

# GE\_GERICHTE A/1924/2011 vom 19. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1924\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1924_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1924/2011 du 19 avril 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1924/2011 del 19 aprile 2012

## Erwägungen

### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre VUILLE recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, soit pour elle son Service juridique, Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne, représentée par Maître Olivier DERIVAZ intimée EN FAIT 1. Monsieur M \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), de nationalité portugaise, né en 1969, travaillait en qualité de nettoyeur pour le compte de la société X \_\_\_\_\_ SA depuis le 14 juin 2004 et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels ou non auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), lorsqu'il a été victime d'un accident, en date du 25 avril 2007 : l'assuré est tombé du haut de l'échelle sur laquelle il était affairé à nettoyer des vitres et s'est blessé au talon gauche.![endif]>![if> 2. Les premiers soins lui ont été prodigués par les médecins de la Permanence de la Tour, qui ont notamment diagnostiqué une fracture importante comminutive du calcanéum gauche. ![endif]>![if> 3. Le lendemain, l'assuré a subi une intervention chirurgicale consistant en une réduction sanglante et ostéosynthèse par voie externe avec mise en place d'une plaque en acier.![endif]>![if> 4. Une radiographie de contrôle, réalisée le 30 avril 2007, a permis de constater que le matériel d'ostéosynthèse du calcanéum était bien positionné et qu'il n'y avait aucune évidence de fragments intra-articulaires.![endif]>![if> 5. Les radiographies de contrôle effectuées les 22 mai et 26 juin 2007 ont mis en évidence un trait de fracture encore visible et un petit nuage calcique en faveur d'une consolidation en cours. ![endif]>![if> 6. Une nouvelle radiographie de contrôle pratiquée le 26 juillet 2007 a montré que les traits de fracture présentaient un aspect effacé, ce qui témoignait d'une progression satisfaisante de la consolidation osseuse.![endif]>![if> 7. Le 30 novembre 2007, l'assuré a été examiné par le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a jugé que la situation n'était pas encore stabilisée et qu'une totale incapacité de travail était justifiée. Le médecin a émis l'avis que la reprise de l'activité de nettoyeur était très hypothétique.![endif]>![if> 8. Le 7 décembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI) en invoquant l'atteinte à son pied gauche.![endif]>![if> 9. Compte tenu de la persistance des douleurs, dues à une arthrose sous-talienne, l'assuré a subi, en date du 8 avril 2008, une arthrodèse sous-talienne de distraction avec greffon tricortiqué, hétérologue, et autogreffe spongieuse prélevée sur le tibia latéral. En outre, le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé.![endif]>![if> 10. Le 9 septembre 2008, l'assuré a été une nouvelle fois examiné par le Dr A \_\_\_\_\_, qui a indiqué que l'examen clinique était compatible avec une arthrodèse sous-astragalienne consolidée, sans signe inflammatoire. L'évolution était favorable en ce qui concernait la

consolidation osseuse. Cela étant, des douleurs persistaient, ainsi qu'une impossibilité de se sevrer de la canne du côté droit - en raison des douleurs à la charge et de plaintes au niveau du pied gauche. Le Dr A\_\_\_\_\_ a également relevé une amyotrophie au niveau du mollet gauche et une discrète tuméfaction au niveau péri-articulaire de l'arrière pied. Le médecin a jugé que la situation n'était pas stabilisée et suggéré un séjour à la Clinique Romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour complément de rééducation et essai de sevrage de la canne. 11. L'assuré a donc séjourné à la CRR du 30 septembre au 28 octobre 2008. Dans leur rapport du 5 novembre 2008, les médecins de la CRR ont posé les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1), douleurs de la cheville gauche (M 79.6), neuropathie du nerf sural gauche (G 62.9), fracture comminutive du calcanéum gauche avec enfoncement articulaire sous-talien postérieur le 25 avril 2007 (fracture de type joint-dépression) traitée par ostéosynthèse par voie externe et plaque le 26 avril 2007 (T 93.2 ; Z 98.8), ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrodèse sous-talienne de distraction au pied gauche le 8 avril 2008 (Z 98.8). A titre de comorbidités, ils ont retenu une meralgie paresthésique droite (G 62.9) ainsi qu'un asthme allergique anamnestique (pollens) (J 45.0). Les médecins de la CRR ont émis l'avis que la neuropathie ne pouvait expliquer en totalité la symptomatologie alléguée par l'assuré : radiologiquement, l'arthrodèse semblait consolidée et il n'y avait aucun élément en faveur d'une infection ni d'une algodystrophie compte tenu de l'absence de nets troubles trophiques et de déminéralisation mouchetée sur le bilan radiologique ; en outre, aucun défaut d'axe n'était constaté. Les médecins ont suggéré d'effectuer une scintigraphie dans le but de chercher une algodystrophie fruste si la symptomatologie perdurait. Cela étant, ils ont conclu à une totale incapacité de l'assuré à exercer son activité de chauffeur-livreur (recte : de nettoyeur) du 28 octobre au 27 novembre 2008. 12. Une scintigraphie osseuse avec perfusion, SPECT et CT complémentaires a été effectuée le 20 novembre 2008, qui a mis en évidence une ankylose sous-astragaliennne quasiment non existante après arthrodèse astragalo-calcanéenne gauche, associée à une hyperactivité importante précoce et tardive au niveau de l'articulation astragalo-calcanéenne moyenne et du sinus tarsi bien compatible avec les phénomènes inflammatoires liées à une instabilité de l'arthrodèse. Aucune zone de lyse ou défaut du matériel en regard des vis astragalo-calcanéennes n'ont été constatés. 13. Le 22 janvier 2009, l'assuré a subi une ré-arthrodèse sous-talienne gauche avec greffe autologue (tibia proximal gauche). 14. Après avoir une nouvelle fois examiné l'assuré en date du 5 juin 2009, le Dr A\_\_\_\_\_ a demandé une nouvelle évaluation du cas par la CRR, vu la persistance des plaintes algiques, de la boiterie, de l'impossibilité de charger le pied gauche et de l'impossibilité pour l'assuré de se passer de canne du côté droit pour la déambulation. 15. Le 10 juin 2009, l'assuré a été examiné par le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et également médecin d'arrondissement de la SUVA, qui n'a retenu aucun diagnostic. 16. L'assuré a une nouvelle fois séjourné à la CRR du 17 juin au 9 juillet 2009. Au terme de son séjour, les médecins ont estimé que les diagnostics et comorbidités étaient sensiblement les mêmes que ceux retenus dans le rapport du 5 novembre 2008. Seule une nouvelle arthrodèse pour non-consolidation le 22 janvier 2009 (Z 98.8) s'y ajoutait. Les examens radiologiques étaient rassurants ; ils montraient une consolidation qui semblait acquise et un matériel d'arthrodèse en place, sans lyse ni signe de descellement. Les médecins ont jugé que si la situation ne pouvait être considérée comme médicalement stabilisée, on pouvait raisonnablement attendre une évolution favorable dans les six mois, même s'il fallait

compter avec l'existence de facteurs non médicaux (focalisation sur la douleur, peur d'un nouvel échec, perception élevée du handicap fonctionnel). Les médecins ont conclu à la totale incapacité de l'assuré à exercer sa profession de nettoyeur et poseur de sols. En revanche, ils ont estimé qu'à l'automne, lorsque son état pourrait être considéré comme médicalement stabilisé, des activités adaptées à ses limitations (éviter les terrains irréguliers et le port de charges lourdes) devraient être envisagées. 17. Une IRM de l'avant-pied gauche, et plus particulièrement du gros orteil, réalisée le 28 octobre 2009, s'est révélée dans les limites de la norme et n'a pas montré de lésion objectivable. 18. Par courrier du 29 octobre 2009 à la SUVA, le Dr D \_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé du Département de chirurgie de la main des HUG ayant opéré l'assuré à trois reprises, a indiqué que l'arthrodèse était désormais guérie en bonne position. Cliniquement, le médecin avait constaté l'absence de tuméfaction du pied et une bonne mobilité de la cheville, libre, malgré des phénomènes d'hyperesthésies sur le territoire du nerf sural et des douleurs de la coque talonnière. Théoriquement, le médecin a jugé que son patient était apte à reprendre son activité à 100% mais concrètement, il a fait mention de douleurs difficiles à expliquer, apparaissant au 1<sup>er</sup> plan et empêchant d'envisager toute possibilité de travail, raison pour laquelle il a suggéré une réorientation professionnelle de son patient. 19. Le 15 décembre 2009, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin répondant de la Permanence Médico-Chirurgicale de Chantepoulet SA, a décrit la situation de la manière suivante : séquelle douloureuse du pied gauche, opéré trois fois par le Dr D \_\_\_\_\_, douleur de la face antérieure du pied gauche et tendinopathie du pied gauche. Le Dr E \_\_\_\_\_ a jugé que l'état de l'assuré n'était pas stabilisé compte tenu du fond douloureux permanent. 20. Le 8 mars 2010, le Dr A \_\_\_\_\_ a procédé à un examen final. Après avoir résumé le dossier et décrit ses constatations cliniques, le médecin a relaté que, selon l'assuré, la situation stagnait car les douleurs étaient toujours aussi importantes. Cependant, l'assuré pouvait rester assis longtemps sans douleur à condition de pouvoir parfois bouger pour se détendre. Le Dr A \_\_\_\_\_ a considéré que les plaintes algiques et les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec l'arthrodèse consolidée sous-astragaliennne gauche. Il a estimé que la situation était stabilisée, avec un dommage permanent ayant pour conséquence que les traitements antalgiques ainsi qu'une à deux consultations annuelles devraient être pris en charge par la SUVA, tout comme les séances de physiothérapie en cours, étant précisé que l'assuré devrait ensuite se livrer à des auto-exercices à domicile avec le vélo d'appartement déjà en sa possession. S'agissant de la capacité de l'assuré à travailler, le Dr A \_\_\_\_\_ a jugé que l'intéressé était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles suivantes, c'est-à-dire n'impliquant ni marche prolongée, ni travail en terrain instable, ni utilisation d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages. Les travaux à genoux ou en position accroupie étaient également à proscrire, de même que le port de charges supérieures à 5 kg. Quant à l'atteinte à l'intégrité, elle s'élevait à 17,5% (15% en raison de l'arthrodèse astragalo-calcaneenne [table 5 des tables SUVA] + 2,5% à cause de la neuropathie du nerf sural symptomatique). 21. Par courrier du 11 mars 2010, la SUVA a informé son assuré que puisqu'aucune amélioration notable ne pouvait plus être attendue de la continuation du traitement, il était mis un terme à la prise en charge de ce dernier à quelques exceptions près (les contrôles occasionnels, à raison d'une à deux fois par année, avec une prescription éventuelle de médicaments de type antalgique au moyen d'ordonnances renouvelables) ainsi qu'au versement de l'indemnité journalière, avec effet au 31 juillet 2010, date à laquelle une

décision serait prise quant à son droit éventuel à une rente d'invalidité. [endif]>[if> Par la suite, la SUVA, par courrier du 12 octobre 2010, devrait finalement accepter de prendre en charge quatre - et non deux - contrôles médicaux par année. 22. Une CT de la cheville et du pied gauche, effectuée le 20 mai 2010, a mis en évidence un status post-arthrodèse sous-talienne postérieure par deux vis. Le matériel d'arthrodèse était en place, sans complication à ce niveau. Un pont osseux complet au niveau de l'articulation sous-talienne postérieure, traduisant une arthrodèse complète et consolidée était objectivé, de même qu'une déminéralisation osseuse.[endif]>[if> 23. Une scintigraphie osseuse du corps entier, avec perfusion, a été réalisée le 20 octobre 2010. Elle a mis en évidence une activité osseuse discrète à modérée du tarse gauche, sans hyperactivité précoce-inflammatoire en regard, compatible avec des remaniements osseux. La question de la présence de troubles dégénératifs était soulevée.[endif]>[if> 24. Le 3 novembre 2010, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière limitée à la période du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 décembre 2009, date à compter de laquelle l'OAI estimait que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail, y compris dans son activité habituelle. [endif]>[if> 25. Par décision du 2 février 2011, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 19% à compter du 1<sup>er</sup> août 2010 après comparaison d'un revenu sans invalidité de 66'921 fr. et d'un revenu d'invalidité de 53'962 fr. - correspondant au salaire que l'assuré pourrait espérer dans différents secteurs de l'industrie en exerçant une activité légère en position assise.[endif]>[if> 26. Le 3 mars 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant être incapable de poursuivre son activité professionnelle et en produisant à l'appui de sa position un certificat établi par le Dr E\_\_\_\_\_ en date du 11 novembre 2010. L'assuré reprochait en outre à la décision un manque de motivation.[endif]>[if> Dans son certificat, le Dr E\_\_\_\_\_ indiquait que son patient était incapable de reprendre son activité de nettoyeur, dès lors qu'il souffrait toujours d'un état douloureux chronique et que l'appui et la marche avec des cannes lui étaient pénibles. Le médecin évoquait en outre une évolution dégénérative de type arthrose et émettait l'avis qu'une reconversion professionnelle était nécessaire. 27. Par décision sur opposition du 20 mai 2011, la SUVA a confirmé sa décision du 2 février 2011, qu'elle a jugée suffisamment motivée. [endif]>[if> Sur le fond, l'assureur-accidents, se référant aux avis des médecins de la CRR et des Drs D\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, a jugé qu'il était exigible de l'assuré qu'il reprenne une activité lucrative légère, à vocation sédentaire. La SUVA a relevé que l'attestation du Dr E\_\_\_\_\_ se limitait à attester une incapacité de travail dans la profession de nettoyeur et a versé au dossier des rapports d'enquêtes visant à démontrer qu'il existait, sur le marché général du travail, des emplois légers, s'exerçant en position assise et excluant le port de charges supérieures à 5 kg, rémunérés 53'962 fr. 60 par année en moyenne, ce qui, comparé au gain réalisé par l'assuré avant son invalidité (66'021 fr.), conduisait à une perte de gain de 19%. Dans les cantons de Genève et Vaud, pas moins de 79 emplois correspondaient au profil de l'assuré, offrant des rémunérations annuelles comprises entre 40'800 fr. et 64'836 fr. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la SUVA a considéré que, faute d'appréciation divergente d'un autre médecin, il convenait de confirmer le taux retenu (17,5%). 28. Le 22 juin 2011, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente de 50% au moins. Le recourant reproche notamment à la SUVA (ci-après : l'intimée) d'avoir établi les faits de manière inexacte et d'avoir omis de prendre en considération certains passages du certificat du Dr D\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2009. Invoquant un

certificat du Dr E \_\_\_\_\_ du 20 juin 2011, le recourant soutient n'être capable de travailler qu'à hauteur de 50%. Subsidiairement, le recourant demande la mise sur pied d'une expertise extrajudiciaire, voire judiciaire.![endif]>![if> 29. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 22 août 2011, a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. ![endif]>![if> L'intimée rappelle que l'assuré a été examiné par son médecin d'arrondissement postérieurement à l'émission de l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ le 29 octobre 2009, dont elle relève qu'il n'a émis des réserves quant à une pleine capacité de travail de l'assuré qu'en raison des douleurs alléguées par ce dernier. Quant à l'avis du Dr E \_\_\_\_\_, l'intimée soutient qu'il n'explique pas les motifs pour lesquels il ne retient qu'une capacité de travail de 50% seulement. 30. Par écriture du 23 septembre 2011, le recourant a répliqué en précisant notamment que ses recherches d'emploi sont restées infructueuses et que, dans l'impossibilité de réussir le sevrage de la canne, il commence à ressentir des douleurs dorsales de sorte qu'il ne peut être exclu que de nouvelles complications surviennent à moyenne échéance. Il souligne que la scintigraphie osseuse du 21 octobre 2010 soulevait la question de troubles dégénératifs, déjà évoquée par le Dr E \_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 juin 2011.![endif]>![if> A l'appui de sa position, le recourant a produit un certificat de son médecin traitant du 12 septembre 2011, dont il ressort qu'il souffre toujours du pied gauche (hyperesthésie du nerf sural, très variables, mal systématisés, empêchant toute concentration et mobilité pour un travail à 100%). Le médecin y émet l'avis qu'il est illusoire d'attendre de son patient qu'il puisse reprendre une activité à 100%, qui plus est comme nettoyeur et poseur de sols, et propose des tests d'orientation professionnelle pour une activité sédentaire et assise à 50%. 31. Le 7 octobre 2011, le recourant a encore produit un rapport de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle du Service de Neuro-Rééducation des HUG daté du 6 octobre 2011. ![endif]>![if> Il ressort de ce rapport que les capacités professionnelles de l'assuré ont fait l'objet d'une évaluation du 19 au 23 septembre 2011, à raison de 6 heures par jour. Dans ce cadre, il a été demandé à l'assuré de démonter du matériel électronique, debout puis assis, de rénover des dossiers médicaux en position assise, de s'occuper de bureautique, d'utiliser un logiciel de traitement de texte en position assise et de préparer des planches de transfert en position alternée. Il a été relevé que durant le démontage, les diverses positions adoptées par les membres supérieurs et l'utilisation d'outils en force avaient graduellement réveillé des douleurs tant au niveau de l'appui du pied qu'au niveau des dorsales. Au cours de la semaine, une détérioration du rendement et une fatigue étaient progressivement devenues de plus en plus invalidantes. Au bureau, le recourant ne pouvait travailler au clavier sans surélever sa jambe et après une dizaine de minutes, il devait se relever afin de changer de posture. De plus, la position posturale (dos voûté avec appui sur le dos) n'offrait pas le confort désiré. Enfin, le travail de finition sur planche de transfert, qui impliquait des gestes de traction des bras et un mouvement de va-et-vient du torse ne pouvait être exigé plus d'une dizaine de minutes. Les médecins en ont tiré la conclusion que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer à plus de 50% une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Ils ont ajouté qu'au vu du rendement fortement diminué de l'intéressé, il paraissait peu vraisemblable que le marché primaire ou économique puisse lui offrir une activité professionnelle adaptée ; selon eux, une activité dans un atelier protégé serait plus adéquate. Suite à ce rapport, le recourant a modifié sa position et conclu à ce qu'une totale incapacité de gain lui soit reconnue. 32. Par écriture du 12 octobre 2011, l'intimée a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours. ![endif]>![if> L'intimée soutient que le tableau clinique ne peut expliquer l'intégralité des douleurs dont se plaint l'assuré ; or ce sont

surtout ces douleurs qui font obstacle à une reprise du travail, avec des empêchements d'ordre psychique et des séquelles d'ordre dégénératif dont l'intimée n'a pas à répondre.

EN DROIT 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 1<sup>er</sup> 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).<sup>1</sup> La compétence de la Cour de céans 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur celui de son indemnité pour atteinte à l'intégrité.<sup>4</sup> 5. a) Selon l'art. 18 al. 1<sup>er</sup> LAA, 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).<sup>5</sup> b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2). 6. a) 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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c).<sup>6</sup> b) Sans remettre en cause le principe

de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). c) 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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 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\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 7. Le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas tenu compte des nuances apportées par le Dr D \_\_\_\_\_ à l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée. L'intimée invoque quant à elle l'avis du Dr A \_\_\_\_\_ sur le rapport duquel elle s'est fondée pour rendre sa décision. a) Dans son appréciation du 29 octobre 2009, le Dr D \_\_\_\_\_ indique que l'assuré reste algique au point que la reprise d'une quelconque activité professionnelle semble - à l'entendre - impossible. Il conclut de la manière suivante s'agissant de la capacité de travail : « en théorie, la situation actuelle permettrait une reprise du travail à 100%, mais il y a ces douleurs difficiles à expliquer, qui apparaissent au 1<sup>er</sup> plan et l'empêchent d'envisager toute possibilité de travail. Il faudra donc s'orienter vers une réorientation professionnelle qu'il faudrait débiter le plus rapidement possible. Il serait utile qu'un médecin du travail évalue la situation du patient ». En d'autres termes, le Dr D \_\_\_\_\_ suggère une réorientation professionnelle. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation du Dr D \_\_\_\_\_ ne s'oppose pas à celle du Dr A \_\_\_\_\_ dès lors que ces deux praticiens suggèrent la même chose : une réorientation professionnelle. En effet, le Dr A \_\_\_\_\_ considère que le recourant est apte à travailler à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il préconise, en d'autres termes, une réorientation professionnelle vers une activité légère, sédentaire et s'exerçant principalement en position assise. b) On ajoutera que le rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 8 mars 2010 répond aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical du recourant, tient compte des plaintes subjectives de celui-ci, a été établi après un examen clinique et ses conclusions sont motivées. Partant, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation de ce médecin. c) Quant aux avis du Dr F \_\_\_\_\_ des 11

novembre 2010, 20 juin 2011 et 12 septembre 2011, ils ne sont pas suffisants pour remettre en question les conclusions du Dr A\_\_\_\_\_. En effet, dans son attestation du 11 novembre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ se contente de souligner l'utilité d'une reconversion professionnelle, se ralliant ainsi aux conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce n'est qu'en vue puis au cours de la présente procédure, les 20 juin et 12 septembre 2011, que le Dr E\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée, se bornant au demeurant à indiquer - laconiquement - que l'intéressé pourrait travailler à 50% essentiellement en position assise, sans fournir le moindre élément permettant de justifier cette appréciation, à l'exception des douleurs invoquées au niveau du nerf sural - soit au niveau du mollet. C'est le lieu de rappeler 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) et qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration 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 les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque le Dr E\_\_\_\_\_ ne fournit aucun élément objectivement vérifiable permettant de remettre en cause les conclusions du Dr A\_\_\_\_\_. 8. Reste encore à déterminer si le rapport de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG du 6 octobre 2011 permet d'admettre une incapacité de travail.!

a) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228). Ainsi, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (ATF non publié 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1). De plus, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle

et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (ATF non publié 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3). Cette jurisprudence, rendue en matière d'assurance-invalidité, trouve application, par analogie, en matière d'assurance-accidents étant donné que la notion d'invalidité est identique dans ces deux domaines. b) Dans la présente cause, le Service de neuro-rééducation des HUG a considéré que l'augmentation des douleurs du recourant justifiaient une incapacité de travail de 50%. Cela étant, comme le rendement était fortement diminué, le marché économique ne semblait pas en mesure d'offrir une possibilité de trouver un emploi adapté. Par conséquent, une activité dans un atelier protégé ou l'environnement d'un atelier protégé était plus adaptée aux besoins du recourant. C'est le lieu de relever, à titre liminaire, que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail. Les douleurs mentionnées par le recourant devaient ainsi être confirmées par des observations médicales concluantes pour pouvoir être prises en considération dans l'appréciation de la capacité de travail. Or, tel n'est pas le cas, le propre médecin traitant du recourant, le Dr D \_\_\_\_\_, ayant notamment fait état de douleurs difficiles à expliquer. De surcroît, la Cour de céans relève que le stage s'est déroulé pendant une semaine, après une incapacité de travail de près de quatre ans de sorte qu'il n'est pas surprenant que le recourant fasse état de douleurs et que son rendement soit diminué, compte tenu de cette longue période d'inactivité. Enfin, il y a encore lieu de relever que lors de son recours, l'assuré s'estimait capable de travailler à 50%. Ce n'est que suite à ce stage de réadaptation qu'il s'est considéré comme totalement incapable de travailler. Eu égard aux considérations qui précèdent, force est de constater que c'est à juste titre que la SUVA s'est fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement et a reconnu à l'assuré une pleine capacité à exercer une activité adaptée.

9. S'agissant du calcul de la rente d'invalidité et du taux y relatif, il convient de retenir ce qui suit. a) En préambule, il sied de préciser que 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. L'art. 8 al. 1 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). 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).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (ATF 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). Les heures supplémentaires régulièrement accomplies comptent aussi dans le revenu sans invalidité (9C\_45/2008, I 181/05, I 273/05).

c) S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2<sup>ème</sup> éd., p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalide 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'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472).

d) En l'espèce, les calculs effectués par l'intimée - au demeurant non contestés par le recourant -, ne prêtent pas le flan à la critique de sorte qu'il n'y a pas lieu de les examiner en détail. Certes, s'agissant du revenu sans invalidité, la Cour de céans observe que l'intimée n'indique pas comment elle parvient à un revenu de 66'921 fr. mais dans la mesure où ce montant n'est pas contesté par le recourant et qu'il est fixé en sa faveur, la Cour de céans ne s'en écartera pas. Quant au revenu d'invalide, il est admis par le recourant. De plus, la Cour de céans constate à ce stade que l'intimée a respecté les réquisits jurisprudentiels, en produisant cinq descriptions de postes (DPT) adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a arrêté le taux d'invalidité du recourant à 19%  $([66'921 \text{ fr.} - 53'962 \text{ fr.} 60] / 66'921 \text{ fr.} \times 100 = 19.36\%$  soit 19%). S'agissant du montant de la rente, il a été calculé conformément aux dispositions légales applicables. En effet, entre le 25 avril 2006 et le 26 avril 2007, date de l'accident, le recourant a perçu un revenu de 73'646 fr., allocations familiales comprises conformément à l'art. 22 al. 2 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202). Pour une invalidité de 100%, la rente totale se serait élevée à 80 % de ce montant, soit 58'916 fr. 80 par année, et

une rente de 19 % de ce montant correspond par conséquent à 11'194 fr. 20 par an soit 932 fr. 85 par mois. Conformément aux art. 34 LAA et 1 de l'ordonnance 09 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire, l'allocation au renchérissement correspond à 2,9% de la rente soit à 324 fr. 65 par an ou 27 fr. 05 par mois. Le calcul de l'intimée est donc exact. 10. Le recourant conteste également le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été reconnu. [endif]>![if> Il soutient en particulier que le fait qu'il soit capable de travailler à un taux différent de celui retenu par l'intimée entraînerait des conséquences sur le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à cette délégation de compétence, 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. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (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, 1<sup>ère</sup> phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29, consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 8C\_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.2; ATF 124 V 209, consid. 4a/cc). 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 et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le 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 (ATF 133 V 224, consid. 5.1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui

procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 , consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. , n. 235; ATF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). c) En l'occurrence, le Dr A\_\_\_\_\_ a conclu à une indemnité de 17.5 % (15% en application de la table 5 SUVA concernant les arthroses, arthrodèse astragalo-calcaneenne, plus 2,5% pour la neuropathie du nerf sural symptomatique). Selon les tables 2 et 5 relatives à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la SUVA, une arthrodèse sous-astragaliennne donne droit à une indemnité de 15 %. En application de la table 2, une gêne fonctionnelle dans les articulations sous-astragaliennes, p.ex. après une fracture du calcaneum (arthrose) donne droit à une indemnité comprise entre 5 et 30% tandis que des troubles fonctionnels douloureux après fracture - luxation de l'articulation de Lisfranc ou du métatarse donnent droit à une indemnité comprise entre 10 et 20%. Le degré de 17.5 % retenu par le médecin est ainsi conforme aux tables d'indemnisation et à l'annexe 3 à l'OLAA, qui prévoit une indemnité équivalant à 30% du gain assuré en cas de perte totale de l'usage d'un pied, et se révèle d'ailleurs supérieur à celui qu'aurait pu prétendre le recourant si le Dr A\_\_\_\_\_ avait tenu compte de la seule arthrodèse sous-astragaliennne. De plus, comme cela a été relevé, l'indemnisation d'une atteinte à l'intégrité physique ne tient pas compte de facteurs subjectifs mais s'opère de manière forfaitaire, quelles que soient les circonstances particulières du cas. Partant, ni l'intensité des douleurs ressenties par le recourant ni le taux d'incapacité de travail ne justifient une indemnité plus élevée. Par ailleurs, l'assuré n'a fourni aucun élément médical permettant de revenir sur le taux retenu par le médecin d'arrondissement de l'intimée. En l'absence de tout document médical suffisant pour remettre en cause l'estimation de l'atteinte à l'intégrité par le Dr A\_\_\_\_\_, il s'avère inutile, par appréciation anticipée des preuves, de procéder à une nouvelle évaluation de cette atteinte. En conséquence, le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit également être confirmé. 11. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté et la décision sur opposition confirmée. 12. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.