

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/376/2017

ATAS/1066/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 novembre 2017**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laïla  
BATOU

recourant

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,  
sise place de Milan, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1970, de nationalité espagnole, est arrivé en Suisse en 2012. Dès le 6 janvier 2014, il a travaillé en tant qu'ouvrier agricole chez Messieurs B\_\_\_\_\_ (ci-après l'employeur) à Lully. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après l'assureur).
2. Le 9 novembre 2014, l'assuré a subi une chute dans les escaliers entraînant une fracture supra-ligamentaire Weber C de la cheville gauche et une incapacité de travail totale.
3. Le 11 novembre 2014, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a effectué une ostéosynthèse du péroné par plaque et une réduction de la syndesmose tibio-fibulaire distale par deux vis sur une plaque.
4. Le cas a été pris en charge par l'assureur.
5. Par rapport du 13 août 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la consultation spécialisée du pied et de la cheville aux HUG, a constaté sur le scanner du 21 mai 2015, une mal-réduction de la syndesmose avec une ouverture de celle-ci pouvant expliquer les douleurs associées à des tuméfactions de la cheville. Le médecin observait également la présence d'ostéophytes antérieurs et postérieurs qui pouvaient participer à la symptomatologie, avec des limitations douloureuses dans les amplitudes articulaires. Une intervention chirurgicale était proposée.
6. Le 1<sup>er</sup> mars 2016, une libération arthroscopique du conflit antérieur et postérieur de la cheville gauche ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ont été effectuées par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie locomoteur et chef de clinique aux HUG.
7. Le 3 mai 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que la durée probable du traitement était de douze à dix-huit mois. La reprise du travail était à déterminer et il y avait lieu de craindre un dommage permanent, soit des douleurs post-traumatiques, voire une arthrose à la cheville.
8. Une incapacité de travail a été attestée par le Dr E\_\_\_\_\_ du 8 juin au 8 juillet 2016.
9. A la demande du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin consultant de l'assureur, le Dr E\_\_\_\_\_, par rapport du 4 juillet 2016, a diagnostiqué un status après ostéosynthèse ouverte et réduction avec fixation interne d'une fracture de la cheville gauche le 11 novembre 2014, un conflit antérieur et postérieur de la cheville avec amplitudes articulaires douloureuses et une limitation fonctionnelle de la cheville gauche. Suite à l'intervention en novembre 2014, l'assuré avait présenté une évolution défavorable, avec une douleur persistante, une tuméfaction récidivante et une limitation fonctionnelle de la cheville. Le 1<sup>er</sup> mars 2016, ce médecin avait procédé à

une révision arthroscopique de la cheville. Durant l'intervention, il avait pu constater la présence d'un important status cicatriciel, lequel avait été débridé. Actuellement, l'assuré était dans le décours de cette intervention et au dernier contrôle du 22 avril 2016, il présentait une évolution sans complication de la chirurgie.

S'agissant du traitement, le médecin a indiqué qu'à l'heure actuelle, la situation était encore très algique, de sorte qu'il envisageait un traitement de physiothérapie intensif pour récupérer d'abord la mobilité, puis la proprioception et le renforcement musculaire. La durée du traitement pouvait être évaluée entre huit à douze mois.

A l'heure actuelle, une reprise de travail n'était pas envisageable au vu du décours récent de l'intervention chirurgicale. Le médecin envisageait un arrêt de travail d'au minimum trois mois et le point de la situation allait être refait lors du prochain contrôle le 8 juin 2016. Par la suite, une reprise partielle du travail, notamment dans un travail de bureau avec déplacements limités, pourrait être envisagée. Une activité debout ne pouvait pas être exercée pendant un minimum de trois mois depuis le jour de l'intervention.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que la tuméfaction post-opératoire et les douleurs limitaient actuellement la position assise ou semi-assise de longue durée. On pouvait raisonnablement penser à une évolution favorable de la situation, dans quelques mois.

Il était encore trop tôt pour se prononcer sur un pronostic concernant l'évolution clinique de l'assuré. Cependant, le médecin avait pu constater durant l'intervention du 1<sup>er</sup> mars 2016, un important status cicatriciel ainsi que la présence d'un ostéophyte pouvant expliquer la symptomatologie. Il pouvait donc raisonnablement s'attendre à une amélioration de la symptomatologie après la période de rééducation. Le pronostic restait pourtant réservé en sachant que la fracture subie en novembre 2014 pourrait avoir des séquelles, notamment le développement d'une arthrose symptomatique de la cheville.

10. Le 13 juillet 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail totale du 8 juin au 3 août 2016, date du prochain contrôle.
11. Dans un formulaire établi par l'assureur, daté du 29 juillet 2016 et non signé, il est indiqué que le médecin consultant de l'assureur estimait qu'à la suite de l'intervention du 1<sup>er</sup> mars 2016, une capacité de gain dans une activité adaptée pouvait être exigée, comme par exemple coursier agricole, dès le 1<sup>er</sup> août 2016. Le cas devait faire l'objet d'une réserve de 15% si une arthrose post-traumatique devait se déclarer.
12. Par décision du 29 juillet 2016, l'assureur a mis fin aux indemnités journalières au 31 juillet 2016. Il résultait des éléments au dossier que dans une activité adaptée aux séquelles de l'accident, une capacité de travail entière devait être retenue.

13. Par courrier du 9 août 2016 adressé au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué, en se référant au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 3 mai 2016, que dans la mesure où les suites de l'intervention n'avaient pas présenté de complication, l'on pouvait exiger de l'assuré une pleine capacité de travail après cinq mois post-opératoires. Par conséquent, il recommandait à l'assureur de tenir compte d'une capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2016.
14. Le 10 août 2016, l'assuré s'est opposé à la décision. Il a joint une prolongation de l'incapacité de travail totale jusqu'au 5 septembre 2016, signée par le Dr C\_\_\_\_\_ le 3 août 2016, ainsi que des notes de suites établies par ce médecin lors du contrôle effectué à cette date. Selon ce médecin, l'évolution était favorable, la mobilité allait beaucoup mieux, mais l'assuré se plaignait d'une tuméfaction de la cheville, de douleurs après une longue marche et d'une raideur postérieure. A l'examen clinique, la cicatrice était calme et la cheville était tuméfiée. Le traitement consistait en un suivi radio-clinique et l'assuré devait poursuivre la physiothérapie. La durée probable du traitement était d'une année. L'incapacité de travail de l'assuré était totale et le certificat établi jusqu'au 5 septembre 2016 était à renouveler. Enfin, l'assuré risquait de faire de l'arthrose de cheville.
15. Le 18 août 2016, l'assuré a sollicité qu'une décision sur opposition soit rendue dans les meilleurs délais, au vu de sa situation financière précaire. La décision de l'assureur entrainait en contradiction avec l'avis du Dr E\_\_\_\_\_.
16. Les 1<sup>er</sup> septembre, 10 octobre et 7 décembre 2016 le Dr E\_\_\_\_\_ a établi des certificats d'incapacité de travail totale.
17. Par rapport du 4 novembre 2016 à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fracture Weber C de la cheville gauche depuis novembre 2014 et une instabilité chronique syndesmose gauche. Les douleurs étaient toujours présentes malgré une amélioration de la mobilité de la cheville. Le traitement consistait en de la physiothérapie et l'assuré était suivi par la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. La station debout prolongée et le port de charges étaient impossibles. L'incapacité de travail était totale du 9 novembre 2014 au 30 novembre 2016. L'activité habituelle n'était pas exigible. Une activité adaptée correspondait idéalement à un travail de bureau.
18. Par projet de décision du 5 décembre 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 octobre 2016. Il était retenu qu'à compter du mois d'août 2016, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était totale, sans baisse de rendement.
19. Par décision sur opposition du 16 décembre 2016, l'assureur a confirmé sa décision mettant fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016. Le 5 décembre 2016, l'OAI avait rendu un projet de décision selon lequel dès le 1<sup>er</sup> août 2016, la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée, sans perte de rendement. Vu ce projet de décision, il ne subsistait aucun droit à une indemnité journalière à partir du 1<sup>er</sup> août 2016.

20. Par acte du 1<sup>er</sup> février 2017, l'assuré, représenté par UNIA, a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et au versement de prestations d'assurance du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2016. Le recourant a fait valoir qu'au vu des rapports médicaux, l'incapacité de travail avait en tout cas perduré jusqu'au 31 décembre 2016. C'était donc à tort que l'intimée avait mis fin, abruptement, au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016.
21. Le 7 février 2017, le recourant a indiqué qu'une nouvelle intervention chirurgicale devait avoir lieu, de sorte que son incapacité de travail était totale, même dans une activité adaptée. Il se voyait dès lors contraint d'amplifier ses conclusions et de requérir le versement des prestations d'assurance dès le 1<sup>er</sup> août 2016, pour une période indéterminée. A l'appui de ses conclusions, le recourant a produit un rapport établi le 1<sup>er</sup> février 2017 par le Dr E\_\_\_\_\_, selon lequel la situation de la cheville montrait une évolution défavorable qui semblait liée à une mal-réduction de la syndesmose, confirmée par les images radiologiques et scanographiques. Au vu des risques augmentés de dégradation rapide de la cheville dans ce genre de situation, l'indication à une révision de la syndesmose, qui nécessitait une ostéotomie du péroné, était confirmée pour le 6 février 2017. Etant donné que l'hyperalgie présentée par le recourant pouvait être liée à une irritation du nerf péronier superficiel, la plaque au niveau du péroné proximal allait être enlevée. Au vu de cette situation, l'arrêt de travail à 100% était maintenu.
22. Par réponse du 6 avril 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Selon elle, le contrat de travail était de durée déterminée et qu'il aurait dû prendre fin, quoi qu'il en soit, le 20 décembre 2014. Dans la mesure où le recourant était "plaçable" dès le 1<sup>er</sup> août 2016, il aurait eu droit à des indemnités de chômage. Par ailleurs, si suite à l'intervention du 6 février 2017, le recourant avait présenté une incapacité de travail, il était évident que de nouvelles indemnités journalières pourraient lui être allouées, pour une durée qui restait à déterminer. Ce point devait toutefois faire l'objet d'une nouvelle décision. Ce fait ne remettait néanmoins pas en cause l'interruption des indemnités journalières entre le 1<sup>er</sup> août 2016 et le 5 février 2017.
23. Par réplique du 19 juin 2017, le recourant, représenté par un nouveau conseil, a expliqué qu'il était lié à son employeur par un contrat de durée indéterminée, comme l'attestait le contrat du 5 janvier 2014 qu'il produisait. Par ailleurs, il n'y avait pas lieu de rendre une nouvelle décision concernant l'incapacité de travail dès le 7 février 2017 étant donné qu'elle était la continuation de l'incapacité de travail antérieure, qui ne s'était pas interrompue. Au vu du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2016, le recourant n'était pas "plaçable" dès le 1<sup>er</sup> août 2016, comme l'avancait l'intimée. A cette date, des doutes persistaient encore sur la durée du traitement et les limitations fonctionnelles. Si, par impossible, la Chambre de céans devait retenir une pleine capacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> août 2016, le recourant aurait alors dû bénéficier d'un délai de réflexion de cinq mois avant la suppression du versement des indemnités journalières.

24. Par duplique du 13 juillet 2017, l'intimée a relevé que la teneur de la copie du contrat produite par le recourant entrainait en contradiction avec la déclaration d'accident du 10 novembre 2014 et avec les déclarations du recourant figurant au rapport d'entretien du 5 juin 2015. L'intimée concluait par conséquent à ce que la Chambre de céans interpelle l'ancien employeur à ce propos. L'intimée contestait que l'incapacité de de travail ait été ininterrompue entre le 1<sup>er</sup> août 2016 et le 6 février 2017, de sorte que l'indemnité journalière à compter du 7 février 2017 devait se calculer selon les dispositions légales applicables en cas de rechute.

Par ailleurs, dans son rapport du 4 juillet 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ faisait certes état de limitations fonctionnelles existant vers le mois de mai ou début juin 2016, qui n'impliquaient cependant pas l'impossibilité d'exercer une activité adaptée dès ce moment. Le certificat d'incapacité de travail du 13 juillet 2016 du Dr C\_\_\_\_\_, dépourvu de motivation, ne pouvait infirmer le rapport du Dr E\_\_\_\_\_. Par ailleurs, une durée du traitement au-delà du 3 mai 2016 n'impliquait pas en soi une impossibilité d'exercer une activité adaptée. Enfin, l'évolution défavorable attestée en février 2017 ne valait pas pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

25. Le 24 octobre 2017, le recourant a adressé un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ établi le 2 octobre 2017, indiquant notamment que lors de l'opération du 7 février 2017, le médecin avait pu mettre en évidence des signes d'arthrose débutante avec un cartilage montrant des signes de souffrance, notamment sur le tiers antérieur du talus. Le recourant avait gagné un peu plus de mobilité. Au contrôle du 30 août 2017, il décrivait une stagnation de la symptomatologie douloureuse avec une limitation fonctionnelle importante et des douleurs de type arthrosique. Selon ce médecin, il était trop tôt pour annoncer que l'état était stabilisé. Enfin, avant l'intervention, le recourant était en incapacité de travail totale.

26. Par écriture du 13 novembre 2017, l'intimée a indiqué qu'au vu du rapport précité, la situation était parfaitement superposable à ce qu'elle était auparavant, de sorte que l'on ne pouvait que confirmer l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée, excepté durant quatre à six semaines au maximum après l'intervention. Selon un courrier du 24 octobre 2017, que l'intimée versait à la procédure, le recourant sollicitait qu'une décision relative à sa demande d'indemnités journalières soit rendue. Selon l'intimée, une nouvelle décision quant à l'indemnisation du recourant pour la période postérieure à l'intervention ne pouvait pas être rendue, étant donné que le montant des indemnités journalières dépendait de l'issue définitive de la présente procédure.

27. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Chambre de céans a gardé la cause à juger.

### **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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le recours a été formé, compte tenu des fêtes se déroulant du 18 décembre 2016 au 2 janvier 2017 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que, par sa décision sur opposition du 16 décembre 2016, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016. Il convient de préciser que dans la mesure où l'intervention chirurgicale effectuée le 7 février 2017 est survenue postérieurement à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant ne seront pas examinées dans le cadre de la présente procédure (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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).

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

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références).

10. En l'occurrence, l'intimée considère qu'à compter du 1<sup>er</sup> août 2016, le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce que ce dernier conteste.

Dans le cadre de sa décision sur opposition litigieuse, l'intimée a justifié la fin du versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016 en se référant uniquement au projet de décision rendue par l'OAI le 5 décembre 2016.

On rappellera que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral de assurances a en outre jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents sont tenus de procéder dans chaque cas de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d).

En l'espèce, au vu de la jurisprudence précitée, l'intimée ne pouvait se contenter de reprendre l'évaluation de la capacité de travail résiduelle effectuée par l'OAI, ce d'autant plus qu'aucune décision entrée en force n'avait encore été rendue par cet assureur lorsque l'intimée a été amenée à se prononcer.

Il y a donc lieu de déterminer la capacité de travail du recourant au vu des rapports versés à la procédure.

Suite à l'accident survenu le 9 novembre 2014, le recourant a présenté une fracture supra-ligamentaire Weber C de la cheville gauche et une incapacité de travail totale pour laquelle l'intimée a versé des indemnités journalières. Après une première intervention chirurgicale le 11 novembre 2014, le recourant a présenté des douleurs associées à des tuméfactions de la cheville, de sorte que le Dr E\_\_\_\_\_ a effectué une libération arthroscopique du conflit antérieur et postérieur de la cheville gauche ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 1<sup>er</sup> mars 2016. L'incapacité de travail était totale (rapport du 3 mai 2016).

Interrogé sur l'évolution de l'état de santé du recourant par le Dr F\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a, en date du 4 juillet 2016, diagnostiqué notamment un conflit antérieur et postérieur de la cheville avec amplitudes articulaires douloureuses et une limitation fonctionnelle de la cheville gauche. Le recourant présentait une évolution sans complication de la chirurgie. Selon le médecin, pour l'heure, la situation était encore très algique et un traitement intensif de physiothérapie était envisagé

pendant huit à douze mois. Une reprise de travail n'était pas envisageable au vu du décours récent de l'intervention chirurgicale. Le médecin envisageait un arrêt de travail d'au minimum trois mois et le point de la situation allait être refait lors du prochain contrôle. Par la suite, une reprise partielle du travail, notamment dans un travail de bureau avec déplacements limités, pourrait être envisagée. La tuméfaction post-opératoire et les douleurs limitaient actuellement la position assise ou semi-assise de longue durée. Il était encore trop tôt pour se prononcer sur un pronostic concernant l'évolution clinique du recourant.

Au contrôle du 3 août 2016, l'évolution était favorable, la mobilité allait beaucoup mieux, mais l'assuré se plaignait d'une tuméfaction de la cheville, de douleurs après une longue marche et d'une raideur postérieure. L'incapacité de travail était totale (notes de suites du Dr C\_\_\_\_\_ du 3 août 2016).

Par la suite, les Dr E\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ ont attesté la poursuite d'une incapacité de travail totale.

La Chambre de céans constate que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2016 se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et il tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions ne laissent pas apparaître de contradictions.

S'agissant de la question déterminante de la capacité de travail dans une activité adaptée postérieurement au 31 juillet 2016, la Chambre de céans constate qu'aucun médecin ayant examiné le recourant – à savoir le Dr E\_\_\_\_\_ et le Dr C\_\_\_\_\_ - n'a fait état d'une capacité entière dès le 1<sup>er</sup> août 2016. Dans son rapport à l'OAI du 4 novembre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a certes noté que la station debout prolongée et le port de charges étaient impossibles et qu'un travail de bureau serait une activité adaptée. Cela étant, il n'a pas mentionné l'existence d'une capacité de travail exigible.

Dans son courrier du 9 août 2016 au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que l'on pouvait exiger du recourant une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2016 étant donné que les suites de l'intervention n'avaient pas présenté de complication.

La Chambre de céans ne saurait toutefois se fonder sur ce courrier pour retenir l'existence d'une capacité de travail entière exigible dès le 1<sup>er</sup> août 2016. Si une appréciation médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence notamment d'une anamnèse, des plaintes du recourant et de la description des interférences médicales, l'avis très succinct du Dr F\_\_\_\_\_ du 9 août 2016 est insuffisamment probant. Qui plus est, pour justifier sa position, ce médecin s'est référé uniquement au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 3 mai 2016, alors que ce médecin avait rendu un rapport circonstancié plus récent – en date du 4 juillet 2016 - faisant état d'une incapacité de travail totale, même dans les positions assise ou semi-assise de longue durée.

Enfin, dans sa duplique, l'intimée fait valoir que dans son rapport du 4 juillet 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ fait état de limitations fonctionnelles qui n'impliquent pas l'impossibilité d'exercer une activité adaptée à compter des mois de mai ou juin 2016.

La Chambre de céans relèvera que contrairement à ce qu'avance l'intimée, l'avis circonstancié émis par le Dr E\_\_\_\_\_ le 4 juillet 2016 indique clairement que la tuméfaction post-opératoire et les douleurs limitaient encore la position assise ou semi-assise de longue durée.

Force est ainsi de constater qu'à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse, soit le 16 décembre 2016, aucune pièce médicale ne permettait de retenir que le recourant présentait, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

C'est par conséquent à tort que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 16 décembre 2016 sera annulée. Il sera dit que l'intimée doit reprendre le versement des indemnités journalières postérieurement au 31 juillet 2016.
12. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision sur opposition de l'intimée du 16 décembre 2016.
3. Dit que l'intimée doit reprendre le versement des indemnités journalières postérieurement au 31 juillet 2016.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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