

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1668/2021

ATAS/1012/2023

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2023

Chambre 2

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Michael ANDERS, avocat

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, de nationalité française et domicilié en France, a travaillé dans le canton de Genève en tant qu'agent de sécurité pour la société B_____ SA (ci-après : l'employeuse) jusqu'au 31 mars 2019. Il était à ce titre assuré contre le risque accident auprès de la VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : la VAUDOISE).
- b.** Le 27 avril 2015, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'il circulait en deux-roues, lui ayant causé une fracture-luxation de la cheville gauche.
- c.** La VAUDOISE a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières pour une incapacité totale de travail attestée médicalement du 30 avril 2015 au 3 novembre 2015, de 50% du 4 novembre 2015 au 15 janvier 2017, de 100% du 16 janvier 2017 au 5 avril 2017, de 50% du 6 avril 2017 au 5 mai 2017 et totale dès le 1^{er} novembre 2018.
- B.** **a.** Après réduction fermée et immobilisation de la cheville gauche dans un plâtre, l'assuré a subi une opération d'ostéosynthèse de ce membre, réalisée le 3 mai 2015 par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
- b.** En réponse à la demande du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la VAUDOISE, s'interrogeant sur la poursuite de l'incapacité totale de travail après l'accident, le Dr C_____ a expliqué, par courrier du 27 octobre 2015, que l'opération s'était compliquée de fortes douleurs et d'une limitation de la mobilisation de la cheville avec une importante boiterie ayant pour conséquence de limiter l'assuré dans son travail.
- c.** Dans un rapport du 20 janvier 2016 à l'attention du médecin-conseil, le Dr C_____ a fait état d'un gain net de mobilité de la cheville de l'assuré, ce dernier présentant néanmoins toujours des douleurs à la face antérieure. La radiographie réalisée mettait en évidence des calcifications tibio-péronières, pouvant expliquer en partie la gêne occasionnée.
- d.** Le 11 mars 2016, le docteur E_____, lui aussi spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré, a attesté de ce que l'évolution post-opératoire avait été marquée par la persistance de douleurs au démarrage et lors de la marche, absentes au repos. Une radiographie et un scanner de novembre 2015 avaient montré une lésion ostéocondrale du dôme de l'astragale gauche, en sorte qu'il avait proposé une ablation du matériel d'ostéosynthèse.

e. Par courrier du 6 avril 2016, le Dr C_____ a informé le Dr D_____ de ce qu'il avait revu à sa consultation l'assuré, en présence du docteur F_____, spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville au sein des HUG. L'assuré était toujours gêné par sa cheville gauche, ce qui pouvait s'expliquer par les différentes calcifications et par un trouble au niveau de la syndesmoïse. L'arrêt de travail à 50% était encore justifié. Ce point de vue concernant l'origine de la gêne a été confirmé par le Dr C_____ dans un rapport du 7 juin 2016, dans lequel il a par ailleurs évoqué la possibilité de réaliser une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthroscopie.

f. Dans un rapport du 23 juin 2016, le Dr F_____ a noté la présence d'une synostose entre le tibia et le péroné pouvant participer à la réduction de la mobilité de la cheville de l'assuré, tandis que la composante inflammatoire (tuméfaction quotidienne) pouvait être favorisée par la présence d'une lésion ostéocondrale avec une composante kystique ainsi qu'un refend intra-articulaire au niveau du dôme médial du talus. Il proposait donc de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et de profiter du geste chirurgical pour effectuer une arthroscopie de cheville, étant relevé que cette chirurgie devrait apporter une amélioration de la symptomatologie et augmenter l'amplitude articulaire mais qu'il existait un risque important que l'assuré développe une arthrose post-traumatique, les dégâts subis par le cartilage au moment du traumatisme ayant été très importants.

g. Le 16 janvier 2017, le Dr F_____ a procédé à une arthroscopie de la cheville de l'assuré avec débridement du conflit antérieur, débridement et stimulation de l'os sous-chondral d'une lésion du talus médial, ainsi qu'à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et à l'allongement gastrocnémien endoscopique. L'assuré, qui avait repris son emploi à 50% dès le 4 novembre 2015 a ainsi de nouveau été en arrêt total de travail du 16 janvier 2017 au 5 avril 2017, puis a repris son travail à 50% dès le 6 avril 2017.

h. Dans une appréciation du 2 mai 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la VAUDOISE, a indiqué que l'accident entraînerait une atteinte à l'intégrité de 15%-30% en raison d'une arthrose tibio-astragaliennne dans quinze à vingt ans. S'agissant de la diminution durable de la capacité de gain, elle devait être examinée six mois après l'opération du 16 janvier 2017.

i. L'assuré a repris son emploi à 100% dès le 6 mai 2017, ce qui a conduit l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), auprès duquel une demande de prestations avait été déposée le 27 janvier 2017, à rendre une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, datée du 18 septembre 2017, l'invalidité n'ayant pas duré une année depuis le dépôt de la demande.

j. Selon les notes de suite du Dr F_____ du 6 septembre 2017, l'assuré était satisfait du résultat de l'opération et n'avait presque plus de douleurs, mais une

limitation à la dorsiflexion de 15°, qui ne le limitait pas dans ses activités quotidiennes. L'état était stabilisé et une arthrose talo-crurale était possible à distance.

k. Par lettre du 24 octobre 2017, la VAUDOISE a informé l'assuré de ce qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'arthrose astragaliennne. Par ailleurs, une limitation fonctionnelle de 15° ne donnait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) et le droit à celle-ci était par conséquent en l'état nié.

l. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) et une radiographie de la cheville gauche du 30 janvier 2018 ont conclu à une importante arthrose tibio-astragaliennne.

m. Dans un rapport du 23 mars 2018 adressé à la VAUDOISE, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin orthopédiste de l'assuré, a indiqué que l'évolution de son état de santé était très défavorable, en raison d'une arthrose importante confirmée par l'imagerie. La statique des pieds et des chevilles était déséquilibrée par la raideur et la douleur dans les activités journalières. Il ne comprenait pas la remarque de la VAUDOISE au sujet de la limitation de mobilité de 15° et précisait les amplitudes des deux chevilles.

n. Dans une lettre du même jour adressée au conseil de l'assuré, le Dr H_____ a précisé que le mollet gauche était atrophié et la cheville enflée. L'assuré n'était pas satisfait de la situation et déplorait une réduction importante de sa mobilité dans tous les plans. Il avait une raideur globale, et particulièrement matinale. En fin de journée, la douleur augmentait et l'ensemble de ces problèmes le fatiguait. Il avait dû renoncer à ses activités physiques et sportives. Il était fonctionnellement très handicapé, y compris lors de la marche simple. Ce handicap, lié à une arthrose post-traumatique, allait probablement augmenter avec le temps et justifier des opérations importantes (arthrodèse, prothèse). Il allait devoir renoncer à son projet de changement d'orientation professionnelle, à cause de son impotence fonctionnelle. Les plaintes de l'assuré étaient importantes, le gênaient dans sa vie de tous les jours et le privaient de ses projets professionnels. Même dans une profession sédentaire, il resterait diminué au plan de la fonction. La clinique, la radiographie et l'IRM objectivaient cette invalidité. L'atteinte à l'intégrité était de 15% et l'invalidité restait à définir.

o. Dans un avis du 31 juillet 2018, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré présentait une arthrose débutante à modérée de l'articulation tibio-astragaliennne à gauche, consécutive à l'accident. Vu qu'actuellement aucun traitement n'était proposé et apte à améliorer sa situation médicale, on pouvait considérer la situation comme stabilisée. Considérant à long terme une probable prothèse de cheville avec résultat mauvais ou le plus pessimiste (25%) selon la table 5.2 de la SUVA et avec, actuellement, une atteinte évaluée à 30% de l'articulation tibio-astragaliennne, le taux d'IPAI était de 8% (30% x 25%).

p. Dans un rapport du 29 août 2018, le Dr H_____ a relevé qu'il s'était prononcé pour une IPAI à 15% en considérant une importante arthrose tibio-astragaliennne. De son côté, le Dr G_____ évoquait une arthrose débutante à modérée. Or, tant ses propres observations cliniques que les images radiologiques interprétées par un spécialiste en radiologie concluaient à une importante arthrose.

q. Le 5 septembre 2018, l'assuré a communiqué le rapport précité à la VAUDOISE et l'a par ailleurs informée de ce que son pied blessé le faisait régulièrement souffrir après une journée de travail, de sorte qu'il formulait toute réserve quant à une évolution négative possible sur le plan de sa capacité de travail.

r. Compte tenu d'une incapacité totale de travail de l'assuré attestée par le Dr H_____ dès le 1^{er} novembre 2018, l'employeuse a annoncé la rechute auprès de la VAUDOISE et l'assuré a sollicité que le processus de fixation de l'IPAI soit momentanément suspendu.

s. Dans une prise de position du 13 novembre 2018, le Dr G_____ a précisé que son appréciation de l'arthrose reposait sur les classifications reconnues par la littérature médicale, comptant quatre stades de l'arthrose. Le stade actuel de l'arthrose de l'assuré se situait entre le stade 2 et le stade 3, ce qui correspondait à une arthrose débutante à modérée. Néanmoins, considérant la probable péjoration de la lésion arthrosique, dans un délai habituel de cinq à quinze ans, il était possible de tenir compte de cette aggravation et de fixer l'IPAI à 15%.

t. Le 28 novembre 2018, le Dr H_____ a précisé au médecin-conseil de la VAUDOISE que la nouvelle incapacité de travail de l'assuré était justifiée en raison des douleurs qu'il ressentait et d'une réduction importante de son périmètre de marche, dans sa vie professionnelle et privée. Il existait une impotence fonctionnelle et une réduction sévère de la mobilité. Pour l'instant, le traitement était conservateur ; l'arrêt de travail pouvait réduire un peu les douleurs de l'assuré mais il restait gêné dans sa vie de tous les jours. Il fallait envisager une réadaptation professionnelle, qui était difficile dans sa tranche d'âge. Une future opération (arthrodèse ou prothèse selon l'avis d'un spécialiste de la cheville) diminuerait les douleurs et améliorerait le confort de l'assuré, mais ne permettrait pas d'augmenter sa capacité professionnelle.

u. Faisant suite au rapport précité, le Dr G_____ a proposé que l'assuré soit à nouveau adressé à la consultation spécialisée du Dr F_____ afin de déterminer l'opportunité d'une prothèse versus arthrodèse, ou la poursuite du traitement conservateur.

v. Dans un rapport du 5 février 2019 à l'attention de l'OAI mais également remis à la VAUDOISE, le Dr H_____ a mentionné que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle dès le 1^{er} novembre 2018 après plusieurs tentatives de reprise de travail, à temps partiel et à temps complet. Il ne pouvait plus que pratiquer une activité strictement sédentaire et assise, avec la possibilité

de se lever environ dix minutes par heure et de dérouler les jambes dix minutes par heure. La capacité théorique de travail dans un tel poste oscillait entre 50% et 100% en fonction de la nouvelle activité exercée.

w. À plusieurs occasions, l'assuré a requis que la VAUDOISE se coordonne avec l'OAI en vue de sa réorientation professionnelle.

x. Le 26 février 2019, la VAUDOISE a soumis plusieurs questions au Dr F_____, concernant notamment la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Les radiographies, IRM et scanners réalisés ont été transmis au médecin précité, mais pas les rapports du Dr G_____ ou du Dr H_____.

y. Le 11 mars 2019, après avoir vu l'assuré le même jour, le Dr F_____ a répondu aux questions de la VAUDOISE. Il a constaté une flexion dorsale et plantaire limitée de la cheville gauche de l'assuré, tandis que les mouvements de pronation et de supination étaient souples, libres et symétriques des deux côtés. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré présentait une limitation à la dorsi-flexion de la cheville gauche avec des douleurs limitantes l'empêchant d'avoir une marche indolore et de pratiquer ses activités sportives. Il était surtout limité lors de la montée et descente des escaliers et lorsqu'il se levait après une station assise. Concernant le traitement, celui conservateur pouvait être poursuivi, mais les douleurs risquaient de persister et d'augmenter. L'autre solution serait une prise en charge chirurgicale, sous forme de mise en place d'une prothèse totale de la cheville ou d'une arthrodeuse tibio-talienne. L'assuré ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle qui demandait des capacités physiques parfaites. Il fallait le diriger vers une reconversion professionnelle dans un domaine plus sédentaire, telle qu'une activité de bureau, ne nécessitant pas de station debout et limitant le port de charges. Le taux de cette activité dépendrait bien entendu des douleurs présentées par l'assuré. À la question précise du taux de capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr F_____ a répondu qu'une telle activité pouvait être exigible à condition qu'elle soit adaptée à l'état de santé de l'assuré, et le taux pourrait être de 100% si celle-ci tenait compte de ses limitations. Cependant, ce genre de question nécessitait l'avis d'une expertise externe au dossier pour être complète.

z. Le 26 mars 2019, le Dr G_____ a relevé que les interventions chirurgicales proposées, même si elles amélioreraient la symptomatologie de l'assuré, ne permettraient pas la reprise du travail dans l'ancienne activité ; le traitement médical conservateur suivi actuellement (antalgie et physiothérapie) ne permettait pas non plus d'améliorer suffisamment l'état de santé pour une reprise professionnelle. Il rejoignait ainsi le Dr F_____ concernant l'impossibilité pour l'assuré d'exercer son activité d'agent de sécurité sur le terrain à 100% et sur le fait qu'une activité professionnelle moins contraignante physiquement respectant les limitations fonctionnelles pouvait être exigible. L'assuré avait donc une capacité de travail entière dans toute activité légère adaptée à son état de santé dès le 1^{er}

avril 2019. Il maintenait l'évaluation de l'IPAI à 15% et proposait un reclassement professionnel avec l'aide de l'OAI.

aa. Le 18 juin 2019, répondant au Dr H_____ qui s'étonnait de ce que l'assuré avait essuyé un refus pour une prolongation de ses séances de physiothérapie alors qu'il en avait beaucoup bénéficié, récupérant en mobilité et en proprioception, et avait toujours besoin de recevoir de tels soins, le Dr G_____ a indiqué que pour sa part le traitement était conservateur, ce qui impliquait également des séances de physiothérapie.

bb. Par décision du 28 juin 2019, la VAUDOISE a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2019, se ralliant au point de vue de son médecin-conseil concernant la capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir limitations de la montée et descente d'escaliers et du changement de la position assise à la position debout) dès le 1^{er} avril 2019. Elle a relevé que toute activité professionnelle légère en lien avec son activité habituelle de sécurité, comme planificateur ou opérateur de surveillance, ou toute autre activité dans le domaine de ses formations et expériences préalables (obtention en France des diplômes suivants : diplôme BTS en comptabilité/gestion d'entreprise, certificat MATIF en formation analyses techniques et méthode trading) pouvait être exigée à 100% immédiatement, sans perte de rendement. Le délai jusqu'au 30 septembre 2019 pour concrétiser le changement de profession était tout à fait raisonnable, s'agissant plutôt d'un retour dans une ancienne activité que le début d'une nouvelle activité. Le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert, la comparaison des revenus entre le gain de valide – de CHF 71'097.20 en 2018 – et celui d'invalidé – de CHF 85'353.50 en considérant les données de l'année 2016 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), pour la ligne 69-71 (activités comptables, de gestion, d'architecture, d'ingénierie) et un niveau de compétence 3, après réévaluation selon les heures hebdomadaires usuelles et renchérissement jusqu'en 2018 – n'aboutissant pas à une perte de gain. Le droit au traitement médical prenait en outre fin au 11 mars 2019, celui-ci n'étant plus que conservateur, ne permettant pas d'améliorer sensiblement l'état de santé et ne visant qu'à soulager les douleurs d'une atteinte à la santé par ailleurs stationnaire. Enfin, une IPAI de 15% correspondant à CHF 18'900.- était allouée à l'assuré.

cc. Le 2 septembre 2019, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 28 juin 2019 par l'entremise de son conseil, concluant à son annulation, à ce qu'il soit dit que le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux se poursuive au-delà du 30 septembre 2019, à ce qu'il soit dit que l'instruction sur la rente soit suspendue jusqu'à sa stabilisation médicale et à ce que l'assistance juridique lui soit octroyée. L'opinion du médecin-conseil de la VAUDOISE, sur laquelle cette dernière s'était fondée pour rendre la décision litigieuse, était basée sur le seul dossier, concentrée sur un seul feuillet et était ainsi inadéquate pour mettre un terme au paiement des indemnités journalières.

Dans la mesure où un traitement chirurgical était proposé, la VAUDOISE devait prendre en charge ses frais médicaux jusqu'à ce qu'il se décide sur cette intervention lourde. Il contestait en outre le calcul de son invalidité, relevant que son dossier ne contenait aucune information sur les formations scolaires et professionnelles qu'il avait suivies, ni aucun curriculum vitae, et que les deux diplômes cités par l'assurance étaient impropres à justifier le niveau de compétence 3. En tout état, son état de santé n'était pas stabilisé et le Dr F_____ avait indiqué que l'avis d'un expert externe était nécessaire pour juger de ses limitations.

dd. Dans un rapport de consultation du 19 mars 2020, le Dr F_____ a rapporté au médecin-conseil de la VAUDOISE que l'assuré se plaignait de douleurs de plus en plus invalidantes. Ce dernier souhaitait aller de l'avant pour une arthrodèse tibio-talienne qui permettrait d'améliorer sa symptomatologie douloureuse et lui permettrait d'avoir plus de confort par rapport à l'état actuel où les limitations étaient de plus en plus fréquentes et invalidantes. Le dernier bilan radiologique confirmait la présence d'une arthrose sévère.

ee. Par décision sur opposition du 26 mars 2021, la VAUDOISE a rejeté l'opposition et confirmé la décision querellée, sous réserve du revenu avec invalidité, désormais fondé sur le salaire obtenu par les hommes exerçant une activité de niveau de compétence 2 dans le secteur privé, toutes activités confondues (CHF 71'909.90). La perte de gain était néanmoins toujours nulle. L'assuré avait mal interprété la remarque du Dr F_____ contenue dans son rapport du 11 mars 2019 au sujet de la nécessité d'une expertise ; le médecin précité ne faisait qu'illustrer la limite autorisée dans le cadre d'un consilium, en comparaison aux questions qui sont traitées dans une expertise. Dans le cadre de son obligation d'instruction, l'assurance-accident n'était nullement tenue de mettre en œuvre une expertise chaque fois qu'elle devait se déterminer sur l'étendue du droit aux prestations. Les avis des Drs F_____ et G_____ concordaient sur la question de la capacité de travail qui était selon eux nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée. Ils considéraient également qu'une nouvelle intervention au niveau de la cheville gauche ne permettrait pas une reprise de l'activité d'agent de sécurité. En informant le 28 juin 2019 l'assuré de la fin des prestations d'indemnités journalières au 30 septembre 2019, la VAUDOISE lui avait accordé un délai suffisant au sens de la jurisprudence pour changer de profession.

- C.** **a.** Par acte du 11 mai 2021 sous la plume de son conseil, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à ce que l'intimée lui verse des indemnités journalières au-delà du 1^{er} octobre 2019, à ce qu'elle prenne en charge tous les frais de traitement liés à l'accident au-delà du 11 mars 2019 et à ce qu'elle instruisse son droit à une rente de l'assurance-accident et à un complément d'IPAI, et rende une

décision y relative. Il n'avait pas été vu par le médecin-conseil de l'intimée et le rapport du Dr F_____ du 11 mars 2019 ne permettait pas de retenir qu'il disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, vu l'emploi prudent du conditionnel par ce médecin. Au surplus, la question de la diminution de rendement n'avait pas été instruite convenablement.

À l'appui de son recours, le recourant a produit une IRM et une scintigraphie osseuses réalisées le 5 mai 2021, ainsi qu'une attestation du Dr H_____ du 6 mai 2021 indiquant que l'arthrose tibio-talienne marquée, congestive et invalidante, ainsi que l'équin du pied, associés à une réduction importante de la mobilité de l'articulation sous-talienne à l'examen clinique, par fibrose cicatricielle, conféraient à sa cheville et à son pied gauches une impotence fonctionnelle importante et douloureuse, avec réduction du temps et de l'effort de marche. Le handicap affectait le recourant dans sa vie ordinaire et professionnelle, de manière importante. Le traitement se poursuivait, d'abord de manière conservatrice pour réduire la douleur causée par l'inflammation de l'arthrose, par le biais d'une médication adéquate et de physiothérapie, nécessaires pour participer à la réduction de la douleur et pour améliorer encore la mobilité de l'articulation sous-talienne. Dans le futur, une intervention chirurgicale restait une option probable.

b. Par mémoire de réponse du 10 juin 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'état de santé du recourant était bien stabilisé dès le 11 mars 2019, dans la mesure où la poursuite de mesures thérapeutiques ne faisant que soulager des douleurs ne permettait pas, selon la jurisprudence, de considérer qu'une amélioration sensible de l'état de santé pouvait être attendue. Elle avait ainsi à juste titre accordé les indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2019, ce délai étant suffisant pour que le recourant s'adapte aux nouvelles circonstances et trouve un emploi adapté. Le recourant ne faisait par ailleurs pas valoir d'avis médical contredisant les conclusions du médecin-conseil et du Dr F_____ concernant sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c. Par réplique du 14 juillet 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit une attestation du Dr H_____ du 3 juillet 2021 notant les nouvelles mesures de mobilité de sa cheville et de son pied gauches, lesquelles permettaient de conclure à une considérable réduction de la pronation/supination et montraient un pied qui n'était plus plantigrade, ce qui ressortait déjà de son attestation du 6 mai 2021 et était à l'opposé de l'avis du Dr G_____. La situation n'était pas stabilisée, comme en témoignait la différence des mesures entre son dernier rapport et celui du Dr F_____ du 11 mars 2019. L'atteinte à l'intégrité était de 30% et la capacité de travail dans une activité adaptée de 50% actuellement, celle-ci pouvant être réduite avec le temps et les procédures thérapeutiques. Le recourant a en outre produit ses fiches de salaire de janvier 2021 à mai 2021 auprès de son nouvel employeur (une autre agence de sécurité), soulignant qu'il avait en moyenne travaillé 127 heures par mois ; ce poste était adapté à ses

limitations fonctionnelles et à son rendement, ainsi qu'à sa capacité de travail réduite.

d. Le 10 janvier 2022, le recourant a produit un rapport d'expertise du 4 janvier 2022 réalisé sur mandat de l'OAI par le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant le diagnostic d'arthrose tibio-talienne et tibio-fibulaire distale de la cheville gauche post-traumatique et indiquant que, sur le plan socio-économique, l'activité d'agent de sécurité devait se limiter à 50% au maximum ; vu l'âge du recourant et ses formations, les 50% restant devraient être versés sous forme d'une rente de l'assurance-invalidité. À moyen et long terme, le recourant devrait bénéficier soit d'une arthroplastie totale de la cheville, soit d'une arthrodèse de celle-ci.

e. Le 3 février 2022, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties et a procédé à l'audition du Dr H_____.

Le recourant a déclaré être employé à un taux fixe de 46% depuis janvier 2022 et effectuer des journées de travail de six heures, quatre jours par semaine, ce qui correspondait à 24 heures par semaine. Il s'agissait du maximum qu'il pouvait réaliser, sachant que dans son précédent poste d'auxiliaire pour la même société, il avait un taux moyen de 50%-60%. Son poste actuel était un poste assis de surveillance avec des écrans dans des magasins. Il ne devait pas se lever souvent, mais seulement lorsque cela était nécessaire, en cas de vols suspects, et demandait alors premièrement à un collègue de se déplacer, ne le faisant lui-même que si le collègue était occupé. Il n'avait pas subi de nouvelle opération à sa cheville gauche, la situation étant encore tenable et sachant qu'il ne voulait pas être plusieurs mois en arrêt de travail, ce qui, à son âge, ne lui permettrait certainement pas de retrouver un emploi. Selon ce que ses médecins lui avaient dit, une arthrodèse réduirait ses douleurs et améliorerait son confort, mais sa cheville serait moins mobile, avec une absence d'articulation latérale. Une telle opération n'améliorerait pas sa capacité de travail. Quant à la pose d'une prothèse, elle réduirait les douleurs mais entraînerait un risque de rejet. Il ne savait pas si une telle opération améliorerait sa capacité de travail.

Entendu en qualité de témoin, le Dr H_____ a déclaré que le recourant se trouvait, depuis une année, dans une phase stationnaire avec une impotence fonctionnelle importante de la cheville gauche post-traumatique et secondaire à l'accident de 2015. Ce « plateau stable » durait depuis deux-trois ans, soit depuis qu'il le suivait et pouvait subir une péjoration progressive avec le temps et à la faveur d'activités physiques professionnelles excessives. L'état du recourant était donc stable, ce qui signifiait aussi stationnaire, mais il pouvait y avoir une aggravation dans le futur. La capacité de travail du recourant dans sa profession d'agent de sécurité était nulle. Il pouvait travailler dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire, assise, sans déplacements fréquents, sans station debout prolongée et sans activité répétitive des membres inférieurs et du dos, d'abord à 50%, puis, après quelques mois si tout allait bien, à peu près à 80%. Il

n'avait pas les données médicales lui permettant de se déterminer plus précisément. Ni une arthrodeèse ni la pose d'une prothèse ne pourraient améliorer la capacité de travail du recourant, mais elles augmenteraient sa qualité de vie. Depuis 2019, le recourant avait une capacité de travail nulle en tant qu'agent de sécurité et le Dr H_____ ne pouvait pas répondre précisément s'agissant d'une activité adaptée. Le traitement de physiothérapie avait pour but de conserver la mobilité (amplitudes articulaires), de calmer les douleurs et de renforcer la musculature, ce qui contribuait à réduire les douleurs mécaniques. Sans physiothérapie, l'amplitude articulaire se réduisait, la musculature s'atrophiait, ce qui entraînait la perte de la stabilité et l'augmentation des douleurs. Le traitement n'était pas uniquement de maintien et de confort, et, dans le cas du recourant, à la suite de l'arrêt de la physiothérapie, il avait perdu en amplitude articulaire, puis en force musculaire, et les douleurs avaient par conséquent augmenté. En complément du diagnostic d'arthrose à la cheville gauche, le recourant souffrait d'une réduction au pied gauche de la pronation et de la supination, ce qui l'empêchait de marcher en terrain inégal, à cause d'une fibrose post-traumatique et post-chirurgicale. Ce problème avait été mis en évidence dès 2020 et 2021 et il y avait donc une discordance sur ce point avec le rapport du 11 mars 2019 du Dr F_____ qui n'était plus du tout d'actualité à cet égard. Le Dr H_____ ne pouvait dire précisément quand la situation s'était péjorée depuis ce rapport. Compte tenu de l'arthrose tibio-talienne et de l'enraidissement fibreux de la sous-talienne (ou sous-astragalienne) occasionnant la pronation et la supination, une IPAI de 30% se justifiait.

À l'occasion de l'audience précitée, le recourant a produit une attestation du Dr H_____ du 24 février 2021, dont le contenu est identique à celle du 6 mai 2021, hormis quant à sa conclusion, qui précise que l'atteinte à l'intégrité et l'invalidité méritent d'être reconsidérées à la hausse.

f. Le 24 février 2022, le recourant a produit un chargé de pièces complémentaires contenant son curriculum vitae, ses fiches de salaire de février 2021 à janvier 2022 et son dernier contrat de travail mentionnant un engagement pour une durée indéterminée en qualité d'agent de sécurité professionnel rémunéré au mois dès le 1^{er} janvier 2022, pour une durée hebdomadaire de travail (46%) comprise entre une heure et 50 heures, avec une moyenne durant l'année de 80 heures de travail par mois, soit 960 heures par année. Le recourant a par ailleurs sollicité l'audition du Dr I_____.

g. Le 1^{er} juin 2022, le recourant a transmis à la chambre de céans le complément d'expertise du Dr I_____ du 30 mars 2022 à l'attention de l'OAI, d'après lequel il maintenait ses précédentes conclusions et précisait que l'enraidissement de l'articulation tibio-astragalienne (talo-crurale) n'était que partiel et entraînait une limitation de la mobilité qui gênait pour le déroulement du pas et pour les activités de marche rapide, de course, dans les montées et les descentes.

h. Par écriture du 21 juillet 2022, l'intimée a transmis un rapport du Dr G _____ du 11 juillet 2022 se prononçant sur les dernières pièces médicales au dossier, et a persisté dans ses conclusions. L'évaluation du Dr H _____ concernant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'était pas constante et donc pas convaincante : dans son rapport du 3 juillet 2021, il mentionnait une capacité de travail de 50%, pouvant être réduite avec le temps et les procédures thérapeutiques, tandis qu'il avait évoqué, lors de son audition, une capacité de travail de 50%, puis de 80% après quelques mois si tout allait bien. Quant à l'évaluation du Dr I _____, il ne s'agissait pas d'une expertise au sens des assurances sociales. Ses rapports étaient très succincts, et ne faisaient que constater la situation médicale en décembre 2021. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas décrites et les seuls facteurs limitants mis en avant par ce médecin pour justifier une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, soit l'âge et la formation, n'étaient pas pertinents. Rien ne permettait donc de s'écarter des appréciations des Drs F _____ et G _____ concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, s'agissant de l'IPAI, à défaut de contestation du recourant sur ce point, la décision du 28 juin 2019 était entrée en force et ne pouvait plus être revue dans le cadre du recours, cette question concernant un rapport juridique distinct sans lien de connexité avec les autres points litigieux.

Le rapport annexé du Dr G _____ du 11 juillet 2022 relève que l'état de santé du recourant était stabilisé depuis mars 2019, en l'absence de traitement permettant une notable amélioration depuis lors, aucun nouvel élément ne permettant de revenir sur cette date. Aucun élément médical ne modifiait non plus les limitations fonctionnelles retenues, lesquelles avaient été rappelées par le Dr H _____ lors de son audition. La capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était donc bien totale et la réduction de 20% évoquée par le médecin précité lors de son audition n'était expliquée par aucun motif médical. Quant au Dr I _____, il ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles et faisait au surplus état d'éléments étrangers à l'invalidité, tels que l'âge et le niveau de formation du recourant. Le Dr G _____ maintenait par ailleurs le taux d'IPAI de 15% en raison de l'arthrose tibio-tarsienne dont la gravité serait moyenne à sévère d'ici plusieurs années.

i. Par écriture du 22 août 2022, le recourant a informé la chambre de céans de ce que l'OAI allait prochainement rendre une décision d'acceptation de rente. Il persistait par ailleurs à solliciter l'audition du Dr I _____, ce dernier ne s'étant pas spécifiquement prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

j. Le 3 mai 2023, le recourant a versé à la procédure la décision de l'office pour les assurés résidant à l'étranger du 12 octobre 2022 lui allouant une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2019 et la motivation y relative, faisant état d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le mois de février 2019.

Le statut du recourant étant mixte, actif à 87% et s'occupant pour le reste de ses travaux ménagers (13%), le degré total d'invalidité était de 58% (59.49% au terme de la comparaison des revenus pour la sphère professionnelle et empêchements de 50% pour les travaux habituels). À l'issue du délai d'attente d'une année, soit en novembre 2019, le droit à une demi-rente d'invalidité était ainsi reconnu.

k. Par ordonnance du 8 mai 2023, la chambre de céans a requis de l'OAI la production de son dossier.

Outre les rapports déjà versés au dossier, il en ressort notamment qu'en juin 2020 le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a estimé que l'état de santé du recourant n'était pas suffisamment stabilisé pour se prononcer sur sa capacité de travail dans une activité adaptée étant donné qu'une intervention chirurgicale était alors prévue en septembre 2020.

Par ailleurs, le 12 mars 2021, le Dr H_____ a adressé un rapport à l'OAI expliquant que les principales plaintes du recourant se traduisaient sous forme d'importantes douleurs mécaniques, au dérouillage matinal, à la marche et à tout effort supplémentaire (montée, descente, marche en terrain inégal) ainsi que sous forme d'une raideur de l'articulation tibio-tarsienne et sous-astragalienne. Ces deux handicaps étaient bien installés et définitifs et devaient évoluer négativement avec le temps. La capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était ainsi nulle, tout comme celle dans une activité adaptée.

Prenant connaissance de ce rapport, le SMR a estimé nécessaire la réalisation d'une expertise orthopédique, relevant que le Dr H_____ ne mettait pas en avant d'éléments expliquant l'impossibilité pour le recourant d'effectuer un travail sédentaire de bureau, comme cela était proposé en mars 2019 par le Dr F_____.

Après réception de l'expertise du Dr I_____ du 4 janvier 2022 et de son complément du 30 mars 2022, par avis du 6 avril 2022, le SMR a jugé que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de 50% dès le 1^{er} novembre 2018 en raison des limitations sous forme de douleurs de la cheville et de gonflements dus aux troubles dégénératifs avec conflit antérieur. Cette conclusion concernant le taux de capacité de travail dans une activité adaptée a été à nouveau confirmée par un autre médecin du SMR dans un avis du 16 juin 2022.

Concernant la détermination du degré d'invalidité pour la part active, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de CHF 61'854.60 (correspondant à un salaire mensuel de CHF 5'154.55 versé douze fois l'an) et un revenu avec invalidité de CHF 28'801.- correspondant au salaire issu de l'ESS (activité de niveau 1), après réévaluation des heures et adaptation au renchérissement, à 50%, et après abattement de 15% pour tenir compte de l'âge du recourant, de ses limitations fonctionnelles et du taux d'occupation réduit. La perte de gain s'établissait donc à 59.49%.

l. Par déterminations écrites du 8 juin 2023, l'intimée a relevé qu'aucun assureur n'avait la prééminence sur un autre dans l'estimation du taux d'invalidité et, qu'en l'espèce, l'instruction menée par l'OAI s'avérait extrêmement peu convaincante, les conclusions du Dr I_____ étant dénuées de toute valeur probante pour les motifs qu'elle avait déjà indiqués. De plus, la diminution de la capacité de gain du recourant telle que retenue par l'OAI était essentiellement due à son âge, alors que l'évaluation de l'invalidité dans l'assurance-accidents suivait des règles particulières pour les assurés âgés. Elle persistait ainsi dans ses conclusions préalables.

m. Le 13 juin 2023, le recourant a exposé que l'avis du Dr I_____ faisait autorité compte tenu de son expérience professionnelle et a relevé que le SMR avait lui-même considéré qu'il ne pouvait travailler à plus de 50% dans une activité adaptée, après réexamen de la totalité des pièces versées au dossier.

n. Le 15 juin 2023, la chambre de céans a informé les parties que sans nouvelles de leur part d'ici au 6 juillet 2023, la cause serait gardée à juger sur mesures d'instruction et au fond. Les parties n'ont pas réagi.

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 *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, elle est aussi compétente à raison du lieu pour juger du présent litige.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1^{er} 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 du recourant aux prestations d'assurance est par contre soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des 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.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable sous cet angle.

6.

6.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les références ; 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_87/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.3 et les références ; 8C_420/2008 du 31 mars 2009 consid. 1.3).

6.2 En l'espèce, si le recourant a certes conclu, dans son acte de recours du 11 mai 2021, à ce que l'intimée instruisse son droit à un complément d'IPAI, il sied de constater qu'il n'avait pas remis en cause la décision de l'intimée concernant l'IPAI à l'occasion de son opposition du 2 septembre 2019, dans le cadre de

laquelle il ne contestait que la fin du versement des indemnités journalières, la fin de la prise en charge des frais médicaux et les conclusions de l'intimée concernant la rente d'invalidité, sollicitant la suspension de l'instruction sur ce point, jusqu'à la stabilisation médicale de son état de santé.

À défaut de contestation de l'IPAI allouée, et compte tenu du fait que celle-ci concerne un rapport juridique distinct des autres points litigieux, la décision du 28 juin 2019 est entrée en force à cet égard et la chambre de céans n'est pas habilitée à statuer sur cette question, en l'absence de rechute ou de séquelles tardives alléguées qui seraient survenues après la décision précitée. La problématique de l'IPAI n'a pas non plus – à juste titre – été traitée par la décision sur opposition. Le recours s'avère ainsi irrecevable sur ce point.

7. Le litige porte par conséquent sur la prise en charge, par l'intimée, des frais de traitement au-delà du 11 mars 2019, sur le droit du recourant à des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2019 et sur le droit à une rente d'invalidité.

8.

8.1 En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18ss LAA) et l'IPAI (art. 24ss LAA).

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

Selon 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).

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

À teneur de l'art. 19 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 (art. 19 al. 1 LAA).

8.2 Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite de traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée, une simple amélioration des douleurs, un soulagement ponctuel ou une amélioration du bien-être n'étant pas suffisants (arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 ; 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 ; 8C_306/2016 du 22 septembre 2016 consid. 5.3 et les références). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

8.3 La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. 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 (art. 6, 1^o phrase, LPGA). 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, 2^o phrase, LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier ; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2

et les références ; 114 V 281 consid. 5b et les références). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle. Toutefois, cette jurisprudence, développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6, 2^e phrase, LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable), ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA. Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies (art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA), l'assureur-accidents n'est pas tenu d'impartir à l'assuré un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et la rente fixée est versée à la date où a pris fin le droit à l'indemnité journalière (qui correspond également à celle de la fin du droit à la prise en charge du traitement médical selon l'art. 10 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit à ces deux prestations – qui sont temporaires – et le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références).

Ces principes sont également applicables lorsque le droit à la rente d'invalidité est nié. En effet, la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à une rente d'invalidité, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 4.2 ; 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3).

8.4 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA).

Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, soit lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales

amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). Les cas de figure listés à cet article sont exhaustifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 5.2.2 et la référence).

S'agissant de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il n'est pas exigé de la personne assurée, partiellement invalide, qu'elle fasse effectivement usage de sa capacité résiduelle de gain et l'interprétation de cette disposition s'oppose à ce que le droit au traitement médical octroyé sur la base de cette norme puisse être supprimé au seul motif que l'assuré, partiellement invalide, a atteint l'âge ordinaire de la retraite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5 et la référence, destiné à la publication).

Selon la jurisprudence, l'art. 21 al. 1 let. d LAA s'applique uniquement aux bénéficiaires d'une rente d'invalidité qui présentent une incapacité totale de travail, et ce indépendamment de leur âge (ATF 124 V 52 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 3.1 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5, destiné à la publication).

Les prestations pour soins et remboursement de frais au sens de l'art. 21 al. 1 LAA sont des prestations durables, dont l'octroi ne peut pas être limité à quelques mois (ATF 144 V 418). Si la continuation du traitement médical n'est plus susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et si les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, il appartient à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge les frais de traitement (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3 et la référence).

9.

9.1 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. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

9.2 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

9.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 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. Étant 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

9.5 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

- 10.** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été

prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11.

11.1 En l'espèce, au vu des conclusions formulées par le recourant, il se justifie d'examiner en premier lieu si l'intimée était fondée à considérer que son état de santé était stabilisé et à mettre fin à la prise en charge des frais médicaux (au sens de l'art. 10 al. 1 LAA) avec effet au 11 mars 2019 et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2019, s'agissant de prestations temporaires de l'assurance-accident (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

11.2 Il sied tout d'abord de constater que le Dr F_____, dans son rapport du 11 mars 2019, n'a pas directement répondu à la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement de la date de celle-ci. À la question de l'intimée visant à savoir quels traitements le recourant devait suivre dans le futur afin d'améliorer les suites de la fracture, il a en effet répondu que le traitement conservateur (prise d'antalgiques) pouvait être poursuivi, avec le risque toutefois que les douleurs persistent, et a également envisagé une prise en charge chirurgicale (prothèse ou arthrolyse tibio-talienne), sans se prononcer sur les effets de ces opérations. Dans son rapport ultérieur de consultation du 19 mars 2020, il a par ailleurs relevé que la prise en charge chirurgicale par voie d'arthrolyse, option vers laquelle le recourant se dirigeait alors, améliorerait sa symptomatologie douloureuse et son confort.

De son côté, le médecin-conseil de l'intimée a retenu, dans son rapport du 26 mars 2019, que les interventions chirurgicales pouvaient apporter une amélioration de la symptomatologie, mais ne permettraient pas la reprise du travail dans l'ancienne activité.

Quant au Dr H_____, s'il a mentionné, dans son rapport du 3 juillet 2021, que la situation médicale du recourant n'était pas stabilisée, il a justifié son point de vue par le fait que les mesures du pied blessé étaient, en 2021, différentes de celles relevées par le Dr F_____ en 2019. En outre, lors de son audition par la chambre

de céans au mois de février 2022, ce médecin a parlé d'une phase stationnaire depuis une année, respectivement d'un « plateau stable » qui durait depuis deux-trois ans, soit depuis qu'il suivait le recourant. Il a plus loin précisé que l'état du recourant était stable, ce qui signifiait aussi stationnaire, mais qu'une aggravation était possible dans le futur. S'agissant de l'effet envisagé de l'éventuelle intervention chirurgicale, le Dr H_____ a déclaré que ni l'arthrodèse ni la prothèse ne pourraient améliorer la capacité de travail du recourant ; ces opérations amélioreraient sa qualité de vie et réduiraient ses douleurs pour la vie de tous les jours, mais pas pour l'exercice d'une activité professionnelle.

11.3 Au vu des éléments qui précèdent, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA dès le 11 mars 2019.

Concernant tout d'abord le traitement antalgique et par physiothérapie, malgré l'opposition du Dr H_____ à la fin de la prise en charge de celui-ci et la réponse équivoque du médecin-conseil à cet égard (cf. sa lettre du 18 juin 2019), il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de traitements conservateurs qui, selon la jurisprudence (cf. consid. 8.2 *supra*) et sauf contre-indication médicale expresse, ne sont pas aptes à améliorer sensiblement l'état de santé d'un assuré. De tels traitements, s'ils peuvent avoir un effet bénéfique sur les douleurs, ne sont en effet pas de nature à améliorer ou rétablir la capacité de travail de l'assuré. Les déclarations du Dr H_____ à cet égard ne permettent pas d'infirmier ce qui précède, dans la mesure où il a confirmé que le but de la physiothérapie était de conserver la mobilité de la cheville et renforcer la musculature, afin de contribuer à réduire les douleurs mécaniques du recourant (cf. audition par la chambre de céans le 3 février 2022 et rapport du 6 mai 2021).

S'agissant en second lieu de l'opération chirurgicale envisagée – que le recourant ne semble toujours pas avoir réalisée à l'heure actuelle – tant le Dr H_____ que le médecin-conseil se rejoignent sur le fait que celle-ci aurait uniquement pour effet d'améliorer la symptomatologie, sans apporter d'amélioration de la capacité de travail. Le Dr F_____ a lui aussi uniquement évoqué une réduction des douleurs et un gain de confort.

Enfin, le fait que le SMR ait estimé, dans son avis de juin 2020, que le cas n'était pas stabilisé compte tenu de l'opération prochaine alors entrevue, ne permet pas de remettre en cause ce qui précède, tant il est vrai que la stabilisation du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA obéit à une réglementation et à une logique propres et que, dans cet avis, les médecins de l'OAI n'ont nullement fait état d'éléments médicaux parlant pour une amélioration de l'état de santé du recourant à la suite de l'opération.

11.4 Par conséquent, au vu du pronostic d'une (éventuelle) future intervention chirurgicale, dont le résultat ne permettra pas d'améliorer la capacité de travail du recourant, l'intimée pouvait à juste titre conclure que le cas était stabilisé et

procéder à la clôture des prestations temporaires, les droits du recourant en cas de rechute ou de séquelles tardives demeurant par ailleurs expressément réservés.

C'est ainsi à bon droit qu'elle a mis fin au remboursement du traitement médical, au sens de l'art. 10 al. 1 LAA, avec effet au 11 mars 2019, ainsi qu'au versement des indemnités journalières, qui ont par ailleurs été versées jusqu'au 30 septembre 2019.

- 12.** Est de plus litigieuse la question de la rente d'invalidité, le recourant ayant conclu à ce que l'intimée instruisse ce point et rende une nouvelle décision y afférente, afin de tenir compte de la diminution de son rendement dans une activité adaptée.

12.1 À titre liminaire, il sera rappelé qu'il est admis que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'agent de sécurité.

La décision du 28 juin 2019 et la décision sur opposition querellée retiennent que les avis du Dr G_____ et du Dr F_____ concordent entièrement en ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui serait entière dans une activité légère et sédentaire.

Cette appréciation nécessite d'évaluer en premier lieu le rapport du Dr F_____ du 11 mars 2019, ce rapport étant le seul dans lequel le médecin précité a abordé la question litigieuse, et le médecin-conseil s'y référant directement pour fonder son évaluation.

12.2 À la forme, la chambre de céans constate que le rapport du 11 mars 2019 du Dr F_____, par ailleurs ancien médecin orthopédiste traitant de l'assuré, n'est pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGa, applicable dans sa version en vigueur lors de la désignation de ce médecin (« Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions »), ce que ne soutient du reste pas l'intimée, puisqu'elle relève – à juste titre – que l'assureur-accidents n'a pas l'obligation de mandater pour chaque cas d'assurance un expert.

Cela ne signifie toutefois pas que ce rapport ne revête pas de force probante. Il s'agit d'examiner si ses conclusions sont claires, dûment motivées et fondées sur un dossier et des examens complets.

12.3 S'agissant de la question déterminante de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le Dr F_____ s'est exprimé en ces termes : « [...] Dans ce sens, je ne vois pas de possibilité de reprendre une activité professionnelle comme celle actuelle du patient et propose de se diriger vers une reconversion professionnelle dans un domaine plus sédentaire avec une activité de bureau. Impossibilité de station debout, limitation et port de charges ne demandant pas de capacité physique autre qu'un travail de bureau. Le taux de cette activité dépendra bien entendu des douleurs présentées par le patient [...]. Une autre activité professionnelle peut être exigible à condition qu'elle soit adaptée à son état de

santé et le taux pourrait être de 100% si celle-ci tient compte de ses limitations. Cependant, ce genre de question nécessite l'avis d'une expertise externe au dossier pour être complète ».

Au vu des réponses précitées, la chambre de céans constate en premier lieu que le Dr F_____ ne s'est pas exprimé de manière claire en faveur d'une activité adaptée réalisable à 100%. Dans un premier élément de réponse, il a en effet indiqué que le taux d'une telle activité dépendrait des douleurs du recourant – et ne l'a donc pas quantifié – et, dans le second élément de réponse, a exprimé un doute sur le taux d'exigibilité de 100% qu'il venait de mentionner en relevant qu'une telle appréciation nécessitait l'avis d'un expert. En second lieu, lorsqu'il a rédigé son rapport du 11 mars 2019, le Dr F_____ ne disposait pas de l'ensemble du dossier du recourant, et en particulier pas des prises de position du Dr H_____ ou du Dr G_____. Contrairement à ce que soutient l'intimée, le rapport du 11 mars 2019 est donc insuffisant pour retenir une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

S'agissant du médecin-conseil, s'exprimant sur pièces et sans avoir examiné le recourant, il a conclu à une pleine capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2019, en se référant au rapport du Dr F_____ du 11 mars 2019 qui, comme vu précédemment, n'établissait pas clairement ce taux. Au vu des exigences sévères qui sont posées quant aux avis des médecins d'assurances lorsqu'un cas est réglé sans avoir recours à une expertise (cf. consid. 9.4 *supra*), le point de vue du Dr G_____ ne peut donc être suivi en cas de doute quant à ses conclusions, doute qui existe ici.

Par ailleurs, le Dr H_____, médecin-traitant du recourant, a pour sa part retenu des taux variables d'exigibilité dans une activité adaptée, dont on ne peut non plus tirer de conclusion fiable (capacité de travail entre 50% et 100% et évocation d'une diminution de rendement au vu de la nécessité de se lever et dérouler les jambes dix minutes par heure dans son rapport du 5 février 2019, capacité de travail de 0% dans le rapport du 12 mars 2021, de 50% pouvant être réduite avec le temps dans celui du 3 juillet 2021, et de 50%, puis de 80% après quelques mois si tout se déroulait correctement, lors de son audition).

Finalement, le SMR, dans deux avis rendus par des médecins différents fondés sur l'expertise confiée au Dr I_____, a retenu une capacité de travail du recourant de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2018, et une demi-rente de l'assurance-invalidité lui a été accordée. Il n'empêche que les critiques formulées par l'intimée à l'encontre de cette conclusion ne sont pas dépourvues de fondement et le recourant lui-même reconnaît que le Dr I_____ ne s'est pas prononcé spécifiquement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée (cf. déterminations du 22 août 2022). La chambre de céans ne peut donc, en l'état, confirmer un tel taux de capacité de travail dans une activité adaptée, étant par ailleurs rappelé que les décisions de l'assurance-invalidité n'ont pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2).

12.4 En conclusion, aucun élément médical au dossier ne permet en l'espèce de statuer, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références), sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu de la diversité des réponses apportées à cette question et de leurs motivations insuffisantes. La problématique de l'éventuelle diminution de rendement n'a pas non plus été investiguée suffisamment par les différents intervenants.

Ainsi, il est nécessaire de mettre en œuvre à tout le moins une expertise orthopédique, les aspects médicaux du cas devant être clarifiés. Dans la mesure où aucune expertise n'a en l'espèce été ordonnée par l'intimée et où l'instruction du cas par celle-ci s'avère insuffisante, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle diligente une telle expertise et mandate, si possible, un spécialiste du pied et de la cheville, dans le respect des exigences de l'art. 44 LPGA.

Le renvoi précité permettra en outre à l'expert de se prononcer sur une éventuelle évolution de l'état de santé du recourant depuis la décision du 28 juin 2019, sachant que le Dr H_____ a relevé qu'en complément du diagnostic d'arthrose à la cheville gauche le recourant souffrait d'une réduction de la pronation et de la supination au pied gauche en raison d'une fibrose post-traumatique, depuis 2020 à tout le moins, soit avant le prononcé de la décision querellée, étant rappelé que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1). Il s'agira donc, pour l'expert, de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic, cas échéant d'examiner s'il se trouve en lien de causalité avec l'accident du 27 avril 2015, s'il entraîne des nouvelles limitations fonctionnelles et quel est son éventuel impact sur la capacité de travail du recourant, ainsi que d'examiner, en outre, s'il engendre une atteinte à l'intégrité différente de celle de l'arthrose de l'articulation tibio-astragaliennne. Si l'expert venait à retenir une rechute ou des séquelles tardives, il ne serait en effet pas exclu, cas échéant, de compléter l'IPAI déjà accordée.

Ce qui précède ne remet néanmoins pas en cause la conclusion concernant la stabilisation médicale du cas, dans la mesure où le Dr H_____ n'a à aucun moment évoqué qu'un traitement médical permettrait de remédier à la fibrose post-traumatique de façon à améliorer la capacité de travail du recourant et que ce dernier ne l'allègue pas.

Reste réservée l'éventuelle application de l'art. 21 LAA.

- 13.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 26 mars 2021 sera annulée en ce qui concerne le refus de rente d'invalidité. La cause sera renvoyée à l'intimée à ce propos afin qu'elle instruisse le cas en mettant en œuvre une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA et toutes autres mesures d'instruction utiles.

Au surplus, la décision entreprise sera confirmée en ce qu'elle a mis fin au remboursement des frais de traitement médical et au versement des indemnités journalières.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable en tant qu'il porte sur la fin du droit au remboursement des frais de traitement médical, sur la fin du versement des indemnités journalières et sur le droit à une rente d'invalidité.
2. Le déclare irrecevable pour le surplus.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Annule la décision de l'intimée du 26 mars 2021 concernant le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision à ce propos.
6. Confirme pour le surplus la décision du 26 mars 2021.
7. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Diana ZIERI

Blaise PAGAN

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