

# **GE\_GERICHTE ATAS/718/2018 vom 22. August 2018**

GE Cour de justice, 2018-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_718\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_718_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/718/2018 du 22 août 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/718/2018 del 22 agosto 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/4246/2017 - 8/18 - 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).

### **E. 3**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 4**

Le recours, formé dans le délai et selon la forme prescrits (art. 56 et ss LPGA), sera déclaré recevable.

### **E. 5**

Le litige porte sur le degré d'invalidité que présente le recourant en raison de son atteinte à l'épaule droite.

### **E. 6**

Dans son écriture du 8 janvier 2018, le recourant conclut à l'octroi d'une IPAI pour les lésions subies à son épaule gauche. La chambre de céans relèvera que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée

préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée ne s'est pas prononcée sur le droit éventuel du recourant à des prestations en lien avec son épaule gauche. Partant, la chambre de céans ne saurait se prononcer sur ce point dans le cadre de la présente procédure. La conclusion prise par le recourant dans son écriture du 8 janvier 2018 sera, par conséquent, déclarée irrecevable.

#### **E. 7**

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, 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

A/4246/2017 - 9/18 - (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. 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 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).

#### **E. 8**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. 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

A/4246/2017 - 10/18 - mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale, établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

## **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'occurrence, l'intimée a retenu, en se fondant sur les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ du 1er mai 2017, que le recourant présente, en raison de son atteinte à l'épaule droite, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 7,5 kg et sans mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail est entière et sans baisse de rendement. Si, dans le cadre de son recours interjeté le 23 octobre 2017, le recourant ne contestait ni

l'existence d'une capacité de travail entière sans baisse de rendement dans une activité adaptée, ni les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée, dans son écriture du 8 janvier 2018 par contre, il soutient, en se référant au rapport du Dr I\_\_\_\_\_, que les limitations fonctionnelles précitées ne sont plus d'actualité.

A/4246/2017 - 11/18 - Le Dr I\_\_\_\_\_ a, par rapport du 4 janvier 2018, indiqué, en se basant sur une IRM de l'épaule droite du recourant effectuée le 6 novembre 2017 et sur un examen clinique réalisé le 4 décembre 2017, qu'il existe une dégradation et une importante usure de tous les tendons de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, que le recourant a du mal à atteindre l'horizontale avec son bras droit et qu'il est incapable de soulever une charge de plus de 5 kg au-dessus de 60°. Selon ce médecin, le recourant ne peut reprendre son activité habituelle, ni toute autre activité sollicitant les membres supérieurs. La chambre de céans relèvera que selon une jurisprudence constante, 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). En l'occurrence, dans la mesure où le Dr I\_\_\_\_\_ se fonde sur des éléments de faits postérieurs à la décision litigieuse du 21 septembre 2017, soit une IRM effectuée le 6 novembre 2017 et un examen réalisé le 4 décembre 2017, il n'y a pas lieu de prendre en compte - dans le cadre de la présente procédure - la péjoration de l'épaule droite du recourant que ce médecin a constatée. Par ailleurs, force est de constater l'absence de toute autre appréciation sur la capacité de travail résiduelle du recourant qui justifierait d'écarter les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. En conséquence, il convient de retenir qu'au moment de la décision litigieuse du 21 septembre 2017, le recourant disposait, en raison de son atteinte à l'épaule droite, d'une capacité de travail entière et sans baisse de rendement dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 7,5 kg et sans mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale. La décision sur opposition du 21 septembre 2017 n'est donc pas critiquable sur ce point.

#### **E. 11**

Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant.

#### **E. 12**

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

A/4246/2017 - 12/18 - Le revenu d'invalide 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 SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). b. 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 du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). c. En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se baser, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). À noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1\_skill\_level des ESS publiées depuis 2012 (cf. lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du

## **E. 13**

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou

encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une

A/4246/2017 - 14/18 - invalidité d'origine malade non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

#### **E. 14**

a. En l'occurrence, l'intimée ne s'est pas référée au degré d'invalidité établi par l'OAI, mais a procédé à sa propre évaluation. Le droit éventuel à une rente d'invalidité s'est ouvert en 2014, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là. b. S'agissant du salaire annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2014, c'est à juste titre que ce dernier conteste le montant retenu par l'intimée (CHF 63'050.-), puisqu'il s'agit, selon les informations fournies par l'employeur en date du 6 mai 2013, du salaire réalisé en 2012. Le montant de CHF 63'050.- en 2012 doit donc être porté à CHF 63'972.12, indexé à 2014 selon l'évolution des salaires en termes nominaux pour les hommes (ISS, en 2012 : 2188 et en 2014 : 2220; soit CHF 63'050 x 2220 /2188). c. Quant au revenu avec invalidité retenu (CHF 59'980.-), l'intimée a appliqué la méthode des DPT. Elle a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève, à savoir les n° 7077 (monteur en appareil), 491288 (ouvrier de fabrication sur machines), 11553 (ouvrier), 8452 (assembleur de micromètres digitaux) et 5818 (ouvrier à l'ébavurage). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2014, soit l'année de l'ouverture éventuelle du droit à la rente.

#### **E. 15**

septembre 2017 consid. 6.1 et les références). Par ailleurs, selon un arrêt du Tribunal fédéral 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 (consid. 5), l'âge d'un assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel

A/4246/2017 - 16/18 - employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_439/2017 du 6 octobre 2017 dans lequel il a été jugé, à propos d'un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente, qu'il n'y avait pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard aux bonnes qualifications professionnelles de celui-ci). Enfin, le Tribunal fédéral a récemment précisé qu'il n'avait pas encore tranché la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si, dans ce domaine, l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2 et les références citées). En l'occurrence, cette question peut demeurer indécise, car quand bien même un abattement sur

le salaire statistique serait pris en considération pour tenir compte de l'âge du recourant à la naissance du droit éventuel à la rente (60 ans en 2014), le degré d'invalidité obtenu ne lui serait pas plus favorable. En effet, compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de sa part dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'744.- par année (CHF 5'312.- x 12; ESS 2014, TA1\_tirage\_skill\_level). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41.7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'453.12 (CHF 63'744.- x 41.7 / 40). Enfin, si un éventuel abattement de 10% devait s'appliquer pour prendre en considération l'âge du recourant, comme l'a indiqué l'intimée, le 5 janvier 2018, dans les limites de son pouvoir d'appréciation - étant précisé que le recourant ne conteste pas que les autres circonstances personnelles et professionnelles permettant une réduction du salaire statistique n'entrent en l'espèce pas en ligne de compte - le salaire annuel avec invalidité s'élèverait à CHF 59'807.81 (CHF 66'453.12 – CHF 6'645.31). La comparaison du salaire annuel sans invalidité (CHF 63'972.12) avec le salaire annuel avec invalidité (CHF 59'807.81), aboutit à un degré d'invalidité de 6,50% ( $(63'972.12 - 59'807.81) / 63'972.12 \times 100$ ), soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Partant, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique.

#### **E. 16**

Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

A/4246/2017 - 17/18 -

#### **E. 17**

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGa).

#### **E. 18**

L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, 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 (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité.

#### **E. 19**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/4246/2017 - 18/18 - 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.