

# **GE\_GERICHTE ATAS/1012/2021 vom 29. September 2021**

GE Cour de justice, 2021-09-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1012\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2021 du 29 septembre 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1012/2021 del 29 settembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 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 1er 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.

### **E. 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.

### **E. 3**

Le 1er 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 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.

### **E. 4**

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, le recours est recevable.

### **E. 5**

Est litigieuse en l'occurrence, la question de savoir si le recourant a subi une rechute et à quelle date son état de santé s'est le cas échéant stabilisé suite à cette rechute. Il sied également d'examiner s'il y a lieu de réviser le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui a été fixé précédemment à 8,75%.

### **E. 6**

a. Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité

physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). Conformément à 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 cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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). L'art. 19 LAA dispose que 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 (al. 1).

A/395/2021 - 9/16 - 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). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). b. En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA (lequel porte sur le « traitement médical après la fixation de la rente »). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

## **E. 7**

a. 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

A/395/2021 - 10/16 - prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

## **E. 8**

d. 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).

A/395/2021 - 11/16 - 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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). e. 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).

#### **E. 9**

Le recourant met en partie en doute la valeur probante des expertises et des rapports du Dr H\_\_\_\_\_. a. En premier lieu, le recourant conteste l'impartialité du Dr H\_\_\_\_\_. Il voit en particulier un indice pour une impartialité dans le fait que ce médecin a reconnu dans un premier temps et sur la base de la radiographie du pied d'octobre 2018, qu'il avait subi une rechute de son accident, et que ce médecin l'a nié par la suite, alors même que la radiologue et le Dr G\_\_\_\_\_ avaient admis une péjoration de l'arthrose de l'articulation métatarsophalangienne et qu'aucun nouvel examen n'avait été sollicité. La chambre de céans ne voit aucun indice de partialité du médecin d'arrondissement dans ce revirement. Cela montre au contraire que celui-ci n'avait au départ aucun a priori contre le recourant. Une appréciation qui ne va pas dans le sens du recourant ne peut pas non plus être qualifiée de partielle de ce seul fait. Au demeurant, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas nié une péjoration de l'arthrose de l'articulation métatarsophalangienne, mais uniquement le lien de causalité avec l'accident. Cela a été ensuite confirmé par les experts qui ont expressément considéré que cette atteinte n'était pas en rapport avec l'accident. b. Sur le plan formel, il convient par ailleurs d'accorder aux rapports du médecin de l'intimée et des experts une pleine valeur probante, sous les réserves exposées dans ce qui suit. En effet, ces rapports prennent en considération les plaintes du recourant, ont été établis en pleine connaissance du dossier, reposent sur un examen clinique complet et comportent des conclusions a priori convaincantes. Leurs

A/395/2021 - 12/16 - conclusions sont également concordantes, sauf en ce qui concerne le SDRC. Toutefois, il s'agit d'un diagnostic qui a été écarté essentiellement en raison d'une appréciation juridique et non médicale.

#### **E. 10**

En l'occurrence, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente de 39% dès le 1er janvier 2015 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8,75%, par arrêt du 23 août 2016 de la chambre de céans, confirmé par le Tribunal fédéral. Celui-ci a jugé qu'il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de SDRC ou de probable algodystrophie. En l'absence d'explication somatique à l'ampleur de la symptomatologie algique, il n'y avait pas non plus de lien de causalité adéquate entre l'accident et cette symptomatologie, selon les critères jurisprudentiels élaborés pour les troubles psychiques consécutifs à un accident, appliqués par analogie. Or, les experts K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ émettent uniquement le diagnostic d'algodystrophie en rapport avec l'accident. En effet, l'expert rhumatologue nie expressément un lien de causalité entre cet événement et l'arthrose métatarsophalangienne de l'hallux, en expliquant que le processus évolutif d'une telle lésion dégénérative est très lent et progressif. Le Dr I\_\_\_\_\_ n'a pas d'explication à la persistance des douleurs,

l'ENMG étant normale avec des amplitudes inchangées par rapport aux années précédentes. Il admet toutefois que, dans les traumatismes complexes par écrasement, il est souvent difficile de bien comprendre le mécanisme de persistance des douleurs, dès lors qu'il est impossible d'évaluer la fonction des tout petits nerfs, notamment de ceux qui innervent les articulations des os du tarse et métatarse. Quant au Dr J\_\_\_\_\_, il écarte une origine vasculaire des signes vasomoteurs. Le médecin traitant, le Dr G\_\_\_\_\_, ne donne pas non plus une explication pour les douleurs. Quant aux experts, même s'ils estiment que le SDRC est en rapport de causalité naturelle avec l'accident, ils ne parviennent pas à démontrer que ce syndrome repose sur des lésions structurelles traumatiques documentées par l'imagerie. Quoi qu'il en soit, à moins d'une révision de l'arrêt du Tribunal fédéral sur la base d'un fait ou moyen de preuve nouveau, une rechute pour ce motif ne peut être admise, dès lors que notre Haute Cour l'a écarté.

#### **E. 11**

Il est vrai que l'état de santé du recourant constaté par les experts paraît à première vue objectivement aggravé à l'examen clinique. Lors de son examen du 16 janvier 2019, le Dr H\_\_\_\_\_ relève que l'examen clinique est rigoureusement superposable à tous ceux effectués auparavant, de sorte qu'une rechute véritable n'est pas réalisée, en particulier en rapport avec l'hallux valgus qui n'est pas dans un rapport de causalité avec l'accident. À l'examen, le recourant marche en appui externe du pied gauche. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est difficile. Il y a des douleurs diffuses sur le dessus du pied et le talon. Le médecin d'arrondissement ne constate pas d'amyotrophie des membres inférieurs ni d'œdème ni rougeur ni modification de la chaleur nette. Mais la mobilité de la cheville est réduite (à droite à 50-0-15° et à gauche 35-0°).

A/395/2021 - 13/16 - L'assuré a cependant toujours décrit les mêmes douleurs et les limitations fonctionnelles restent identiques. Il n'y a ainsi pas une aggravation objective en lien avec l'accident, selon la vraisemblance prépondérante, et le travail à 50% que l'employeur a aménagé est exigible sans diminution de rendement, avec une adaptation par chaussures orthopédiques une fois par an. Or, l'expert rhumatologue met notamment en évidence, à l'examen clinique, un pied gauche globalement augmenté de volume avec une coloration plus foncée que le pied droit, une mobilisation du pied diminuée et des anesthésies des 2ème et 3ème orteils. L'algodystrophie est ainsi accompagnée de signes vasomoteurs intéressant les paresthésies, les gonflements, l'augmentation du volume global et les changements de couleur du pied gauche, selon l'expert. Il y a aussi une diminution de la force musculaire des releveurs et des abaisseurs du pied. Il résulte donc de l'examen clinique de l'expert rhumatologue une aggravation objective par rapport aux examens effectués précédemment, dans la mesure où il relève une augmentation du volume du pied gauche et des paresthésies. Toutefois, le recourant a déjà précédemment mentionné que son pied gonflait après un effort et en fin de journée (cf. rapport de la CRR du 2 juin 2014, p. 3; rapport d'examen de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 4 novembre 2015 p. 5). Même si cela n'avait pas été constaté précédemment in visu par les médecins, il ne s'agit donc pas d'un phénomène nouveau. Quant aux paresthésies, elles sont certes gênantes, mais n'engendrent pas de nouvelles limitations fonctionnelles. En effet, le recourant a déclaré au Dr J\_\_\_\_\_ que les fourmillements disparaissaient au changement de positions. Les limitations fonctionnelles retenues par les experts sont au demeurant semblables à celles que les médecins ont mentionnées auparavant. Ainsi, dans son rapport 9 janvier 2015, la Dresse D\_\_\_\_\_ retient les limitations fonctionnelles pour la marche en terrain accidenté, la montée et la descente

d'échelles, les positions statiques et debout prolongées et la marche prolongée. Les experts font état des limitations suivantes: pas d'effort de soulèvement, absence de marche au-delà de dix minutes, de piétinements, de montée et descente d'escaliers, de travail en hauteur et de positions à genoux et accroupie, ainsi que la nécessité de changer régulièrement les positions assise et debout au moins trois fois par heure. Certes, ils mentionnent de nouvelles limitations pour le soulèvement de charges, le travail en hauteur, les positions à genoux et accroupie. Les raisons de ces nouvelles restrictions ne sont pas étayées et ne paraissent à priori pas toutes convaincantes, notamment pour le travail en hauteur. Quoi qu'il en soit, le travail du recourant est en principe également adapté à ces restrictions et celui-ci n'allègue pas dans son recours que tel ne serait pas le cas. En outre, un travail en position assise permettant l'alternance des positions n'implique en général pas le soulèvement de charges importantes, le travail en hauteur et en position à genoux ou accroupie. Ainsi, ces nouvelles restrictions sont sans incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée et n'ont en tout état de cause pas motivé les arrêts de travail du recourant en 2018.

A/395/2021 - 14/16 -

### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, il s'avère que la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant suite aux rechutes annoncées est sans objet. En effet, une aggravation du SDRC ne peut être prise en considération, notre Haute Cour ayant jugé qu'il n'était pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident.

### **E. 13**

Le recourant demande enfin une révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. a. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînant « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98). Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306). b. En l'occurrence, l'expert rhumatologue mentionne une aggravation de l'état de santé consistant dans des troubles statiques du pied pouvant entraîner des douleurs lombaires et au niveau du genou gauche par hyperpression externe. Cependant, ces troubles statiques ne sont pas nouveaux et existent depuis l'accident, dans la mesure où le recourant souffre depuis lors de séquelles des lésions traumatiques au pied, ce qui a justifié l'octroi d'une rente de 39% de la part de l'intimée et une demi-rente de l'assurance-invalidité. De ce fait, il marche avec un appui latéral externe du pied, comme déjà relevé précédemment (cf. rapport du 4 novembre

2015 de la Dresse D \_\_\_\_\_, p. 5). Les troubles statiques du pied ne constituent ainsi pas une nouvelle atteinte. Il ne peut pas non plus être considéré que les éventuelles douleurs lombaires et au niveau du genou gauche n'étaient pas prévisibles au moment de la fixation initiale de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, il est dans le cours normal des choses qu'une démarche déséquilibrée peut entraîner des douleurs à d'autres niveaux du corps, notamment au dos et au genou ou dans le membre qui est plus sollicité du fait de la décharge de celui qui est lésé.

A/395/2021 - 15/16 - Au demeurant, le recourant ne s'est jamais plaint de douleurs au dos et au genou. Certes, l'expert rhumatologue constate une rotule légèrement douloureuse du genou gauche, ainsi que des douleurs au niveau de l'interligne externe et du compartiment externe lors de la mise en valgus. Ces douleurs ne peuvent cependant pas être qualifiées d'aggravation importante. Aucun diagnostic en rapport avec le genou gauche n'est par ailleurs retenu. Cela étant, il paraît convaincant que l'appréciation de l'expert rhumatologue concernant une aggravation consistant dans des troubles statiques du pied gauche pouvant provoquer des douleurs lombaires et au niveau du genou, n'ait pas été retenue dans l'appréciation consensuelle. Partant, les conditions ne sont pas réalisées pour une révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. c. Enfin, rien n'indique in casu que la survenance de douleurs au dos et au genou gauche est vraisemblable et leur importance quantifiable. En effet, l'experte orthopédiste a uniquement indiqué "troubles statiques du pied pouvant entraîner des douleurs...". Cela revient à dire que cela n'est pas impossible. Or, cela est insuffisant pour admettre une aggravation consistant dans des douleurs du dos et du genou gauche, au degré de la vraisemblance prépondérante. Quant à la mention de cet expert "Pourcentage de l'évaluation d'invalidité : 25 à 30%", elle est incompréhensible. Est-ce que l'expert se réfère au taux d'invalidité ou au pourcentage de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, auquel se rapporte la question de l'intimée ? En admettant cette dernière hypothèse, il conviendrait de constater que cette estimation n'est pas étayée, si bien qu'elle serait dépourvue de valeur probante. Elle ne serait pas non convaincante. En effet, selon la table 4 de l'intimée concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de la perte d'un ou de plusieurs segments des membres inférieurs, la perte d'un pied entier vaut 30%, une amputation à l'articulation de Lisfranc (moitié de l'avant-pied) 15%, une amputation selon Pirogoff (amputation de tout l'avant-pied) 25% et à l'articulation de Chopart (3/4 de l'avant-pied) 20%. Or, en l'occurrence, le recourant n'a pas perdu son pied et peut encore marcher, de sorte qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité du pied gauche de 25 à 30% serait manifestement trop élevée.

#### **E. 14**

Enfin, dans la mesure où le dossier médical est complet pour apprécier les questions litigieuses, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mesures d'instruction complémentaires du recourant.

#### **E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

#### **E. 16**

La procédure est gratuite.

A/395/2021 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.