

GE_GERICHTE ATAS/788/2012 vom 12. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_788_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/788/2012 du 12 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/788/2012 del 12 giugno 2012

Erwägungen

E. 45

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS 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

A/3468/2011 - 16/26 - fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) * Rectification d'une erreur matérielle le 17.08.2012/WAD/MHW Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. L'objet du litige porte sur les taux de la rente d'invalidité et sur celle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouées par l'intimée au recourant, pour les suites de son accident du 17 mai 2005. 5. a) Aux termes de l'art. 6 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-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 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 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 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

A/3468/2011 - 17/26 - 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, ATF 119 V 337 consid. 1, ATF 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). 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. 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 461 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 118 V 291 consid. 3a). 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 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). 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 p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur

A/3468/2011 - 18/26 - l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV no 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références). 6. Dans le cas de troubles psychiques, 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 115 V 133 consid. 6, 407 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 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. 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. 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 connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces

A/3468/2011 - 19/26 - 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. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie

douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ; - et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

A/3468/2011 - 20/26 - 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 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 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa). 7. Dans un arrêt U 603/2006 du 7 mars 2007, 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 m 70 d'un immeuble en démolition et lui avait percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a également nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ trois à quatre mètres ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille. Il l'a 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. 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 125 V 351 consid. 3).

A/3468/2011 - 21/26 - 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). 9. 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). 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; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). 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). 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 Nr. 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 qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins

A/3468/2011 - 22/26 - 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 (ATF non publié 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). Ainsi, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (ATF 135 V 465). 10. En l'espèce, le recourant allègue que sa chute dans les escaliers l'empêche de travailler dans toute activité, adaptée à ses limitations fonctionnelles ou non. Il avance par ailleurs que depuis plus d'une année, il souffre d'un état dépressif sévère, consécutif à son accident, ainsi que de dorsalgies et de problèmes au genou droit. D'après le recourant, ces nouvelles affections sont indiscutablement en lien de causalité naturelle et adéquate avec son accident, car, avant cet événement, il se portait bien et ne présentait aucun des symptômes aujourd'hui décrits. Il avance par ailleurs qu'une diminution de rendement de 20 à 30% a été reconnue le concernant dans une activité de seulement 3 heures et que des spécialistes ont attesté qu'il ne pouvait plus réintégrer le milieu ordinaire du travail. Il estime dès lors avoir droit à une rente d'invalidité de 80%. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixée à 15% par l'intimée, elle ne tiendrait pas compte de l'intégralité des affections somatiques et psychiques consécutives à son accident. Elle devrait dès lors être portée à 30%. De son côté, l'intimée considère, sur la base du rapport de son médecin d'arrondissement, que le recourant peut mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire dans une activité professionnelle privilégiant la position assise en alternance avec la position debout, avec des déplacements limités à de courtes distances et pour autant que soient écartés la station debout prolongée, la marche sur de longues distances et en terrain instable, le port de charges supérieures à 10 kg, l'accroupissement ou l'agenouillement et l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. S'agissant du trouble dépressif, récemment allégué, l'intimée estime que si l'accident dont a souffert le recourant doit être classé dans les événements de gravité moyenne, à la limite inférieure cependant, il ne remplit pas l'un ou l'autre des critères énumérés par la jurisprudence, pour que le lien de causalité entre ledit trouble et l'accident soit retenu. Quant aux récents diagnostics somatiques de dorsalgies, de risque fracturaire accru et de problèmes au tibia et au genou droit, l'intimée relève que ce sont des affections nouvelles qui ont fait l'objet d'une décision séparée, pour déterminer si un lien de causalité avec l'accident du 17 mai 2005 pouvait être donné. La décision y relative a été rendue le 13 octobre 2011 et a fait l'objet d'une

A/3468/2011 - 23/26 - opposition séparée, de sorte que les nouveaux troubles somatiques allégués par le recourant ne font pas l'objet du présent litige. 11. Il convient donc uniquement de déterminer si les affections psychiques dont se prévaut le recourant sont consécutives à son accident du 17 mai 2005, singulièrement si elles sont à prendre en considération dans le calcul de son invalidité et de la détermination de son indemnité pour atteinte à l'intégrité. Figurent au dossier de nombreux rapports et en particulier celui du Dr B_____ du 2 juillet 2009 dont la valeur probante a d'ores et déjà été reconnue (ATAS/456/2011) par la Cour de céans. Il sied néanmoins de noter que ce praticien ne s'est pas prononcé sur le volet psychiatrique. Dans son analyse, le médecin d'arrondissement a annoncé que le recourant se sentait mal psychologiquement, mais ce n'est qu'en 2011 que les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptomatologie psychotique et de trouble anxieux sans précision ont été posés par le Dr M_____. Celui-ci a expliqué que depuis la décision négative de l'OAI, son patient se sentait incompris, bafoué, non reconnu et vivait

un profond sentiment de préjudice. Son irritabilité était à fleur de peau; il avait la rage au ventre et projetait sa colère sur l'ensemble de sa famille. Cette colère faisait peu à peu place à une tristesse de fond et un sentiment d'impuissance le submergeait. Il rencontrait d'ailleurs un trouble de l'endormissement et des réveils fréquents et précoces s'installaient dans la durée. Il refusait l'aide de ses proches, se refermait sur lui-même, broyait du noir à longueur de journée avec des idées suicidaires sans réels scénarios de passage à l'acte. Plus rien ne lui faisait plaisir, il était abattu, épuisé et avait une vision du monde négative. Il pleurait fréquemment et ne comprenait pas ce qui lui arrivait, puis il culpabilisait de façon intense d'avoir maltraité sa femme et ses enfants. Malgré le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique cognitivo comportemental, le tableau clinique restait stationnaire et l'intensité de la symptomatologie anxio- dépressive demeurait sévère, de sorte que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100%. Le Dr O _____ a également diagnostiqué une dépression réactionnelle à l'évolution douloureuse en sus des nouvelles affections somatiques qui ont fait l'objet d'une décision séparée. La Cour de céans note que ni l'un ni l'autre de ces praticiens ne se sont prononcés sur la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques. En toute hypothèse, cette question n'a toutefois pas besoin d'être tranchée en l'espèce, car même si les troubles psychiques du recourant étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 17 mai 2005, leur caractère adéquat ferait défaut, pour les motifs qui suivent.

A/3468/2011 - 24/26 - L'intimée a estimé que l'accident subi par le recourant devait être classé parmi les accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure. Le recourant quant à lui ne l'a pas qualifié. De l'avis de la Cour et au vu de la jurisprudence, la chute du recourant depuis les escaliers doit être considérée au mieux comme un accident de gravité moyenne, à la limite de l'accident de peu de gravité. Dans le cas d'espèce, il y a en effet lieu de nier l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et du caractère particulièrement impressionnant de l'accident du 17 mai 2005, le recourant ayant déclaré être tombé dans les escaliers à son lieu de travail, sans mentionner de circonstances particulières. S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il est vrai que le recourant a subi deux interventions, à deux et à trois ans de son accident. Il semble cependant que ces délais importants soient bien plutôt attribuables à l'attente pour se faire opérer aux HUG qu'à une longue durée de traitement. Il apparaît d'ailleurs que ce sont avant tout les investigations destinées à fixer les mesures à prendre et les démarches administratives qui ont perduré. Le dossier médical du recourant ne contient par ailleurs aucune mention d'une erreur de traitement ayant entraîné une aggravation des séquelles ou ayant impliqué un traitement plus long et plus lourd que ce qui est habituellement le cas, en présence d'une fracture du calcanéum. Le critère de la durée et de l'incapacité de travail ne peut pas non plus être retenu, étant considéré que le recourant a travaillé, de manière occasionnelle, pour son fils et qu'il n'a pas apporté la preuve que son éloignement du milieu du travail était attribuable à son handicap, mais bien plutôt semble-t-il du fait de n'avoir pas entrepris toutes les démarches nécessaires pour trouver une activité professionnelle en adéquation avec ses limitations fonctionnelles. Le recourant souligne enfin l'importance et la persistance de ses douleurs. La Cour de céans relèvera à cet égard que le recourant ne décrit pas lesdites douleurs, se contentant de les alléguer. Quoiqu'il en soit, ce seul critère n'est pas suffisant, du point de vue de la jurisprudence, pour reconnaître un caractère adéquat au rapport de causalité entre l'accident et le trouble dépressif de gravité sévère mis en évidence par le psychiatre traitant du recourant. Il s'ensuit que les troubles psychiques présentés par le recourant ne peuvent pas être considérés comme étant en relation de

causalité avec l'accident et partant ne peuvent lui donner droit à des prestations de l'assurance-accidents. 12. Le recourant reproche également à l'intimée de n'avoir pas tenu compte de la diminution de rendement - estimée à 20-30% sur une activité de 3h - retenue par les HUG dans leur rapport d'observation. Ce grief ne saurait être retenu. Il convient ici de rappeler qu'il ressort de l'arrêt du 10 mai 2011 (ATAS/456/2011) relatif à la demande en prestations AI que ledit rapport a été écarté par l'OAI, ce que la Cour de céans a confirmé : "Les conclusions du stage d'évaluation ne sont pas non plus suffisantes [...]. Le Service de réadaptation des HUG se fonde en effet sur la seule observation in situ, qui comprend trop de facteurs incontrôlables pour l'emporter sur des conclusions d'ordre médical. Le rapport des HUG n'indique d'ailleurs pas

A/3468/2011 - 25/26 - les facteurs de diminution de rendement de 30%, qu'on ne peut expliquer par l'alternance des positions." 13. Dans la mesure où la valeur probante du rapport du Dr B_____ a été reconnue et qu'aucune appréciation médicale ne permet de la remettre en cause, en termes de limitations fonctionnelles somatiques, la Cour de céans confirme la décision entreprise. C'est donc à bon droit que l'intimée a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qu'elle lui a alloué une rente d'invalidité de 10% et qu'elle lui a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. 14. La Cour de céans attire néanmoins l'attention du recourant sur le fait que, si les troubles psychiques présentés ne sont pas du ressort de l'intimée, il peuvent justifier une demande de révision (art. 17 LPGA) auprès de l'assurance invalidité, pour autant qu'il parvienne à démontrer que lesdits troubles ont engendré une aggravation notable de son état de santé. 15. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3468/2011 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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