardait la télévision après le repas du soir et parlait avec sa femme. Les activités ménagères étaient entièrement réalisées par son épouse, qui s'occupait également des paiements. Il prenait soin de son canari. L'expert a constaté que le recourant avait conservé le focus durant tout l'entretien. Il ne pleurait pas, ne souriait pas, ne plaisantait pas, il avait de l'humour. Le débit de la parole ne montrait ni logorrhée ni ralentissement. Le recourant était vigilant, sans déficit attentionnel durant l'entretien. Il n'y avait pas de trouble du cours de la pensée. Il n'y avait ni déficit ni labilité émotionnels. L'humeur était anxieuse, d'intensité moyenne. Il n'y avait pas de troubles cognitifs. L'expert a mentionné une majoration de l'auto-évaluation de l'intensité de l'humeur dépressive et anxieuse, aucun signe de fatigue n'ayant été objectivé. Le recourant mentionnait une amélioration de son humeur, les plaintes douloureuses des membres inférieurs et particulièrement des pieds étant au premier plan. En conclusion, le tableau clinique était compatible avec un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Les symptômes anxieux étaient insuffisants pour retenir un autre diagnostic spécifique. L'évolution de la symptomatologie avait un caractère chronique trop long pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie développée dans les suites de l'accident était en lien de causalité avec celui-ci. Un syndrome douloureux somatoforme persistant était également présent, certaines plaintes n'étant pas objectivées à l'examen clinique. Sur le plan psychiatrique, une partie des plaintes n'était pas retrouvée à l'examen, notamment l'humeur dépressive et anxieuse d'intensité forte et la fatigue. Il existait un certain sentiment de détresse non expliqué par les processus physiopathologiques. Il n'y avait pas de trouble psychiatrique sévère, pas d'organisation pathologique de la personnalité. Il existait certains éléments de majoration des symptômes, qui n'étaient pas totalement homogènes, ne semblaient ni délibérés ni intentionnels, raison pour laquelle ce diagnostic ne pouvait être retenu (*sic*). L'expert psychiatre, en lien avec les critères développés par la jurisprudence pour admettre le caractère incapacitant de troubles psychiques, a noté les éléments suivants. Il n'y avait pas de trouble psychiatrique sévère, pas d'abus de substances, pas d'organisation pathologique de la personnalité. Le recourant avait des ressources pour réaliser les activités quotidiennes. Il n'y avait ni limitation fonctionnelle ni diminution de rendement. Il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable, il n'y avait pas d'incapacité de travail en lien avec une affection psychiatrique. S'agissant des

ressources, le recourant était capable de communiquer, de respecter un cadre, de s'adapter. Il manquait un peu de flexibilité psychique. Il était globalement rationnel et endurant, et il avait de bonnes capacités relationnelles. Il ne présentait aucune limitation dans les treize items d'activité et de participation répertoriés dans l'outil mini CIF-App. Il semblait assez isolé socialement et n'avait plus de réseau professionnel.

h. Dans ses déterminations du 19 avril 2023, l'intimée a observé que le rapport d'expertise du 22 avril 2022 confirmait la stabilisation sur le plan médical et la pleine capacité de travail. Le Dr J_____ n'avait retenu aucun trouble psychique ayant un impact sur la capacité de travail. Partant, la question de la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident ne se posait plus. L'intimée a conclu au rejet du recours.

Le recourant s'est également déterminé dans son écriture du 10 mai 2023, persistant dans ses conclusions. Il a sollicité la jonction de la présente cause avec celle l'opposant à l'OAI, afin d'éviter des décisions contradictoires. Il a affirmé que l'expertise psychiatrique était lacunaire. Le Dr J_____ ne retenait aucun problème de sommeil ni signes objectifs de fatigue malgré les importants troubles de cet ordre rapportés par le recourant et la psychiatre traitante. Au plan neurologique, le Dr I_____ soutenait que la situation médicale était restée globalement la même que lors de l'examen de septembre 2019. Or, à cette date, une force incomplète du releveur M4 avait été relevée. Le recourant a allégué que la différence de force entre M4 et M5 pouvait être très importante selon la classification médicale. Pourtant, le Dr I_____ ne retenait qu'un très léger empêchement. Il rejetait également toute plainte du recourant en lien avec ses douleurs.

Le recourant a produit un extrait du manuel MSD pour les professionnels de la santé destiné à évaluer la force musculaire.

i. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée le 16 mai 2023.

j. 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

4. Le litige porte sur le droit aux prestations pour accident dès le 1er juillet 2020, en particulier sur la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

5. Il convient en premier lieu de se prononcer sur la jonction de la présente cause avec celle opposant le recourant à l'OAI.

5.1 Aux termes de l'art. 70 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

5.2 La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique dans l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d). Il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3) et inversement (ATF 133 V 549 consid. 6). Ce principe s'applique également lorsque dans les deux procédures d'assurance concernant l'examen d'un éventuel droit à une rente d'invalidité, la capacité de travail résiduelle de l'assuré est évaluée de manière identique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_530/2022 du 25 avril 2023 consid. 4.3.1).

5.3 En l'espèce, dès lors qu'il n'y pas identité des parties, que les assureurs-accidents et invalidité ne sont pas liés par les décisions de l'autre assureur et que leurs obligations ne reposent pas sur les mêmes causes juridiques, une jonction ne paraît pas indiquée.

La chambre de céans ne fera ainsi pas droit à cette requête.

6. 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).

6.1 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).

6.2 À teneur de 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-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (*cf.* art. 1*a* et 4 LAA), ce critère se déterminera 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).

6.3 Conformément à l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA).

7.

7.1 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2).

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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 129 V 177 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la

charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

7.2 En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2 et les références).

7.3 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). En revanche, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de

causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). En revanche, le juge ne peut reconnaître un rapport de causalité adéquate avant que les questions de fait relatives à la nature des troubles psychiques en cause et à leur causalité naturelle soient élucidées. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de dire qu'il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante. D'une part, un tel procédé est contraire à la logique du système. En effet, le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Ainsi, on ne peut pas retenir qu'un accident est propre, sous l'angle juridique, à provoquer des troubles psychiques éventuellement incapacitants sans disposer de renseignements médicaux fiables sur l'existence de tels troubles, leurs répercussions sur la capacité de travail et leur lien de causalité avec cet accident. D'autre part, la reconnaissance préalable d'un lien de causalité adéquate est un élément de nature à influencer, consciemment ou non, le médecin psychiatre dans son appréciation du cas, et donc le résultat d'une expertise psychiatrique réalisée après coup s'en trouverait biaisé (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

8. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 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. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

8.2 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. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. Dans un arrêt portant sur les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part.

9.1 Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être

invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

9.2 Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

10. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2020 et a nié le droit à la rente dès cette date en se fondant sur les appréciations des Drs H_____ et G_____.

10.1 Ceux-ci ont considéré que dans une activité adaptée, le recourant présentait une capacité de travail totale. Force est de constater que ces conclusions correspondent à celles des médecins traitants du recourant, s'agissant de l'incidence des atteintes somatiques. Le Dr C_____ considérait, en effet, une reprise possible dès le 1er avril 2019 déjà. Le Dr F_____ indiquait quant à lui, en mai 2019, qu'à long terme, du point de vue orthopédique, il n'y aurait pas d'obstacle à la reprise d'une activité adaptée. Il a confirmé en juin 2020 que les arrêts de travail étaient imputables non pas à des atteintes physiques, mais psychiques, et il a précisé qu'il avait suggéré une réflexion sur une reprise professionnelle au recourant, ce qui démontre qu'il ne l'exclut pas.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr F_____ rejoint également le Dr G_____, dès lors qu'il évoque uniquement une restriction des déplacements. À

ce sujet, les griefs soulevés par le recourant à l'encontre de l'exigibilité définie par le Dr H_____ en référence à celle que son confrère orthopédiste a déterminée tombent à faux. Le fait que ce neurologue n'ait pas lui-même émis de limitations fonctionnelles ne signifie pas qu'il n'a pas procédé à sa propre évaluation, mais simplement que l'atteinte neurologique ne justifie pas de restrictions supplémentaires et que les limitations fonctionnelles sur ce plan se recoupent avec celles décrites par le Dr G_____. En ce qui concerne l'insuffisance surrénalienne, dont le Dr G_____ a implicitement admis qu'elle était en lien de causalité avec l'accident en proposant la prise en charge de l'hydrocortisone visant à la traiter, il n'apparaît pas que cette pathologie, correctement substituée, entraînerait une quelconque limitation fonctionnelle.

De plus, au plan somatique, les constatations des médecins d'arrondissement de l'intimée correspondent aux conclusions des experts mandatés par l'OAI. On peut ici préciser que les rapports des Drs K_____ et I_____ contiennent tous les éléments formels requis par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ceux-ci ont pris connaissance de l'ensemble du dossier du recourant, dont ils ont relaté l'anamnèse et les plaintes. Ils ont procédé à des examens cliniques dont ils ont détaillé les résultats, et leurs diagnostics sont motivés, à l'instar de leurs conclusions – qui correspondent à celles des autres médecins au plan somatique. Ici aussi, le recourant ne produit aucun avis médical d'un autre médecin qui justifierait que l'on s'écarte de ces appréciations. Les considérations du recourant en lien avec la force constatée dans le pied en 2019 et 2020 ne suffisent pas non plus à susciter des doutes sur l'appréciation du Dr I_____, dès lors que les limitations fonctionnelles retenues tiennent compte des difficultés de déplacement. On ne saurait ainsi considérer que ce seul élément ait une incidence déterminante sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant aux douleurs, le Dr I_____ les a bien mentionnées.

Partant, au plan somatique, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation des Drs G_____ et H_____ sur l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1er juillet 2020. Par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2), elle ne mettra pas en œuvre une expertise orthopédique.

10.2 En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le recourant conteste également la quotité, on rappelle ce qui suit.

10.2.1 Cette indemnité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence *etc*.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la

vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). Son évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3ème éd. 2016, n. 317 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

10.2.2 Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence contenue à l'art. 25 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.2). Il y a lieu de reconnaître plusieurs atteintes à l'intégrité lorsqu'elles sont clairement constatées au plan médical et lorsque leurs effets sont distincts. Des atteintes sans interactions l'une avec l'autre et clairement distinctes doivent en principe être additionnées. Lorsque les différentes atteintes se recoupent, l'addition des différents taux ne doit pas conduire à ce qu'une partie des atteintes soit indemnisée à double. À l'inverse, lorsque le cumul des différentes atteintes résulte en une amplification de leurs effets, une augmentation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se justifie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_826/2012 du 28 mai 2013 consid. 3.2 et les références).

10.2.3 En l'espèce, le Dr H_____ a établi l'atteinte à l'intégrité due sur la base des tables de l'intimée, de manière conforme à la jurisprudence. Il a en outre

motivé son taux. À défaut d'avis divergent d'un autre médecin, il n'y a pas lieu de mettre en doute l'indemnité ainsi définie pour les troubles neurologiques.

Cela étant, l'intimée n'a pas sollicité l'avis d'un spécialiste en dermatologie pour apprécier l'éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité découlant des lésions de la peau. Il est vrai que le Dr C_____ avait qualifié l'évolution d'excellente sur ce point, et que le Dr K_____ a décrit un status cutané remarquable. Toutefois, le recourant a subi des brûlures sur 21% de la surface du corps, qui ont fait l'objet de greffes. Il ne paraît pas exclu que son état au plan dermatologique puisse donner lieu à une indemnité fondée sur la table 18 de l'intimée fixant les atteintes à l'intégrité en cas de lésions de la peau, et qui précise que les cicatrices consécutives à des brûlures graves peuvent en fonction de leur gravité et de leur étendue donner lieu à une indemnité entre 5% et 50%. L'intimée, qui n'a pas examiné le droit du recourant à une indemnité à ce titre, devra compléter l'instruction sur ce plan en sollicitant l'avis d'un de ses médecins-conseils ou d'un médecin indépendant.

11. Au plan psychique, l'intimée a dans un premier temps exclu que d'éventuels troubles de cet ordre soient en lien de causalité adéquate avec l'accident. Par surabondance, elle se prévaut de l'avis du Dr J_____, qui a écarté tout caractère incapacitant de tels troubles.

11.1 En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise, force est de constater qu'il ne convainc guère.

En premier lieu, il faut donner raison au recourant en tant qu'il le qualifie de laconique. Si l'expert a en effet énuméré toute une série de symptômes qu'il n'a pas constatés, son expertise – qui contient de très nombreuses redites – ne relate guère ses observations concrètes, notamment s'agissant de la symptomatologie dépressive et anxieuse, dont il admet l'existence mais qu'il considère d'intensité moyenne. Il semble du reste relativiser une symptomatologie dépressive intense au motif qu'il n'aurait pas constaté de fatigue durant l'entretien, ce qui n'est pas suffisamment motivé à défaut d'analyse des autres critères diagnostiques. On relève également certaines contradictions. On comprend mal comment l'expert peut dans la même phrase indiquer que « [le recourant] ne pleure pas, ne sourit pas, ne plaisante pas, il a de l'humour ». Il affirme également que le recourant ne présenterait pas de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché totalement les activités sociales, familiales et ménagères, alors même que le ménage incombe entièrement à l'épouse du recourant, que celui-ci n'a guère d'activités de loisir – hormis quelques heures passées sur sa terrasse et la télévision – et que le psychiatre note qu'il paraît assez isolé – ce que confirme notamment l'analyse d'une journée-type. Le psychiatre paraît écarter tout trouble du sommeil, alors même que le recourant rapporte des cauchemars et se dit fatigué. Ce rapport est en outre parfois peu clair. On ne comprend ainsi pas quel diagnostic l'expert exclut en raison de « la majoration de symptômes non homogènes ». Par ailleurs, alors même que le Dr J_____ a retenu des diagnostics

psychiques, il se contente d'affirmer qu'il n'y a jamais eu d'incapacité de travail au plan psychique, ce qui n'est ici aussi pas suffisamment motivé. Il était indispensable qu'il explique, ou à tout le moins qu'il esquisse, les raisons qui lui permettent d'écarter toute incidence de ces troubles sur la capacité de travail du recourant, *a fortiori* dès lors qu'il s'écarte de l'avis de la psychiatre traitante et des autres médecins. On rappellera ici que le Dr F_____ a signalé une problématique de cet ordre, et que le Dr G_____ a quant à lui mentionné des troubles de la thymie « évidents ». Certes, ces deux médecins ne sont pas psychiatres. La mention de troubles psychiques dans leurs rapports tend cependant à démontrer que ceux-ci étaient patents, puisque détectables même par un non-spécialiste, ce qui permet de supposer qu'ils revêtaient une certaine intensité. Dans ces circonstances, le rapport du Dr J_____ ne permet pas de comprendre comment il a pu écarter toute répercussion passée ou actuelle des atteintes du recourant. Il n'a pas non plus motivé les raisons pour lesquelles il se distancie de l'avis de la Dre D_____.

Les indicateurs jurisprudentiels rappelés ci-dessus ne sont en outre pas analysés à satisfaction de droit. Comme on l'a vu, le Dr J_____ nie la gravité des atteintes psychiques, sans avoir suffisamment motivé cette conclusion. S'agissant de la cohérence, elle n'est pas examinée en lien avec les répercussions homogènes dans tous les domaines de la vie, notamment les loisirs. Les ressources ne sont guère décrites, le médecin s'étant référé à l'outil mini CIF-App. Cet instrument d'investigation évalue quantitativement la capacité d'assurés atteints de troubles psychiques, pour une liste d'items tels que par exemple l'adaptation à des règles et à des routines, la flexibilité et capacité d'adaptation ou la planification et structuration des tâches (sur ce point, *cf.* Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, Société suisse de psychiatrie et psychothérapie [SSPP], dans leur 3ème éd. du 16 juin 2016, accessibles sur https://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/f_lignes_directrices_expertises_psychiatriques_assurances_-_2016_06_16_def.pdf). Cela étant, l'expert psychiatre n'a fourni aucune information pour vérifier l'absence de limitations qu'il retient. On rappelle ici qu'il a par ailleurs relaté un manque de flexibilité. Il ne donne pas d'autres indications sur les ressources, alors même que le recourant ne semble pas bénéficier d'un bon étayage social, et que ses capacités intellectuelles seraient limitées selon la Dre D_____. Enfin, le Dr J_____ ne se prononce pas du tout sur plusieurs des critères pertinents selon la jurisprudence.

Compte tenu des éléments qui précèdent, cette partie de l'expertise ne peut se voir reconnaître valeur probante.

11.2 En ce qui concerne le lien de causalité adéquate, quand bien même la jurisprudence exclut en principe de se prononcer sur son admission avant que les diagnostics et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail ne soient établis de manière probante, il convient néanmoins – sans formellement trancher

cette question, et sans préjudice d'une analyse ultérieure – de noter que son exclusion par l'intimée peine à ce stade à convaincre. On doit souligner que le lien de causalité naturelle a déjà été admis par le Dr E_____.

On peut *a priori* admettre que c'est à juste titre que l'intimée a considéré l'accident comme de gravité moyenne *stricto sensu*, étant précisé que ce critère s'apprécie non en fonction des conséquences de l'accident mais des forces en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1). En l'espèce, les flammes ne se sont fort heureusement pas propagées, et elles ont pu être rapidement éteintes. On peut rapprocher l'accident du recourant de celui dans lequel un assuré avait subi des brûlures du 2ème degré à la main et l'avant-bras droits en maniant une tronçonneuse à essence qui avait pris feu, et qui a donné lieu à l'arrêt du 6 octobre 2010 du Tribunal fédéral des assurances qui l'a qualifié de gravité moyenne (arrêt U 393/01 du 26 avril 2002 consid. 3).

En revanche, en ce qui concerne le caractère impressionnant de cet accident, le Tribunal fédéral des assurances l'a admis, sans intensité particulière, dans l'arrêt précité du 26 avril 2002. La même conclusion pourrait s'imposer dans le cas du recourant.

S'agissant de la gravité des lésions, la jurisprudence admet que de graves brûlures sont, en règle générale, de nature à entraîner des troubles psychiques, en particulier lorsqu'elles laissent des stigmates cutanés à des endroits visibles, notamment au visage. Dans le cas d'une assurée ayant subi des brûlures considérées comme de gravité moyenne (2ème degré et 2ème degré profond sur une surface de 4%) au pied et à la cuisse après qu'une poêle remplie de graisse avait pris feu, le Tribunal fédéral des assurances a exclu que ce critère fût réalisé (arrêt U 143/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3, *cf.* également l'admission de ce critère en cas de brûlures citée à l'ATF 140 V 356 consid. 5.5.1). Le recourant a cependant subi des lésions bien plus étendues, puisqu'elles ont affecté 21% de la surface corporelle et qu'elles sont de degrés 2 profond et 3. On ne peut ainsi exclure que ce critère soit réalisé dans le cas d'espèce.

Enfin, le critère ayant trait aux complications importantes paraît lui aussi indubitablement réalisé dans le cas d'espèce, comme l'intimée l'a admis en cours de procédure.

Trois critères en tout cas pourraient ainsi être remplis. Partant, dès lors qu'il n'est pas possible dans la présente procédure d'exclure formellement un lien de causalité adéquate entre l'accident et les éventuels troubles psychiques que le recourant présente, on ne saurait faire l'impasse sur l'absence de valeur probante de l'expertise psychiatrique.

12. 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).

Tel est le cas en l'espèce, l'intimée n'ayant pas procédé à un examen autonome de l'état de santé psychique du recourant.

La cause lui sera ainsi renvoyée, à charge pour elle de mettre en œuvre une expertise qu'elle confiera à un spécialiste en psychiatrie 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).

À l'issue de cette expertise, il lui appartiendra de statuer une nouvelle fois sur le droit aux prestations du recourant, en examinant également dans ce cadre le droit éventuel à un complément d'indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des lésions cutanées du recourant, et le cas échéant, des éventuelles atteintes psychiques en lien de causalité adéquate avec l'accident.

Compte tenu du renvoi de la cause, les griefs du recourant quant aux modalités de calcul de la rente n'ont pas à être examinés à ce stade.

13. Le recours est partiellement admis.

14. Assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens, qui seront fixé à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

15. 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 15 décembre 2020.
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 CHF 2'000.- à titre de dépens.
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 recourant 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