

## **GE\_GERICHTE ATAS/1191/2019 vom 20. Dezember 2019**

GE Cour de justice, 2019-12-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1191\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1191_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1191/2019 du 20 décembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1191/2019 del 20 dicembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 11**

L'assuré a par la suite été opéré par le Dr I\_\_\_\_\_, le 28 janvier 2016 (ostéotomie de raccourcissement des deuxième et troisième rayons, ostéotomie DMMO du 4e rayon, libération des articulations métatarso-phalangiennes, plastie d'allongement

A/429/2018 - 4/35 - de la chaîne postérieure par ténotomie et fenestration de l'aponévrose postérieure du soléaire).

#### **E. 12**

Au mois de juin 2016, le patient a consulté le docteur L\_\_\_\_\_ du département de chirurgie orthopédique, traumatologie et médecine sportive de l'hôpital de Dexeus à Barcelone: ce médecin considérait en substance que les séquelles de l'accident d'août 2014 étaient définitives, qu'elles étaient en relation avec la pathologie initiale et qu'il n'existait aucun type de chirurgie à disposition. Il estimait qu'une incapacité de 10 % (par l'OAI) était insuffisante et il doutait que le patient puisse reprendre le travail dans la situation actuelle.

#### **E. 13**

L'assuré a à nouveau été hospitalisé à la CRR du 27 juillet au 30 août 2016 (rapport du 9 septembre 2016 et annexes). Le rapport de séjour évoque comme diagnostic principal les thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et les limitations fonctionnelles au niveau du pied droit, et comme diagnostics supplémentaires un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive [F43.22) (un traitement de Mirtazapine a été introduit pendant le séjour, augmenté progressivement avec bon effet clinique sur le sommeil et le moral). Le patient a également bénéficié d'un suivi individuel et d'un suivi avec le psychologue pour travailler sur les croyances. Le patient se disait satisfait du séjour, mais restait très centré sur les douleurs du pied au cours des séances (rapport du psychiatre). Il a été proposé au patient de poursuivre le suivi psychologique en ambulatoire à sa sortie. Il était relevé notamment que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui présente une kinésiophobie et une autolimitation avec une sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles dans un contexte socioprofessionnel difficile, ne parlant pas le français, étant éloigné du monde du travail depuis août 2014 et n'ayant pas de formation reconnue en Suisse. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne chez un patient très centré sur les douleurs. Aucune incohérence n'a été relevée, mais la perception du handicap semble cependant aller au-delà des constatations objectives. Les limitations fonctionnelles (LF) provisoires suivantes étaient retenues: port de charges lourdes, marche prolongée, marche sur terrain irrégulier, monter et descendre les escaliers ou les échelles, position contraignante pour le pied (accroupie). Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs

non médicaux évoqués ci-dessus; le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les LF était défavorable en raison des facteurs non médicaux.

#### **E. 14**

L'examen final a eu lieu le 30 janvier 2017 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr K\_\_\_\_\_, qui constatait que l'état actuel ne pouvait être considéré comme suffisamment stabilisé pour permettre un bilan assécurologique du cas. Il était néanmoins attendu pour cet assuré un retour dans les meilleurs délais à une reprise de l'activité professionnelle adaptée. Compte tenu des séquelles de l'accident et des interventions réalisées, son ancien travail de monteur en échafaudages n'était

A/429/2018 - 5/35 - plus exigible. Pour son devenir, étaient donc déconseillées les activités avec marche sur de longues distances sur terrain plat, les activités en terrain instable ainsi que le port de charges supérieures à 15 kg, les travaux accroupis ou à genoux ainsi que l'utilisation d'échelles et d'escaliers. Il était plutôt proposé une activité respectant ces restrictions, avec une alternance des positions assise et debout avec en plus des déplacements sur de courtes distances. En respectant ces limitations, une activité complète était attendue dans le courant de l'année 2017. Une stabilisation du cas était prévisible dans les 6 mois à venir. Il serait souhaitable de faire parvenir ce rapport au service médical de l'OAI pour savoir dans quelle mesure cette institution pouvait agir. Il était envisagé de refaire le point de la situation en avril-mai 2017. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) était aussi prévisible, à confirmer selon évolution.

#### **E. 15**

Le 18 avril 2017 l'assuré a été reçu par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, du pied et de la cheville. Ce médecin constate que les suites de l'opération à un an étaient difficiles avec persistance d'importantes douleurs sur la partie avant du pied ainsi qu'au niveau du mollet et du genou. L'assuré marchait à l'aide d'une canne et se plaignait de douleurs quotidiennes. Radiologiquement il y avait une bonne consolidation de l'ostéotomie effectuée sur le 2e et le 3e métatarsien: le médecin avait beaucoup de peine à expliquer les douleurs importantes présentées par le patient. Il n'avait rien de plus à proposer au patient toujours suivi par le Dr I\_\_\_\_\_.

#### **E. 16**

Le 11 mai 2017 l'assuré a été examiné par la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. En substance, cette dernière considère comme probable que ce patient ayant eu un gros traumatisme (chute de 2 m de haut d'une plaque en acier de 200 kg sur le pied droit) a non seulement développé une fracture métatarsienne puis des métatarsalgies pour lesquelles il a été opéré avec succès d'un point de vue osseux, par le Dr I\_\_\_\_\_, mais également probablement souffert lors de l'écrasement de son pied, de lésions des tissus mous puis d'une algoneurodystrophie ou complexe régional (CRP), syndrome pouvant expliquer les douleurs encore présentes, permanentes même la nuit, et finalement les rétractions articulaires. Il était tout de même étrange que trois ans après il présente des douleurs qui dépassent le cadre du territoire traumatisé au point de nécessiter des traitements antalgiques majeurs. Elle ajoutait tout de même qu'en raison de l'importance de douleurs de type neurologique (décharges électriques) dans le mollet et la cheville externe, il était conseillé au médecin traitant de demander un examen neurologique pour exclure une pathologie du nerf sural au niveau de l'allongement de la chaîne postérieure au mollet (possible section du nerf sural lors de la chirurgie - 5 % selon la littérature). Elle conseillait

au patient de porter des formes sur mesure adaptées avec correction du varus de l'arrière-pied. En fonction des résultats de l'examen neurologique, la CNA devrait faire une nouvelle évaluation de la capacité résiduelle professionnelle, car si on lui avait proposé un A/429/2018 - 6/35 - travail de maçon, celui-ci ne semblait pas réaliste, compte tenu des constatations à la consultation.

#### **E. 17**

Le 11 mai 2017 également, le médecin d'arrondissement a procédé à une estimation de l'IPAI: l'atteinte à l'intégrité était estimée à 10 %, basée sur la table 2 des barèmes d'indemnités établis et publiés par les médecins de la CNA. Le Dr K\_\_\_\_\_ a également, à cette occasion, procédé à un complément d'appréciation médicale après l'évaluation par le Dr M\_\_\_\_\_. En conclusion la situation devait être considérée comme médicalement stabilisée. L'exigibilité proposée en janvier 2017 était désormais d'actualité.

#### **E. 18**

Le 4 août 2017, l'assuré a bénéficié d'un examen neurologique, par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie. L'ENMG du membre inférieur droit était normal. Le nerf sural en particulier - puisque c'était l'une des questions - était tout à fait normal. Cliniquement d'ailleurs il n'y avait pas d'hypoesthésie dans le territoire de ce nerf. Les autres nerfs testés étaient normaux également. Sur le plan moteur, l'amplitude sur l'abducteur du gros orteil était plus petite à droite qu'à gauche tout en restant dans la limite normale, probablement par diminution de l'utilisation. Au total, pas d'éléments pour une lésion nerveuse périphérique (pas d'éléments non plus pour une atteinte centrale de type dystonie post-traumatique).

#### **E. 19**

La CNA Genève a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 juillet 2017, dans la mesure où la situation était, selon elle, désormais stabilisée.

#### **E. 20**

La division prestations d'assurance de la CNA à Lucerne a, par décision du 6 décembre 2017, refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles psychiques, refusé tout droit à la rente d'invalidité, au motif qu'il résultait de la comparaison des revenus une perte nettement inférieure à 10 % ; elle a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, à savoir CHF 12'600.-.

#### **E. 21**

En date du 19 décembre 2017, l'assuré en personne a formé opposition contre cette décision.

#### **E. 22**

En date du 28 décembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition. S'agissant des troubles psychiques, lors du 2e séjour à la CRR le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive avait été proposée. Le point de savoir s'il existait un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident pouvait rester indéterminé dans la mesure où l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée. Nul ne contestait que la reprise de l'activité habituelle de monteur en échafaudages n'était plus exigible au vu des séquelles accidentelles organiques. Lors du 2e séjour à la CRR, les limitations fonctionnelles (ci-après: LF) provisoires suivantes avaient été retenues : port de charges lourdes, marche prolongée ; marche sur terrain irrégulier, monter et descendre des

escaliers ou des échelles, position contraignante pour le pied (accroupie). Les médecins de la CRR ont précisé que la reprise d'une activité

A/429/2018 - 7/35 - adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison des facteurs non médicaux, savoir lésions, phobies, autolimitations, sous-estimation importante des capacités fonctionnelles, situation socio-professionnelle difficile.... En conclusion de son rapport d'examen médical final, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu qu'étaient déconseillées les activités avec marche sur de longues distances sur terrain plat, les activités en terrain instable ainsi que le port de charges supérieures à 15 kg, les travaux accroupis ou à genoux ainsi que l'utilisation d'échelles ou d'escaliers. Il était plutôt proposé une activité respectant ces restrictions, avec une alternance de positions assise et debout, avec en plus des déplacements sur de courtes distances. En respectant ces limitations, une activité complète était attendue, dans le courant de l'année 2017. Dans son rapport du 19 avril 2017, le Docteur M\_\_\_\_\_ avait précisé qu'il y avait une bonne consolidation de l'ostéotomie. Il n'avait plus rien à proposer à l'assuré et avait beaucoup de peine à expliquer les douleurs importantes que le patient ressentait. Le 11 mai 2017, le médecin d'arrondissement avait confirmé l'exigibilité définie lors de l'examen médical final et précisé que la situation était médicalement stabilisée. Le bilan neurologique avec ENMG pratiqué le 4 août 2017 par le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas permis de retrouver une lésion nerveuse périphérique ni une atteinte centrale de type dystonie post- traumatique. Les troubles relatés par l'assuré et le certificat de son médecin traitant produit à l'appui de l'opposition ne permettaient pas de douter de l'exigibilité fixée par le médecin d'arrondissement et d'admettre une diminution de la capacité de travail dans une adaptée. Le service médical de l'OAI avait également retenu une exigibilité de 100% dès le 28 juin 2016 dans toute activité respectant les limitations évoquées. Force était de rappeler que dès lors que les médecins traitants se concentrent en premier lieu sur le traitement médical; leurs rapports n'ont pas pour but de porter une évaluation objective et concluante de l'état de santé de l'assuré, propres à répondre aux questions d'assurances et, partant, ne remplissent pas les conditions matérielles d'une expertise au sens de la jurisprudence. La CNA doit faire abstraction non seulement des troubles psychiques mais également des différents facteurs contextuels qui rendent difficile la reprise d'un travail adapté. D'autres mesures d'instruction ne se révélaient pas nécessaires. Le revenu d'invalidité avait été déterminé en l'espèce sur la base de données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Ceux-ci sont adaptés aux séquelles accidentelles organiques et ont été versés au dossier en conformité avec la jurisprudence. La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de CHF 4'854.- (part du 13e salaire incluse) et un revenu exigible d'au moins CHF 4'742.- (part du 13e salaire comprise) laissait apparaître une perte de 2.3 %. C'était donc à juste titre que la CNA avait refusé tout droit à la rente d'invalidité. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), le Dr K\_\_\_\_\_ en avait fixé le taux à 10 %. En l'absence par ailleurs d'estimation contraire au dossier, l'estimation avait été émise en toute connaissance de cause par le médecin

A/429/2018 - 8/35 - d'arrondissement. Cette décision a également été adressée à l'assureur-maladie de l'assuré.

## **E. 23**

Par mémoire du 1er février 2018, l'assuré représenté par un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut préalablement à la mise en œuvre d'un nouvel examen médical du recourant; au fond, à l'annulation et mise à néant de la décision sur opposition du 28 décembre 2017, et

cela fait, à la fixation du taux d'invalidité du recourant en rapport avec le taux d'invalidité déterminé par la nouvelle expertise médicale, mais à tout le moins à un pourcentage supérieur à 50 %; à allouer une rente d'invalidité correspondant à son taux d'incapacité, et à ce qu'il soit dit et constaté que le recourant a droit aux prestations fondées sur les troubles psychogènes; fixer une indemnité à titre d'atteinte à l'intégrité physique en rapport du taux d'invalidité revu dans le cadre de la présente procédure, le tout avec suite de frais et dépens ; subsidiairement annuler la décision entreprise et renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le 11 mai 2017, soit après l'examen final, la Dresse N\_\_\_\_\_ avait constaté que le recourant était dans l'impossibilité de s'appuyer sur ses orteils, ainsi que la persistance de douleurs. Elle avait indiqué qu'il était impossible à l'assuré de marcher sur la pointe des pieds en raison de la douleur. Selon elle les douleurs pourraient être réduites par des supports plantaires sur mesure pour éviter la surcharge de la cheville externe droite. Elle concluait qu'il était étrange que les douleurs de son patient soient aussi importantes trois ans après l'accident. Selon elle, il n'était pas exclu qu'il souffre d'une pathologie du nerf sural au niveau de l'allongement de la chaîne postérieure du mollet. Le 4 août 2017, le Dr O\_\_\_\_\_ avait écarté cette pathologie, tout en relevant les douleurs du recourant en station debout et en marche, ce qui l'obligeait à marcher en relevant le pied. Le 28 juin 2017, le Dr L\_\_\_\_\_ (Barcelone) a estimé que les séquelles du patient étaient définitives, aucun traitement chirurgical n'étant envisageable. Il a considéré qu'une incapacité de travail de 10 % n'était pas suffisante, tout en émettant des doutes sur la reprise d'un emploi dans son état. De manière surprenante pourtant, la CNA avait mis fin au paiement des soins médicaux et l'indemnité journalière au 31 juillet 2017, retenant une situation stabilisée. Selon le Dr I\_\_\_\_\_ il n'existe aucune possibilité orthopédique ou chirurgicale permettant d'améliorer la situation du patient, et il estime également son invalidité bien au-delà de 10 %. Le 22 septembre 2017 le généraliste traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, a constaté que l'état mental et physique du patient s'était aggravé et que toutes les considérations faites jusqu'ici sur sa capacité étaient caduques. Le 20 octobre 2017 il a estimé son incapacité de travail autour de 20 %, et ce, probablement de manière durable. Contre toute attente, le 6 décembre 2017, la CNA avait refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles psychiques, refusé tout droit à la rente d'invalidité et versé une IPAI de CHF 12'600.- correspondant à 10 %. Le 15 décembre 2017 encore, le médecin traitant a constaté la persistance de douleurs à la cheville et au genou droit, ainsi qu'une boiterie persistante. Il était proposé au recourant de se reconvertir dans la maçonnerie. Cette proposition n'était

A/429/2018 - 9/35 - toutefois pas réaliste au vu de l'état de santé du recourant tel que l'atteste la Dresse N\_\_\_\_\_. Tant l'état physique que psychique de l'assuré rendent impossible la reprise d'un emploi, à tout le moins à temps complet. Les douleurs et les séquelles physiques de l'accident restreignent considérablement ses possibilités d'être à nouveau employé dans le futur au vu de nombreuses restrictions posées par les spécialistes. Un nouvel examen médical est absolument nécessaire afin de fixer le taux d'invalidité du recourant. En droit, il estime qu'au moins 5 des 7 critères permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques sont remplies. (Gravité ou nature particulière des lésions physiques, durée anormalement longue du traitement, étant précisé que sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au courant de la guérison et les complications importantes ; et finalement le degré et la durée de l'incapacité

de travail dû aux lésions physiques). En l'occurrence, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive invalidité avait été posé lors du 2e séjour du recourant à la CRR. Sans l'accident du 6 août 2014, il n'aurait pas souffert des troubles psychiques diagnostiqués. Le lien de causalité naturelle était donc établi. Depuis l'accident il est dans l'incapacité de poser son pied à plat contre le sol, il boite et il est contraint d'utiliser une canne pour se déplacer. Passer d'une pleine autonomie à un état d'invalidité est un événement traumatisant. Cela est d'autant plus vrai qu'il se retrouve dans l'incapacité d'exercer son métier de manière définitive. Les violentes douleurs physiques persistantes également sont un élément inquiétant fortement le recourant. Les lésions physiques subies sont ainsi propres à causer les troubles psychiques dont le recourant est victime. L'accident est survenu le 6 août 2014 et l'intéressé a été suivi jusqu'au 19 avril 2017. Il a dû faire deux séjours à la CRR durant les étés 2015 et 2016 ainsi que subir une intervention chirurgicale au mois de janvier 2016. Bien qu'aucune prise en charge ne soit accordée au recourant, celui-ci continue à faire des exercices, afin de tenter d'améliorer son état physique; le traitement a duré plus de deux ans et demi, dont plusieurs semaines en clinique. Actuellement près de trois ans et demi après l'accident le recourant continue de faire seul des exercices de physiothérapie dans l'espoir d'améliorer son état physique. Le traitement est d'une durée relativement longue. Malgré tous les traitements et l'intervention chirurgicale dont il a fait l'objet, le recourant continue de ressentir quotidiennement des douleurs physiques importantes. Celles-ci sont si brutales qu'elles l'empêchent de dormir. De l'avis des spécialistes consultés et dans la mesure où aucun traitement pour y pallier n'est envisageable, elles persisteront définitivement. Depuis l'accident l'intéressé n'a pas cessé de se plaindre de douleurs extrêmes. Ainsi il ne peut être exclu l'existence de difficultés durant la guérison et des complications importantes. Les douleurs importantes ont tout simplement été négligées, au seul motif qu'elles seraient inexplicables et irrémédiables. Le critère du degré et de la durée d'incapacité travail due aux lésions physiques est rempli.

A/429/2018 - 10/35 - S'agissant du droit à une rente d'invalidité, la majorité des médecins consultés par le recourant estiment qu'il est invalide à tout le moins à 20 %, voire à 100 % pour certains. Malgré la conclusion de la CNA selon laquelle la situation est stabilisée depuis le début de l'année 2017, d'autres médecins estiment cependant que l'état de santé du recourant se détériore tant physiquement que psychiquement. Cela étant, au vu des rapports médicaux les plus récents, il est, selon lui, notoire que la capacité travail est à tout le moins de 50 %. Quant au montant de l'indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, celui-ci devrait être revu à la hausse en prenant en considération le taux d'invalidité revu.

#### **E. 24**

L'intimée, représentée par un conseil, a répondu au recours par mémoire du 28 mars 2018. Elle conclut au déboutement du recourant de toutes ses conclusions avec suite de frais et dépens. En admettant que l'accident en cause doive être qualifié de gravité moyenne stricto sensu, 3 critères des 7 déterminants doivent être réunis pour que l'on puisse envisager une relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du mois d'août 2014. Dans le cas d'espèce, aucun de ces critères ne peut être retenu. S'agissant de la détermination du taux d'invalidité, nul ne conteste que l'activité habituelle de monteur en échafaudages n'est plus exigible. En revanche les LF qui avaient été provisoirement retenues lors du deuxième séjour à la CRR en 2016, sont parfaitement compatibles avec la reprise d'une activité adaptée. Des facteurs défavorables influencent toutefois une reprise d'activité effective : kinésiophobie, autolimitations, sous-estimation importantes des

capacités fonctionnelles, situation socio-professionnelle. La comparaison des revenus opérée via la sélection de 5 DPT représentatives et compatibles avec les LF retenues, a déterminé un taux d'invalidité largement inférieur au seuil minimum de 10% pour donner droit à une rente : le recourant n'apporte pas d'éléments supplémentaires. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, celle-ci été fixée à 10 %, et aucun élément du dossier ne vient sérieusement remettre en cause l'évaluation du médecin d'arrondissement.

#### **E. 25**

Par mémoire du 20 avril 2018, le recourant a brièvement répliqué. Il persiste dans ses conclusions, observe que sa situation n'était pas plus stabilisée le 31 juillet 2017 qu'à ce jour. Il offre de prouver par son audition que depuis le dépôt du recours son état physique et psychique se dégrade encore, que les douleurs qu'il ressentait à la cheville et au genou s'intensifient et atteignent maintenant la hanche, tout portant à croire, selon lui qu'à terme il serait sujet à des hernies discales dues à son impossibilité de poser l'entier de la plante du pied au sol.

#### **E. 26**

Par courrier du 17 mai 2018, l'intimée a dupliqué : elle persiste dans les termes de sa réponse, observe que les allégations du recourant, contestées par l'intimée, selon lesquelles son état de santé se serait aggravé ne repose toutefois sur aucun élément médical objectif respectivement aucune pièce nouvelle probante qui pourrait permettre de mettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement figurant au dossier. Observant enfin que le recourant ne dispose pas d'un droit à obtenir la mise en place d'une nouvelle expertise ou d'un nouvel examen médical, les

A/429/2018 - 11/35 - éléments au dossier ne permettant pas de douter du fait que l'instruction a été dûment diligentée.

#### **E. 27**

Par courrier du 4 février 2019, le conseil du recourant a produit une série de documents, propres selon lui à étayer la survenance de faits nouveaux. Il a notamment produit la copie d'une demande de consultation spécialisée du médecin traitant à un « orthopédiste », évoquant des douleurs au genou gauche, une IRM de ce genou, à laquelle il avait été procédé le 11 janvier 2019 concluant à l'existence de lésions ostéo-cartilagineuses de grade IV fémoro-tibiales internes et fissuration de grade III du recouvrement cartilagineux rétro-rotulien face articulaire interne; fissuration de grade III de la corne postérieure du ménisque externe. Il produit une nouvelle fois, pour le surplus, des pièces médicales déjà apportées au dossier avant la décision litigieuse.

#### **E. 28**

Par courrier du 18 février 2019, l'intimée s'est déterminée à ce sujet: rappelant les éléments qui ont conduit à la décision entreprise, elle souligne que le rapport nouveau produit par l'assuré concerne son genou "gauche". En l'absence de toute analyse et de tout allégué de fait à mettre en lien avec cette pièce nouvelle, l'intimée ne saurait déterminer - et encore moins reconnaître - une quelconque obligation de prise en charge pour cette atteinte à la santé. L'atteinte à la santé doit être considérée comme étant sans lien avec l'atteinte au pied droit causé par l'accident du 6. août 2014.

#### **E. 29**

Par courrier du 4 mars 2019, le conseil du recourant a versé à la procédure un rapport de consultation du professeur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie ainsi que médecine du sport. L'objet de cette consultation était l'existence de douleurs au genou gauche (douleur de compensation). Depuis 5 ans maintenant le patient note une péjoration de la symptomatologie douloureuse qui s'étend définitivement à ses deux membres inférieurs. Au status, il retient un pied erectus et varus avec une hyperkératose sur les têtes métatarsiennes 3-4-5. Absence d'épanchement dans les deux genoux. Rétraction "très très (sic!)" importante des chaînes musculaires postérieures et latérales des membres inférieurs à prédominance droite; sensibilité douloureuse à la palpation fémoro-tibiale médiale; signes méniscaux négatifs; pas de laxité ligamentaire identifiée. Il retient le diagnostic de douleurs des deux genoux et syndrome fémoro-patellaire bilatéral sur déséquilibre musculaire; lésion cartilagineuse fémoro-tibiale médiale du genou droit. Il conclut que le patient souffre de troubles statiques majeurs d'un pied qui n'est pas plantigrade, avec répercussion mécanique selon une chaîne ascendante du côté droit et descendante du côté gauche. Il n'y a pas d'indication chirurgicale pour l'affection touchant le genou droit. En ce qui le concerne, ce médecin estime que le patient devrait bénéficier d'un nouvel avis auprès du Dr I\_\_\_\_\_ pour ce qui concerne la statique de son pied, puis des conseils et du suivi avisé d'un spécialiste de la rééducation et de médecine physique, afin de régler les problèmes de chaînes musculaires et de troubles de la marche qui génèrent les dysfonctions articulaires et les douleurs du

A/429/2018 - 12/35 - patient. Il s'étonne que le patient ait été déclaré à 100 % capable de travailler avec le status qu'il présente.

### **E. 30**

Par courrier du 21 mars 2019 l'intimée s'est déterminée sur le rapport du Prof P\_\_\_\_\_. Selon le médecin d'arrondissement (Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique), ce rapport n'est pas propre à remettre en cause la stabilisation de l'état de l'assuré au 31 juillet 2017. En effet l'assuré a subi, lors de l'accident d'août 2014 une atteinte au pied droit. Plusieurs médecins ont considéré dans le courant de l'année 2017 qu'il n'y avait plus de mesure médicale à prescrire (Dr M\_\_\_\_\_, Dr N\_\_\_\_\_, mais également, le Dr O\_\_\_\_\_, ayant procédé à un bilan neurologique négatif). Ni le rapport radiologique de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2019 ni celui du prof P\_\_\_\_\_ ne concernent le pied droit ayant subi une atteinte à l'occasion de l'accident qui a entraîné la prise en charge par l'intimée. En l'absence de toute analyse et de tout allégué de fait à mettre en lien avec les pièces nouvelles produites, la CNA ne saurait déterminer - et encore moins reconnaître - une quelconque obligation de prise en charge pour cette atteinte à la santé.

### **E. 31**

Par courrier du 12 avril 2019, le recourant a produit un nouveau document complémentaire, soit une attestation de son médecin traitant du 9 avril 2019, qui énonce qu'actuellement l'état de santé se dégrade. Sur le dernier CT-scan du pied, il semble qu'une des vis pourrait causer une douleur par appui plantaire.

### **E. 32**

Sur quoi la chambre de céans a procédé à l'audition des parties, lors d'une audience de comparution personnelle s'est tenue le 1er juillet 2019: Le recourant a déclaré : " Pour répondre à votre question, je n'ai pas cherché d'emploi depuis mon accident le 6 août 2014 : comment pourrais-je chercher un emploi avec toutes les douleurs que je ressens au pied, au

dos, au genou ; je dors mal, j'ai un peu mal partout dans mon corps, je prends des médicaments. Je souhaiterais soumettre à votre chambre des nouveaux documents IRM. Me STACKELBERG, pour le recourant : " Il s'agit en effet de documents nouveaux que mon client m'a soumis dans la salle d'attente". Le recourant : " Après la fin de la période pour laquelle l'OAI m'a accordé une rente jusqu'au 31 août 2017, cette rente a pris fin, et aujourd'hui je ne reçois plus de prestations de l'AI. Vous me demandez si j'ai bénéficié de cours de français par l'OAI : oui, mais en 2014. Après, j'ai bénéficié de deux cours par l'Hospice général, le lundi et le mercredi, mais je ne pouvais pas rester longtemps assis et je devais me lever de temps en temps. J'en ai fini un il y a vingt jours mais j'ai manqué un mois de cours cette année à cause de mes douleurs. Je suis en traitement régulier auprès du Dr F\_\_\_\_\_, chaque semaine ou tous les quinze jours, et il m'envoie souvent chez d'autres médecins comme le Dr I\_\_\_\_\_. Le Dr F\_\_\_\_\_ me soigne pour le pied. Comme il me prescrit des médicaments depuis cinq ans et que je commence à avoir des effets secondaires sur l'estomac par exemple, des problèmes de constipation, il essaie d'autres médicaments. Parfois, il m'envoie faire des IRM. Hormis mon médecin de famille, le dernier médecin qui m'a examiné est le Prof.

A/429/2018 - 13/35 - P\_\_\_\_\_, la dernière fois il y a deux mois. Je dois aller à la consultation du Dr S\_\_\_\_\_ à l'Hôpital de la Tour. J'avais d'ailleurs été deux fois à la CRR en 2015 et 2016. Je ne bénéficie pas de séances de physiothérapie. Vous me rappelez que dans le rapport du Prof P\_\_\_\_\_ du 25 février 2019 que j'ai produit, il était question d'un nouvel avis du Dr I\_\_\_\_\_ et d'un suivi par un spécialiste de rééducation et de médecine physique pour régler les problèmes de chaîne musculaire et de troubles à la marche générant des dysfonctions articulaires et des douleurs. Vous me demandez si le nécessaire a été fait dans ce sens. J'ai consulté le Dr I\_\_\_\_\_ qui n'a pas retenu d'indication chirurgicale, car il y a trop de risques par rapport à mon pied droit qui ne peut pas être posé à plat. Les raisons pour lesquelles j'estime qu'il est impossible de reprendre une activité professionnelle à plein temps ou au moins à temps partiel tiennent au fait que je souffre en permanence de douleurs et que mon genou gauche est bandé. Le ménisque est cassé. Vous me faites observer que parmi les descriptions de postes retenus par la CNA, un certain nombre n'implique pas que je doive me déplacer ou rester un long moment debout. Certes, mais je ne peux pas non plus rester assis longtemps. Si j'estime qu'un nouvel examen est nécessaire pour estimer mon taux d'invalidité, c'est que depuis l'accident je ne vis plus une vie normale, j'ai une famille dont je suis responsable, et j'ai toujours mes douleurs. La dégradation de mon état de santé depuis le dépôt du recours concerne depuis le pied droit, les articulations, les os du bassin, le dos. Vous me posez la question de savoir si je suis un traitement psychiatrique régulier. Je ne suis pas fou. La seule chose que je veux est qu'on me guérisse le pied. Moralement, je vais mal, psychiquement, je ne vais pas bien. Note du Président : Le recourant se lève et montre l'état de ses deux pieds, le pied droit montrant manifestement par rapport à l'autre les trois orteils centraux relevés en permanence, la cheville enflée. Il explique où se situent ses douleurs quotidiennes. Dont acte. Le recourant a poursuivi : "Sur question du mandataire de l'intimée qui me demande si je porte la chaussure orthopédique qui m'a été prescrite (Darco), je réponds que oui, en permanence, car je suis le premier à vouloir que mon état soit stable. J'ai fait tout ce que la CNA m'a demandé. Sur question de mon conseil, depuis 2016, lors de mon hospitalisation à la CRR, j'ai essayé au moins quatre paires de chaussures différentes dont des chaussures de sport. C'est d'ailleurs à cette à cette époque que j'ai commencé à avoir des douleurs dans les articulations du pied droit, du genou gauche et de la hanche droite. J'en avais informé la CNA, et lorsque j'ai été envoyé à la CRR on m'a

prescrit une canne que je vous montre et qui était censée alléger le poids sur mes membres inférieurs et faciliter la marche. Mon conseil me demande si au moment de la décision entreprise, respectivement au moment du dépôt du recours j'avais déjà des douleurs qui m'empêchaient de rester assis ou dans la même position très longtemps. En effet, en 2017 – 2018, j'avais beaucoup de mal à rester dans la même position. A la CRR, il ressort de leur rapport que je ne pouvais pas rester assis très longtemps.

A/429/2018 - 14/35 - Me MEIER, pour l'intimée: " Vous me posez la question de savoir si le médecin d'arrondissement (Dr Q\_\_\_\_\_) qui a répondu à la question de la CNA de savoir si les nouveaux documents produits en procédure étaient constitutifs de rechute, a été interpellé par rapport à d'éventuelles séquelles tardives de l'accident. Je rappelle que l'objet du litige est la décision de décembre 2017 qui fixait le taux d'invalidité et l'indemnité IPAI, alors que celle qui constatait la stabilisation du cas en juillet 2017 n'a jamais été remise en question. Cette stabilisation a par ailleurs été confirmée par l'OAI dans la procédure le concernant. Si le recourant estime en revanche que ses nouvelles atteintes pouvaient être constitutives de séquelles tardives, il lui appartient de déposer une nouvelle demande auprès de la CNA qui devra se prononcer sur la causalité et sur une éventuelle perte de gains qui résulterait de ces séquelles tardives si avérées. Je souhaiterais verser à la procédure la copie du courrier que l'OAI vous avait adressé dans le cadre de la procédure AI (A/3927/2017) que vous instruisiez. Je remets séance tenante copie de ce courrier au conseil du recourant. Il ressort de ce courrier que c'est dans celui-ci que l'OAI a confirmé la stabilisation en juillet 2017. Je confirme en tant que de besoin que la référence à la table 7 s'agissant de l'IPAI, mentionnée dans notre mémoire-réponse page 12 ch. 50 est une erreur de plume : il faut lire table 2 comme mentionné d'ailleurs au ch. 51. Me STACKELBERG : " Je rappelle que nous contestons le taux d'invalidité et la question de savoir si on est en présence de l'apparition de séquelles tardives après la décision entreprise ou si au contraire ces atteintes étaient prévisibles au moment de la stabilisation, au vu de ce qu'avaient expliqué les médecins-traitants à l'époque à mon client fait précisément l'objet de la présente procédure à mon sens. Vous me demandez de préciser notre argumentation au sujet de l'IPAI. Vous me rappelez qu'il est fait référence dans nos écritures et en rapport avec l'examen nouveau ou l'expertise que nous estimons nécessaire à la détermination du taux IPAI une fois établi le taux d'invalidité (nouveau) à l'issue de l'examen sollicité. J'admets en effet qu'il n'y a pas de rapport entre le taux d'invalidité et le taux d'IPAI et cette phrase était malheureuse. Nous estimons que le taux d'IPAI fixé par le médecin d'arrondissement est trop faible, car il n'a pas été fixé en fonction d'un examen approfondi du cas particulier de Monsieur A\_\_\_\_\_. Me MEIER : " Je tiens à cet égard à observer que ce taux a été fixé par le Dr K\_\_\_\_\_ après avoir examiné le patient le 1er février 2017.

### **E. 33**

Sur quoi: Les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

A/429/2018 - 15/35 - 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 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 de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement au droit à une rente d'invalidité, à une IPAI d'un taux supérieur à celui fixé (10 %) par l'intimée, et de savoir si c'est à juste titre que la CNA a nié le lien de causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident du 6 août 2014. 5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 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). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le

A/429/2018 - 16/35 - dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999

n° U 341 p. 408 consid. 3b). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral

A/429/2018 - 17/35 - (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). 6. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). 7. Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est

fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la

A/429/2018 - 18/35 - santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. 8. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. 9. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexion étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. 10. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la

A/429/2018 - 19/35 - limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). 11. Casuistique:

Si cas d'amputation de la main : Pour une vue d'ensemble de la casuistique voir le consid. 4.1.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009. Si cycliste renversé par un autre usager de la route (véhicule automobile ou cyclomoteur) : Les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3, 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 et 8C\_530/2007 du 10 juin 2008). En revanche, l'accident subi par une assurée, fauchée sur un passage piétons par une voiture qui n'a pratiquement pas freiné et projetée en l'air à près de 15 mètres, a été rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3). Caractère impressionnant et dramatique : La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1 et 8C\_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1). La position dans laquelle un assuré chute ou se reçoit au sol pourrait, selon les circonstances, entraîner l'admission du critère invoqué. Toutefois, le fait d'être tombé sur le côté (d'environ 4 mètres) ne saurait, objectivement, conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique. Lorsqu'un assuré glisse et chute, comme c'est le cas en l'espèce, une réception latérale n'est pas forcément plus traumatisante qu'une chute verticale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.2). Dans l'arrêt 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 (consid. 5.4), le Tribunal fédéral a développé sa casuistique en cas de chute.

A/429/2018 - 20/35 - Le Tribunal fédéral a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,7 m d'un immeuble en démolition et lui a percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a encore nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'avait en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références). A été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des cas graves, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment

de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007). Caractère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques : Ce critère ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 et 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). 12. En l'espèce, on ne saurait suivre le recourant qui estime qu'au moins cinq des sept critères inventoriés par la jurisprudence seraient réalisés, dans le cas d'espèce, de sorte que, selon lui, l'accident qu'il qualifie de gravité moyenne, devrait conduire à l'admission d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 6 août 2014, dès lors que la jurisprudence estime que ce lien doit être considéré comme établi pour ce type d'accidents (gravité moyenne stricto sensu) lorsque trois critères au moins sont réunis, ou qu'un seul de ces critères revête une intensité particulière. Ce n'est pas le cas en l'espèce : - comme le rappelle la jurisprudence, tout accident de gravité moyenne présente un certain caractère impressionnant, mais cela n'est pas suffisant pour admettre sans autre l'existence d'un tel critère, d'autant qu'il s'agit d'évaluer les

A/429/2018 - 21/35 - circonstances de manière objective, et non pas à l'aune du ressenti subjectif de l'assuré. Les exemples casuistiques évoqués ci-dessus permettent de prendre la mesure de ce que recouvre cette notion, non réalisée ici ; - gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques: le recourant ne fait qu'affirmer que ce critère serait réalisé, en alléguant que les violentes douleurs physiques qu'il explique ressentir témoigneraient de cette gravité, ce qui n'est manifestement pas suffisant ni convaincant. On rappellera en effet que le premier diagnostic posé lors de son admission aux urgences de l'hôpital le jour des faits était celui de contusion de l'avant-pied droit (R52.9). À l'examen clinique, il n'y avait pas de douleurs de la cheville droite, mais des douleurs à la palpation des têtes métatarsiennes et des orteils; discrète tuméfaction; pas de troubles neurovasculaires ni de limitations à la mobilité, douloureuse en flexion et extension de l'avant-pied. Le traitement initial était conservateur (prescription d'antalgiques et port d'une chaussure Darco, glace, repos et surélévation du membre) ; - durée anormalement longue du traitement médical: quoi qu'en dise le recourant, ce critère n'est pas non plus réalisé, alors qu'il était rapidement constaté que l'évolution était favorable hormis la persistance des douleurs alléguées. Comme le relève d'ailleurs l'intimée, l'aspect temporel n'est pas à lui seul décisif. La longueur du traitement a en effet, dans le cas d'espèce, été très largement influencée par la persistance de douleurs alléguées par le recourant, ce qui a notamment incité le Dr I\_\_\_\_\_ (rapport du 4 juin 2015) à proposer un séjour à la CRR, au vu des douleurs persistantes, inexplicables par rapport aux résultats de l'imagerie, le médecin estimant être parvenu aux limites de ce qui était possible sur le plan ambulatoire; les deux hospitalisations, à une année d'intervalle, auprès de la CRR, ont notamment montré que la participation de l'assuré aux thérapies mises en place était moyenne, l'intéressé étant centré sur ses douleurs, à quoi s'ajoutaient encore des facteurs non médicaux; - les douleurs physiques persistantes: ce critère n'est pas davantage réalisé, pour les raisons qui viennent d'être évoquées d'une part, et d'autre part en raison du caractère subjectif qui s'y attache, les spécialistes consultés ne s'expliquant pas la persistance de ces douleurs et leur intensité (à l'instar notamment de la Dresse N\_\_\_\_\_, qui avait néanmoins recommandé un examen

neurologique, concevant que le patient puisse souffrir d'une pathologie du nerf sural ; or l'examen auquel le Dr O\_\_\_\_\_ a procédé s'est révélé normal et rassurant, écartant cette pathologie) ; - erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident: non pertinent et d'ailleurs non soutenu sérieusement par le recourant.

A/429/2018 - 22/35 - - difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes: critère objectivement non réalisé. - degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Ce critère n'est pas non plus réalisé : la plupart des médecins qui ont connu de ce cas, que ce soient les médecins traitants ou spécialistes consultés, ou les médecins des assurances sociales (CNA ou OAI) admettant tous une capacité de travail importante sinon entière, dans une activité adaptée aux LF retenues. Du reste, le recourant entendu par la chambre de céans et répondant à une question des juges a répondu : «je n'ai pas cherché d'emploi depuis mon accident le 6 août 2014 : comment pourrais-je chercher un emploi avec toutes les douleurs que je ressens au pied, au dos, au genou ; je dors mal, j'ai un peu mal partout dans mon corps, je prends des médicaments. Cette seule affirmation subjective ne suffit pas à confirmer l'existence d'une incapacité totale de travail, au-delà de ce qu'elle soulève la question de l'obligation de diminuer le dommage et de consacrer les efforts exigibles pour une reprise d'activité professionnelle, reprise également appelée de leurs vœux par les médecins traitants. On relèvera également qu'expressément interrogé sur le fait de savoir s'il bénéficiait d'un suivi sur le plan psychiatrique, le recourant a répondu par la négative, précisant: « Je ne suis pas fou. La seule chose que je veux est qu'on me guérisse le pied. Moralement, je vais mal, psychiquement, je ne vais pas bien. ». Cette attitude ne saurait en effet attester par elle-même une incapacité totale de travail et encore moins sa durée. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques, - certes diagnostiqués lors du séjour de l'intéressé à la CRR en 2016 (trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive) - et l'accident du 6 août 2014 ne saurait être reconnu. Dans ces conditions, et comme l'a d'ailleurs relevé l'intimée, la question même de la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident peut rester, en l'espèce, indécise. C'est donc à juste titre que l'intimée, suivant en cela l'appréciation du médecin d'arrondissement dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, a écarté la prise en compte des troubles psychiques. 13. En tant qu'il conteste la décision entreprise et conclut à son annulation, en se prévalant de l'avis de certains de ses médecins traitants, et en concluant préalablement à la mise en œuvre d'un nouvel examen, le recourant conteste implicitement l'avis du médecin d'arrondissement, dans la mesure où la décision entreprise est fondée sur cet avis médical. Il convient donc d'examiner si l'on peut reconnaître aux rapports successifs du Dr K\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante. 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

A/429/2018 - 23/35 - 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge

ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

A/429/2018 - 24/35 - Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.). f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). g. En ce qui concerne les

rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 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 52; ATF 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). h. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

A/429/2018 - 25/35 - qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 14. 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). 15. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF

139 V 176 consid. 5.2 et les références). 16. Il convient tout d'abord d'observer que le Dr K\_\_\_\_\_ a régulièrement été interpellé par le gestionnaire de la CNA, et il a suivi personnellement l'évolution de l'état de santé à travers le dossier médical de l'assuré, tout au long du processus qui a conduit à la décision sur le droit à la rente ainsi qu'à l'octroi de l'IPAI, décision confirmée sur opposition, par la décision entreprise du 28 décembre 2017. Ainsi, le médecin d'arrondissement a examiné personnellement l'assuré, à deux reprises, la première le 13 octobre 2015. Il avait alors conclu que sur le plan médical la situation n'était pas stabilisée. Une intervention chirurgicale avait été proposée, le médecin d'arrondissement considérant cette intervention comme

A/429/2018 - 26/35 - adaptée à la situation. Le rapport d'examen, consécutif au premier séjour de l'assuré à la CRR, retrace, par le menu, l'évolution du cas depuis le sinistre du 6 août 2014, jusqu'à l'examen, et prend en compte tous les documents médicaux versés au dossier pendant cette période, commentant ou résumant ces divers documents. Il a également pris en compte les explications de l'assuré, qui était alors assisté d'un interprète, noté les plaintes de l'assuré, et procédé à son examen clinique. Il a posé un diagnostic et apprécié le cas, en pleine connaissance du dossier. Ce rapport remplit pleinement les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a ensuite procédé à un nouvel examen clinique de l'intéressé et à une évaluation du dossier en fonction de son évolution depuis le précédent examen, recueillant également les plaintes actuelles de l'assuré et en l'examinant personnellement. Comme dans le précédent rapport, il a également tenu compte des renseignements anamnestiques nécessaires, et procédé à l'appréciation du cas, en toute connaissance du dossier et des diagnostics. En l'état actuel celui-ci ne pouvait être considéré comme suffisamment stabilisé pour permettre un bilan asséculogique. Il était néanmoins attendu un retour dans les meilleurs délais à une reprise de l'activité professionnelle adaptée. Compte tenu des séquelles de l'accident et des interventions réalisées, son ancien travail de monteur en échafaudages n'était plus exigible. Se déterminant sur les limitations fonctionnelles, l'examineur a observé que pour ce qui était de l'exigibilité, les activités avec marche sur de longues distances sur terrain plat, les activités en terrain instable ainsi que le port de charges supérieures à 15 kg, les travaux accroupis ou à genoux ainsi que l'utilisation d'échelles d'escaliers étaient déconseillées. Il était plutôt proposé une activité respectant ces restrictions, avec une alternance des positions assises et debout avec en plus des déplacements sur de courtes distances. En respectant ces limitations, une activité complète est attendue dans le courant de l'année 2017. Une stabilisation du cas était prévisible dans les 6 mois à venir. Il était prévu de refaire le point de la situation en avril-mai 2017. Il confirmait qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) était aussi prévisible, à confirmer selon évolution. Enfin le 11 mai 2017, prenant en compte les derniers avis médicaux manquants pour pouvoir définitivement se prononcer, il a procédé à un complément d'appréciation médicale notamment après l'évaluation du Dr M\_\_\_\_\_. En conclusion la situation devait être considérée comme médicalement stabilisée. L'exigibilité proposée en janvier 2017 était désormais d'actualité. Le jour même, il a procédé à une estimation de l'IPAI: l'atteinte à l'intégrité était estimée à 10 %, basée sur la table 2 des barèmes d'indemnités établis et publiés par les médecins de la CNA. L'ensemble des rapports successifs apparaît ainsi avoir été rédigé en toute connaissance du dossier, prenant en considération les éléments anamnestiques nécessaires, les diagnostics, les plaintes de l'assuré, les avis médicaux des médecins traitants, dans la mesure de leur pertinence, et aboutissant à des conclusions claires,

A/429/2018 - 27/35 - exemptes de toute contradiction, motivées de façon adéquate et pouvant ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les objections du recourant sont essentiellement subjectives; en tant qu'elles reposeraient sur l'avis de ses médecins traitants, elles procèdent soit de sa propre appréciation subjective de l'opinion de ces derniers, soit ceux-ci se fondent sur les propres déclarations de leur patient, et ne sont nullement de nature à susciter le moindre doute par rapport aux conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée. Il convient également d'avoir à l'esprit les principes de jurisprudence rappelée précédemment, s'agissant de départager les avis divergents entre les médecins d'une assurance sociale et les médecins traitants, en raison de la nature différente du mandat confié à chacun. Ainsi, n'y a pas lieu d'envisager des mesures d'instruction complémentaire et en particulier pas de procéder à un nouvel examen comme le souhaite le recourant. 17. Le recourant conteste encore le taux d'invalidité, inférieur à 10 % tel que fixé par l'intimée, alléguant que la majorité des médecins consultés estime qu'il serait invalide à tout le moins à 20 %, voire à 100 %. Il convient dès lors de rappeler les principes régissant, dans le domaine de l'assurance-accidents, la détermination du taux d'invalidité, lors de l'examen du droit à la rente. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). b. Il convient de rappeler que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 554/01 du 19 avril 2002). c. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

A/429/2018 - 28/35 - l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGa). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si

cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). d. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). e. Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des

A/429/2018 - 29/35 - mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1). 18. a. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). c. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les

rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). d. La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH - RS 0.101]), a fixé les conditions auxquelles devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalidé. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des

A/429/2018 - 30/35 - DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 19. En l'espèce, la décision querellée a fixé le revenu présumable sans invalidité à hauteur de CHF 4'854.- (part du 13e salaire incluse) et un revenu exigible d'au moins CHF 4'742.- (part du 13e salaire incluse) laissant apparaître une perte de 2.3 %. Le revenu d'invalidé a été déterminé en l'espèce sur la base des données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT), ceci en pleine conformité avec les règles jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas, se contentant de considérer que la plupart de ses médecins traitants considèrent le taux d'invalidité à hauteur de plus de 20 %, considération médico-théorique - évaluant en réalité la CT et non le taux d'invalidité -, qui ne saurait être prise en compte comme telle, dans la détermination de l'invalidité, qui doit, comme rappelé ci-dessus, être fondée sur la comparaison des revenus avec et sans invalidité, pour déterminer le manque à gagner, exprimé dans un premier temps en valeur absolue, puis extrapolé en pourcentage, soit le taux d'invalidité. Ainsi, la décision entreprise n'est pas critiquable ; ce grief sera rejeté. 20. Enfin, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir fixé le taux d'IPAI à hauteur de 10 %. Il affirme, de manière péremptoire, et sans la moindre argumentation, que ce taux devra être revu à la hausse, " en prenant en considération le taux d'invalidité revu". Il convient à cet égard de rappeler à l'intention du recourant les principes régissant l'octroi de ce type de prestation particulière. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré

souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie

A/429/2018 - 31/35 - professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une

A/429/2018 - 32/35 - atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4). c. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). d. 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/429/2018 - 33/35 - 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) entraînaît « 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). 21. En l'espèce, le médecin d'arrondissement a estimé l'atteinte à l'intégrité lors de son appréciation médicale du 11 mai

2017. Il a constaté un status après fracture du 3e métatarsien droit et déchirure de la plaque plantaire traitée par chirurgie. Un bilan radiographique avait mis en évidence une fracture non déplacée du 3e métatarsien. Pour les suites, une bursite inter-métatarsienne, une chondropathie de la NTP et une déchirure de la plaque plantaire ont été constatées. Cela a nécessité une chirurgie. Les suites postopératoires n'ont pas permis une récupération complète des capacités fonctionnelles. La situation est stabilisée selon les rapports médicaux, aucune intervention n'étant à proposer. Sur cette base, le médecin d'arrondissement, appliquant la table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA - atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs -. Concrètement il a appliqué par analogie, le taux prévu pour les troubles fonctionnels douloureux après fracture luxation de l'articulation de Lisfranc ou du métatarse (10 – 20%), et a fixé le taux à 10 %, correspondant au minimum de la fourchette prévue par la table appliquée: dans la mesure où selon ses constatations les suites postopératoires ne permettaient pas une récupération complète, le taux minimal a été ainsi retenu; il n'apparaît pas critiquable. Le recourant prétend en substance que le taux de l'indemnité litigieuse aurait été fixé en fonction du taux d'invalidité de 10 %; ce qui ne correspond du reste pas au taux d'invalidité fixé dans la décision litigieuse à hauteur de 2.3 %. Dans la droite ligne de cette argumentation erronée, il estimait que l'indemnité pour IPAI devrait être revue à la hausse, en fonction du taux d'invalidité lui-même revu à la hausse aux termes de la nouvelle appréciation du taux d'invalidité qu'il appelait de ses vœux par la tenue d'un nouvel examen. Dûment interpellée au sujet de cette argumentation, l'avocate du recourant a finalement admis, lors de l'audience de comparution personnelle du 1er juillet 2019, qu'il n'y avait pas de rapport entre le taux d'invalidité et le taux d'IPAI, et que cette phrase était malheureuse. Elle a en revanche considéré que le taux d'IPAI fixé par le médecin d'arrondissement était A/429/2018 - 34/35 - trop faible, car il n'aurait pas été fixé en fonction d'un examen approfondi du cas particulier du recourant. La chambre de céans ne saurait la suivre. Il est vrai, formellement, que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité a été fixée par le Dr K\_\_\_\_\_ sans nouvel examen clinique de l'assuré, dans le cadre de son appréciation médicale du 11 mai 2017, complémentaire à l'examen personnel de l'intéressé auquel il avait procédé le 30 janvier 2017, retenant alors qu'une IPAI était prévisible, à confirmer selon l'évolution, et précisant alors que compte tenu des lésions, cette IPAI serait probablement établie par analogie. L'évaluation du 11 mai 2017 a donc été faite sur la base du dossier, et notamment des derniers documents médicaux émanant des médecins du recourant. Comme rappelé précédemment, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Tel est bien le cas en l'espèce, comme on l'a vu précédemment; la chambre de céans n'a aucun motif de s'écarter de l'évaluation du spécialiste, aucun indice figurant au dossier ne permettant de la remettre en cause, celle-ci étant d'une part motivée, et relevant d'autre part du pouvoir d'appréciation du médecin. 22. Au vu de ce qui précède, en tous points mal fondé, le recours est rejeté. 23. L'intimée a conclu à la condamnation du recourant aux frais et dépens. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 149 consid. 4 ; voir également l'art. 73 al. 2 LPP). Cette

jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal. En l'occurrence il ne sera pas alloué de dépens. 24. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/429/2018 - 35/35 - 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.