

GE_GERICHTE ATAS/918/2017 vom 16. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_918_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/918/2017 du 16 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/918/2017 del 16 ottobre 2017

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

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 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 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.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

a. En 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

A/1270/2017 - 12/22 - 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). 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, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a et ATF 117 V 294 consid. 2a; voir aussi ATF 122 V 34 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_406/2012 du 18 septembre 2012 consid. 3.1). La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b. En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 8 mars 2017 – qui détermine l'objet de la contestation –, l'intimée rejette l'opposition en tant qu'elle est recevable et n'entre pas en matière sur les griefs relatifs à la rente d'invalidité au motif que la décision querellée est entrée en force sur ce point. Par conséquent, elle déclare implicitement irrecevables les conclusions relatives à la rente d'invalidité. Au fond, elle examine uniquement le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son recours, le recourant conclut à l'octroi tant d'une rente d'invalidité que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20 %, soit des conclusions qui excèdent l'objet de la contestation défini par la décision sur opposition du 8 mars 2017.

A/1270/2017 - 13/22 - Aussi, l'objet du litige est-il circonscrit, d'une part, à la question du bien-fondé de l'irrecevabilité des conclusions du recourant relatives à la rente d'invalidité et, d'autre part, à la question du bien-fondé d'une IPAI de 20 %.

E. 6

a. Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (art. 52 al. 1 LPGA). Selon l'art. 10 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1); si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (al. 5). Les exigences posées à la forme et au

contenu d'une opposition ne sont pas élevées. Il suffit que la volonté du destinataire d'une décision de ne pas accepter celle-ci ressorte clairement de son écriture ou de ses déclarations (ATF 115 V 422 consid. 3a; cf. également arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 155/03 du 25 août 2003 consid. 4.2 publié in SVR 2004 AHV no 10 p. 31). Selon la jurisprudence, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable «moyen juridictionnel» ou «moyen de droit» (ATF 125 V 121 consid. 2a; ATF 118 V 185 consid. 1a et les références). A ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près. En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation. Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a; ATF 119 V 350 consid. 1b; SJ 2001 II 212). Partant, la décision de l'assureur entre partiellement en force, dans la mesure où elle n'est pas attaquée en procédure d'opposition (sur certains points) et ne fait pas l'objet d'un examen d'office (ATF 119 V 350 consid. 1b; SJ 2001 II 212; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 27/04 du 15 mars 2005 consid. 3.1). En vertu de l'art. 40 al. 3 LPGA, le délai fixé par l'assureur, respectivement par le juge de première instance, peut être prolongé pour des motifs pertinents si la partie en fait la demande. Il ne s'agit pas d'un délai légal à proprement parler, lequel ne peut pas être prolongé (cf. art. 40 al. 1 et 60 al. 2 LPGA), mais d'un délai dont la durée est laissée à l'appréciation de l'autorité. Sur le principe, un tel délai est prolongeable (RCC 1986 p. 426 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_479/2016 du 2 août 2017 consid. 6.4, destiné à la publication). Selon la jurisprudence, il y a formalisme excessif, constitutif d'un déni de justice formel prohibé par les art. 29 al. 1 Cst. et 6 par. 1 CEDH, lorsque la stricte

A/1270/2017 - 14/22 - application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux. L'excès de formalisme peut résider soit dans la règle de comportement imposée au justiciable par le droit cantonal, soit dans la sanction qui lui est attachée (ATF 134 II 244 consid. 2.4.2; ATF 130 V 177 consid. 5.4.1; ATF 128 II 139 consid. 2a). De manière générale, la sanction du non-respect d'un délai de procédure n'est pas constitutive de formalisme excessif, une stricte application des règles relatives aux délais étant justifiée par des motifs d'égalité de traitement et par un intérêt public lié à une bonne administration de la justice et à la sécurité du droit (cf. ATF 104 Ia 4 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.1). b. En l'espèce, le recourant a formé opposition par courrier du 2 décembre 2016 dans lequel il conclut, à titre préliminaire, à la transmission du dossier et, principalement, à l'annulation de la décision du 23 novembre 2016, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %. Il précise que les motifs de son opposition seront exposés de manière plus complète dès que l'intimée lui aura transmis son dossier. Par courrier du 5 décembre 2016, l'intimée a accusé réception de l'opposition, puis par courrier recommandé du 13 décembre 2016, elle a transmis une copie de son dossier au recourant et lui a accordé un délai de trente jours dès réception du dossier pour préciser s'il maintenait son opposition et, dans l'affirmative, pour qu'il motive son opposition. Après que le recourant ait requis, le 16 janvier 2017, l'octroi d'un délai supplémentaire en précisant qu'il était toujours dans l'attente de rapports médicaux sans

lesquels il ne pouvait pas se déterminer sur les motifs de son opposition, l'intimée a prolongé le délai jusqu'au 28 février 2017. Enfin, dans le délai imparti, le recourant a motivé son opposition tant sur le plan du degré de l'atteinte à l'intégrité que sur celui de l'invalidité en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique supérieure à 20 %. Il ressort de ce qui précède que, le 2 décembre 2016, le recourant a formé opposition à la décision du 23 novembre 2016, dans le délai légal de l'art. 52 al. 1 LPGA arrivant à échéance au plus tôt le 9 janvier 2017 (art. 38 al. 2 et 4 LPGA). L'intimée ne le conteste pas puisqu'elle a accusé réception de ladite opposition par courrier du 5 décembre 2016. En revanche, le recourant a motivé son opposition au-delà de ce délai en prenant des conclusions quant à la rente d'invalidité en sus de celles prises dans le délai légal d'opposition, à savoir en annulation de la décision et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20 %. L'intimée en infère que la décision est entrée en force sur la question de la rente d'invalidité. Or, dans son courrier du 2 décembre 2016, le recourant a très clairement précisé qu'il ne pouvait pas se déterminer sur les motifs de son opposition tant qu'il n'était pas en possession des rapports médicaux demandés à ses médecins, puis à la suite du délai de trente jours que l'intimée a fixé

A/1270/2017 - 15/22 - au recourant pour motiver son opposition, le 13 décembre 2016 lors de l'envoi du dossier, elle a fait droit à la demande du recourant en prolongation de délai au 28 février 2017. Même si, dans son opposition, le recourant a pris uniquement des conclusions relatives à l'atteinte à l'intégrité, il ressort toutefois clairement de son écriture qu'il s'oppose à ladite décision, sans être en mesure de prendre des conclusions définitives et de motiver son opposition avant d'être en possession des rapports médicaux demandés. Or, dans le cadre d'une décision portant aussi bien sur le droit à une rente de l'assurance-accidents que sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a été jugé que ce serait faire preuve de formalisme excessif que d'exiger de l'opposant que ses conclusions se réfèrent expressément au droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, sous peine de quoi la décision entrerait partiellement en force sur ce point. Il suffit qu'il soit possible de déduire des conclusions de l'opposant interprétées au regard des griefs formulés une volonté de contester également l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en plus du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 27/04, op. cit., consid. 3.2 et U 152/01 du 8 octobre 2003 consid. 3). Au demeurant, il était contradictoire de la part de l'intimée d'impartir un délai supplémentaire au recourant pour motiver son opposition en application de l'art. 40 al. 3 LPGA, - qui est prolongeable -, puis de considérer dans sa décision sur opposition du 8 mars 2017 qu'il n'avait pas contesté la question de la rente d'invalidité dans le délai de l'art. 52 al. 1 LPGA. À tout le moins aurait-elle dû clarifier ce point avant d'impartir le délai supplémentaire. Par conséquent, l'intimée a fait preuve d'un formalisme excessif, proche du déni de justice, en déclarant irrecevables les conclusions du recourant relatives à la rente d'invalidité formulées à réception du rapport du Dr F_____ du 18 janvier 2017, dès lors que la stricte application d'une règle de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection. Dans ces conditions, faute de décision sur opposition revoyant la décision initiale sur la question de la rente d'invalidité, la chambre de céans ne peut pas entrer en matière sur les conclusions du recourant à ce sujet. Aussi, la cause doit être renvoyée à l'intimée pour qu'elle statue sur le droit à une rente d'invalidité par décision sur opposition. Reste à examiner la question du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité provoquée par l'accident du 27 novembre 2013.

E. 7

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. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

A/1270/2017 - 16/22 - Au moment de l'accident en 2013, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]; RO 1998 151). b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser un préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous (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). 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

E. 12

janvier 2004 consid. 5.2). c. 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, mentale ou psychique, 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). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une

révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4). .

A/1270/2017 - 17/22 - 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 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). d. 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) en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes. 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). 8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

A/1270/2017 - 18/22 - 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 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). c. 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). d. 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 même faibles 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_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3).

A/1270/2017 - 19/22 - e. 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). f. 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). 9. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b).

Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2). 10. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de ses douleurs chroniques à la cheville droite pour fixer le degré de ladite atteinte et de ne pas avoir appliqué par analogie l'annexe 3 de l'OLAA. Il conteste la valeur probante de l'évaluation du Dr G_____ pour ce même motif. a. L'intimée a fixé l'atteinte à l'intégrité à 20 % sur la base du tableau 5 concernant le taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses. Dans son rapport du 17 août 2016, consécutif à son examen final de la veille, le Dr G_____ constate, à l'examen clinique, une légère diminution de la flexion de la cheville droite et, au bilan radiologique, une arthrose tibio-tarsienne. Dans son évaluation de l'atteinte à l'intégrité du 17 août 2016, il se base sur la table 5 des barèmes d'indemnisation LAA et tient compte d'une arthrose tibio-tarsienne sans instabilité. Il motive le taux de 20 % par le fait qu'il s'agit d'un taux légèrement supérieur au taux minimum en cas d'arthrose tibio-tarsienne grave. Au vu du jeune âge de l'assuré, il mentionne une éventuelle indication à une endoprothèse. b. En l'espèce, selon l'annexe 3 à l'OLAA, la perte d'un pied donne droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Etant donné que le recourant n'a pas perdu même partiellement l'usage de son pied droit, il y a lieu d'appliquer par

A/1270/2017 - 20/22 - analogie le barème en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3) et, par conséquent, de se référer aux tables établies par la Division médicale de la SUVA. Les troubles dont souffre le recourant donnent lieu à une indemnisation au titre de l'atteinte à l'intégrité selon lesdites tables. D'après le tableau 2 concernant le taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, s'agissant de l'articulation tibio-tarsienne, le taux de l'atteinte est de 15 % lorsqu'elle est bloquée à angle droit et de 20 % lorsqu'elle est bloquée en équin. En l'occurrence, la flexion de la cheville droite est diminuée par rapport à la cheville gauche, sans toutefois que cette limitation ne corresponde au blocage de l'articulation tibio-tarsienne à angle droit ou en équin, de sorte que ce tableau ne s'applique pas. Selon le tableau 5 concernant le taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, l'arthrose légère ne donne pas droit à une indemnité. En cas d'endoprothèse, on applique le même taux, que la prothèse soit partielle ou totale. Si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé, sans cumul en règle générale. En cas d'implant d'une endoprothèse, on se base sur l'état non corrigé, c'est-à-dire sur le degré de gravité de l'arthrose avant l'implant. En présence d'arthrose tibio-tarsienne, l'atteinte à l'intégrité se situe entre 5 % et 15 % si l'arthrose est moyenne, 15 % à 30 % si l'arthrose est grave et à 15 % en cas de résection ou d'arthrodèse. Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr G_____ a pris en considération ses douleurs à la cheville droite, puisqu'il a tenu compte d'une arthrose tibio-tarsienne qui, par définition, est douloureuse. Par conséquent, il prend en compte les plaintes du recourant. Son évaluation repose sur un examen clinique en date du

E. 16

août 2016, le dossier radiologique et le dossier médical, notamment le rapport de la CRR du 15 janvier 2016 consécutif au séjour du recourant dans cet établissement du 24 novembre au 22 décembre 2015. Il explique également pourquoi il retient un taux de 20 %. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de l'atteinte à

l'intégrité du recourant à la cheville droite. Au contraire, dans son appréciation du 19 mai 2017, qui procède à un nouvel examen de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, la Dresse H_____ retient l'existence d'une arthrose tibio-tarsienne avancée donnant droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % à 30 % dont la gravité est limitée à l'extrémité ou au tiers postérieur de l'articulation, ce qui justifie d'appliquer un taux de 20 %, soit un taux inférieur au taux maximum de 30 %. Dès lors, l'évaluation du Dr G_____ a valeur probante. Les limitations subies par le recourant sont moins importantes qu'en cas d'arthrodèse de la cheville (blocage complet de l'articulation), qui donne droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % selon la table 5, puisqu'il présente une limitation en dorso-flexion de la cheville et non un blocage total de l'articulation, de sorte que l'atteinte à l'intégrité pour cette limitation est inférieure à 15 %. Par conséquent, en retenant une atteinte à l'intégrité de 20 %, le

A/1270/2017 - 21/22 - Dr G_____ a tenu compte en plus des douleurs dont souffre le recourant et il n'existe pas de motif sérieux justifiant de s'écarter de son appréciation. En définitive, il y a lieu de confirmer l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % en raison des troubles de la cheville droite. 11. Dans un dernier grief, le recourant invoque une violation de l'art. 16 al. 2 LAA, en reprochant à l'intimée d'avoir supprimé son droit à l'indemnité journalière dès le 1er décembre 2016, alors qu'aucune rente d'invalidité ne lui est versée et qu'il n'a pas retrouvé sa pleine capacité de travail. En l'espèce, dans son recours, le recourant ne prend pas de conclusions quant à la poursuite du versement de l'indemnité journalière et cela à juste titre, puisqu'il n'a pas formé opposition sur cette question qui est dès lors entrée en force de chose décidée. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner ce grief. 12. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 8 mars 2017 est partiellement annulée au sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/1270/2017 - 22/22 - 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.