

GE_GERICHTE ATAS/150/2020 vom 27. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_150_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/150/2020 du 27 février 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/150/2020 del 27 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

A/4061/2018 - 15/23 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant un samedi - au premier jour ouvrable suivant, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

E. 3

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte essentiellement sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2018 et à passer, dès cette date, à l'examen du droit à une rente d'invalidité, respectivement à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 4

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 119 V 335 consid. 1). c. 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

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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 A/4061/2018 - 16/23 - l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 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).

E. 5

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 6

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses

ordonnés par le médecin. La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que

A/4061/2018 - 17/23 - les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). Le droit au traitement médical cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

E. 7

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

A/4061/2018 - 18/23 - permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Le droit à la rente prend naissance dès

qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

E. 8

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

A/4061/2018 - 19/23 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

En l'espèce, la décision sur opposition du 17 octobre 2018, fondée sur le rapport d'examen final établi par le Dr D_____ en avril 2018, met un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2018, « en l'absence d'une nouvelle intervention chirurgicale prévue dans un proche avenir ». Elle retient par ailleurs qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré est pleinement capable d'occuper à plein temps, sans diminution de rendement, une profession adaptée, excluant le port de charges du côté droit et permettant le port d'une attelle visant à immobiliser le poignet, le cas échéant en utilisant un clavier informatique. Comme le revenu exigible de sa part dans une telle activité est supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident, l'assuré ne subit pas de perte de gain et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité. De son côté, le recourant conteste le point de vue selon lequel il disposerait, depuis le 31 mai 2018, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée. Il soutient essentiellement que son état de santé n'est pas stabilisé, de sorte que l'intimée est passée trop tôt à l'examen du droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement qu'elle a mis fin prématurément au versement des indemnités journalières. Il expose que le Dr K_____ lui a proposé une nouvelle opération du poignet, à savoir l'installation d'une prothèse totale, laquelle a été fixée au 15 janvier 2019 et était propre à augmenter sa capacité de travail. Contrairement à l'intimée, il estime que cette

A/4061/2018 - 20/23 - nouvelle intervention ne peut être qualifiée de rechute, dans la mesure où elle s'inscrit dans la continuité des traitements qu'il a suivis de manière ininterrompue jusqu'alors, sans guérison. En effet, il a poursuivi son traitement médicamenteux et sa rééducation sensitive auprès de l'ergothérapeute, comme l'a préconisé la Dresse F_____. De plus, la Dresse E_____ a indiqué, dans ses rapports de mars-avril 2018, qu'il ne pouvait reprendre une activité lucrative. Le recourant conteste également l'affirmation selon laquelle l'opération du 15 janvier 2019 constituerait un « fait nouveau » par rapport à la situation prévalant au 21 juin 2018, respectivement au 17 octobre 2018, date de la décision sur opposition.

E. 11

Au regard des griefs soulevés par le recourant, il convient d'examiner si l'intimée était fondée à mettre fin, avec effet au 31 mai 2018, au versement des indemnités journalières et à passer à l'examen du droit à une rente d'invalidité, respectivement à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. a. En l'occurrence, il ressort du dossier que le Dr K_____ a formellement requis la prise en charge, le 4 décembre 2018, d'une (nouvelle) intervention chirurgicale, consistant à installer une prothèse totale du poignet droit. Dans son courrier adressé à la SUVA, le Dr K_____ a indiqué : « [...] [l'assuré] a actuellement un poignet

qui est raide, beaucoup moins douloureux qu'il le fut, mais avec une force quasi absente malgré ses efforts. Le patient est très motivé pour récupérer une fonction de son poignet. Nous avons envisagé avec lui les diverses possibilités chirurgicales, l'arthrodèse totale, le resurfaçage du capitatum par une prothèse de pyrocarbone ou la prothèse totale de poignet. C'est cette dernière possibilité qui a été choisie pour tenter de donner une meilleure mobilité et une force supérieure, qui lui permettrait de reprendre une activité. L'opération pourrait avoir lieu le 15 janvier 2019, sous réserve de votre feu vert pour la prise en charge ».

L'intimée a précisé, dans son écriture du 25 avril 2019, qu'elle avait accepté de prendre en charge l'intervention préconisée par le Dr K_____. b. Il est vrai que, comme le relève l'intimée, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5). La Cour de céans constate que si la date de l'opération fixée par le Dr K_____, à savoir le 15 janvier 2019, est effectivement postérieure à la décision sur opposition attaquée, datée du 17 octobre 2018, cette opération était déjà préconisée et discutée par les médecins du recourant antérieurement au prononcé de ladite décision, de sorte que l'on ne saurait en faire abstraction dans le cadre de la présente procédure, d'autant moins que l'on est en présence d'un fait étroitement lié à l'objet du litige et propre à influencer l'appréciation sur la question litigieuse de la stabilisation de

A/4061/2018 - 21/23 - l'état de santé. À ce propos, il convient de rappeler que, dans son rapport du 24 juillet 2018, la Dresse F_____ relatait que l'assuré était confronté à deux problèmes : d'une part, des « douleurs sensibles pathologiques » - pour lesquelles elle préconisait la poursuite de la rééducation sensible et une consultation auprès de spécialistes de la douleur -, d'autre part, une perte de mobilité et de force, associée à des douleurs mécaniques - pour laquelle il s'agissait dans un premier temps de poursuivre la rééducation avec l'ergothérapeute. La Dresse F_____ indiquait cependant qu'à terme, dès qu'une récupération aurait été obtenue sur le plan des douleurs sensibles (la précision selon laquelle l'opération n'était pas encore d'actualité en août 2018 doit être comprise en ce sens), le problème de la perte de mobilité et de force, associé aux douleurs mécaniques, pourrait être solutionné par une arthrodèse ou une prothèse du poignet. Se ralliant au point de vue de sa consœur, la Dresse H_____, dans son rapport du 16 octobre 2018, exposait en substance que la mobilité du poignet restait déficitaire, qu'elle préconisait une rééducation par un ergothérapeute et que, lorsque les douleurs seraient « stabilisées », une prise en charge chirurgicale pourrait être proposée à l'assuré, sous la forme d'une arthrodèse totale du poignet ou d'une arthroplastie prothétique. Contrairement à ce qu'affirme l'intimé, on constate donc qu'au moment où la décision sur opposition a été rendue, certains avis médicaux permettaient d'envisager une amélioration sensible de l'état de santé, moyennant la poursuite d'un traitement, notamment chirurgical. c. Au vu des différents rapports précités, il apparaît que l'intervention préconisée par les chirurgiens de l'assuré visait à apporter à ce dernier une amélioration sensible de la fonction de son poignet droit, tant en ce qui concerne la mobilité que la force, ainsi qu'à soulager ses douleurs, de manière à favoriser sa réinsertion professionnelle (à tout le moins en étendant le spectre des professions envisageables, eu égard à son atteinte). L'amélioration escomptée de l'état de santé dépendait donc de la poursuite d'un traitement, de sorte que la décision de mettre fin

au versement des indemnités journalières au 31 mai 2018 ainsi que de passer à l'examen du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se révèle, au vu de ces propositions thérapeutiques, prématurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4). De surcroît, il importe de relever que l'intimée a accepté de prendre en charge plusieurs traitements postérieurement à la date à laquelle elle a jugé l'état de santé « stabilisé », à savoir le 31 mai 2018. En effet, elle s'est engagée à prendre en charge non seulement l'intervention chirurgicale précitée, mais encore un suivi par des spécialistes de la douleur et une rééducation sensitive. Interrogé par l'intimée sur la question de savoir si ces deux derniers traitements étaient propres à permettre une amélioration notable de l'état de santé, le médecin d'arrondissement, dans son rapport du 3 octobre 2018, n'a en tout cas pas exclu une telle perspective d'amélioration, puisqu'il a recommandé à la SUVA de prendre en charge ces traitements et de refaire le point sur leur efficacité, quelques mois plus tard.

A/4061/2018 - 22/23 - d. Enfin, on relèvera que la qualification, faite par l'intimée, de l'intervention du

E. 15

janvier 2019 de « rechute » de l'accident du 8 septembre 2014 est sujette à caution, dans la mesure où cela impliquerait, à tout le moins en apparence, une guérison de l'atteinte du poignet droit (cf. supra consid. 5). Or, les différents rapports versés au dossier ne suggèrent aucune guérison (même apparente) de cette atteinte, mais tendent au contraire à démontrer qu'au-delà du 31 mai 2018, persistaient des douleurs, ainsi qu'un manque de force et de mobilité du poignet, limitations que certains traitements – dont l'opération préconisée par les chirurgiens de l'assuré – étaient encore susceptibles d'améliorer. L'intimée a d'ailleurs pris en charge ces propositions thérapeutiques. e. En présence d'une perspective d'amélioration sensible de l'état de santé, l'une des conditions de l'art. 19 al. 1 LAA n'était pas remplie. Partant, le recours doit être partiellement admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée, à charge pour celle-ci de statuer à nouveau – cas échéant, à l'issue d'éventuelles mesures d'instruction complémentaires qu'elle jugerait opportunes – sur la date de la stabilisation de l'état de santé et sur la fin du droit aux indemnités journalières, respectivement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Vu l'issue du litige, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). *****

A/4061/2018 - 23/23 - 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.