

GE_GERICHTE A/2598/2017 vom 20. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2598_2017

FR: GE_GERICHTE A/2598/2017 du 20 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/2598/2017 del 20 novembre 2017

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI recourant contre SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975 et originaire de Serbie, a travaillé en tant que chauffeur-livreur à 100 % dans diverses entreprises dès le 20 novembre 2006. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA ou l'intimée).! [endif]>! [if]> 2. Le 5 décembre 2006, il a été victime d'un accident professionnel en portant des colis. Il s'est pris les pieds dans une chaîne et il est tombé. Souffrant d'une fracture du radius gauche et d'un arrachement dorsal de l'os pyramidal droit, il a été en incapacité de travail à 100 % du 5 décembre 2006 au 24 mars 2007 et à 50 % du 25 mars 2007 au 30 juin 2007. La SUVA a pris en charge le sinistre et a notamment versé une indemnité journalière jusqu'au 30 juin 2007.! [endif]>! [if]> 3. Le 25 octobre 2007, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel. Son pied droit est resté coincé sous le monte-charge alors qu'il déchargeait un camion, traumatisme qui a provoqué une fracture de la phalange distale de l'hallux droit et du deuxième orteil droit avec incapacité de travail à 100 % du 25 octobre 2007 au 30 janvier 2008. La SUVA a pris en charge le sinistre et a notamment versé une indemnité journalière jusqu'au 30 janvier 2008.! [endif]>! [if]> 4. Au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} avril 2008, l'assuré a été victime d'un troisième accident, le 30 juillet 2008. Il a glissé dans son appartement sur un tapis et a chuté de côté avec réception sur son épaule gauche. Souffrant d'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche sans lésion de la coiffe, il a été en incapacité de travail à 100 % du 30 juillet 2008 au 16 novembre 2008 et à 50 % dès le 17 novembre 2008. Une arthrographie/arthro-IRM de l'épaule gauche pratiquée le 3 octobre 2008 a mis en évidence une discrète arthrose acromio-claviculaire avec signes modérés de conflit sous-acromial.! [endif]>! [if]> 5. Lors de l'entretien du 12 janvier 2009 avec l'inspecteur de sinistre de la SUVA, l'assuré a indiqué qu'il ressentait toujours des douleurs aux poignets à la mobilisation en force et lors du port de charges, ainsi qu'au pied droit, sous les orteils, qui l'empêchaient de poser le pied à plat et induisaient une marche sur le côté externe du pied. Il ressentait également des douleurs au gros orteil qu'il ne pouvait pas fléchir et des sensations de lâchage à la cheville. S'agissant de l'épaule gauche, il avait encore une douleur dans les mouvements d'amplitude. Il ne pouvait pas lever son bras au-dessus de la tête.! [endif]>! [if]> 6. Dans son rapport du 28 avril 2009 consécutif à son examen du même jour, le docteur B _____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a mentionné un antécédent d'hernie discale lombaire. A l'examen, il a constaté une diminution de la force des deux côtés, une diminution de la mobilité du poignet gauche, ainsi qu'une marche avec

pied droit en appui externe et en rotation externe. Au vu de la persistance des douleurs et des limitations fonctionnelles dont l'intensité était difficilement explicable et afin également d'évaluer la nécessité d'un changement de profession, il a considéré qu'un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était nécessaire.

7. L'assuré a séjourné du 12 mai au 15 juin 2009 à la CRR. Dans le rapport d'hospitalisation du 30 juin 2009, le docteur C_____, rhumatologue FMH et médecin associé, a diagnostiqué un status après chute le 5 décembre 2006 avec fracture intra-articulaire non déplacée de l'extrémité distale du radius gauche et arrachement dorsal de l'os pyramidal droit, des douleurs persistantes des deux poignets prédominantes à gauche, un status après fracture de la phalange distale de l'hallux droit et du deuxième orteil droit le 25 octobre 2007, des douleurs persistantes de l'hallux droit, un status après chute à domicile et contusion de l'épaule gauche le 30 juillet 2008, une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule gauche, des douleurs de l'épaule gauche persistantes, des lombalgies d'origine musculosquelettique non spécifiques, ainsi que des discopathies dégénératives débutantes L4-L5 et L5-S1. S'agissant des poignets, il existait une discordance entre les importantes plaintes de l'assuré et l'absence d'élément objectif. Il n'y avait pas de signes d'arthrose ou d'instabilité. L'imagerie pouvait être considérée comme normale avec restitution ad integrum des fractures. Il n'y avait pas de limitation particulière et la diminution importante de la force devait être interprétée comme une autolimitation chez un sujet qui gardait une bonne musculature avec des périmètres des bras et des avant-bras symétriques. S'agissant du pied droit, l'ancienne fracture de la phalange de P2 de l'hallux droit était parfaitement consolidée et il existait un début d'arthrose de l'interphalangienne mais qui expliquait difficilement l'importance des douleurs mentionnées par l'assuré et la démarche permanente sur le bord externe du pied. Un chaussage adapté devrait permettre d'améliorer les douleurs et l'assuré devait également modifier son mauvais schéma de marche. Le Dr C_____ a considéré que l'état de santé en lien avec les deux premiers accidents des 5 décembre 2006 et 25 octobre 2007 était stabilisé, les douleurs persistantes étant difficilement expliquées par les données objectives. Il existait des séquelles douloureuses d'une contusion de l'épaule gauche avec un doute quant à une éventuelle luxation. On pouvait retenir des limitations fonctionnelles s'agissant du travail prolongé en hauteur et du port de charges lourdes les bras en porte-à-faux. Les plaintes paraissaient également quelque peu disproportionnées par rapport aux données objectives. Une stabilisation de l'état de santé était attendue près d'un an après le traumatisme. Dans la dernière profession exercée d'aide chauffeur impliquant des ports de charges relativement lourdes, l'incapacité de travail était de 50 %. Dans une activité adaptée avec port de charges ne dépassant pas les 10 à 15 kg et absence de travail au-dessus du plan des épaules, l'assuré devrait pouvoir avoir une capacité de travail complète. Un examen par le médecin d'arrondissement était préconisé deux mois après la sortie.

8. Dans son rapport du 5 octobre 2009 consécutif à son examen du même jour, le docteur D_____, chirurgien FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'assuré se plaignait démonstrativement de douleurs dorsales, aux pieds mais particulièrement à droite, à l'épaule gauche et aux poignets. Au status, l'assuré se déplaçait en boitant. L'examen objectif était normal ou subnormal. Le Dr D_____ a fait état d'une discordance entre l'examen clinique, l'anamnèse douloureuse et les manifestations douloureuses lors de l'examen. Il a conclu à un état stabilisé sans dommage permanent.

9. Par décision du 7 octobre 2009, la SUVA a considéré sur la base de l'avis de son service médical que les troubles actuels n'étaient plus en relation de causalité probable avec un

accident assuré. Elle a mis fin à ses prestations avec effet au 25 octobre 2009.![endif]>![if> 10. A la suite de l'opposition qu'il a formée le 15 octobre 2009, l'assuré a produit un rapport établi le 8 décembre 2009 par le docteur E_____, chirurgien-orthopédiste FMH. Selon ce dernier, s'agissant de la chute sur l'épaule gauche survenue le 30 juillet 2008, il avait constaté un retour à la normale à partir du 17 novembre 2008 avec reprise du travail à 50 % à partir de cette date. Il n'avait pas retenu une reprise du travail à 100 % dans l'activité de chauffeur-livreur en raison des séquelles des fractures des deux poignets avec arthrose post-traumatique débutante à ce niveau, des séquelles de la fracture du tarse droit et de la spondylarthrose documentée. Une telle reprise à 100 % était peu plausible et peu possible. En revanche, un travail adapté de type chauffeur sans port de marchandises aurait pu être repris à 100 % depuis le 17 novembre 2008.![endif]>![if> 11. Dans son appréciation médicale du 13 janvier 2010 tenant compte des divers rapports médicaux, le docteur F_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA, a considéré que les discrètes altérations dégénératives des poignets évoquées par le Dr E_____ et qui ne ressortaient pas de la documentation de la CRR n'empêcheraient vraisemblablement pas l'assuré de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans la dernière activité exercée de chauffeur-livreur. Son appréciation se basait sur les éléments objectifs ressortant du séjour de l'assuré à la CRR et faisait abstraction de la comorbidité vertébrale étrangère à l'accident, ainsi que des facteurs non-organiques qui influençaient le tableau évolutif. Cette appréciation pourrait être revue en cas d'évolution vers une arthrose d'un degré de gravité notable de la radio-carpienne. Il en allait de même pour l'atteinte à l'intégrité liée aux séquelles des accidents qui en l'état n'atteignait pas un seuil indemnisable.![endif]>![if> 12. Par décision sur opposition du 25 janvier 2010, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a considéré au vu de l'appréciation du Dr F_____, qui tenait compte de l'ensemble des séquelles accidentelles, que l'assuré était en mesure de travailler à 100 % dans son ancienne activité professionnelle. Les signes de non organicité, voire les éventuels troubles de la sphère psychique, n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec les sinistres assurés. Par conséquent, la question de savoir s'il existait un lien de causalité naturelle, pouvait rester indécise. Un examen attentif des critères jurisprudentiels ne permettait pas de considérer que les sinistres assurés – à prendre en considération de manière séparée et de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité – aient pu avoir une influence déterminante dans la composante non organique. Elle avait considéré à juste titre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, que sa capacité de travail dans le métier de chauffeur-livreur était entière et implicitement qu'il n'avait droit ni à une rente d'invalidité, ni à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'assuré était en droit d'annoncer une rechute. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force.![endif]>![if> 13. Le 29 septembre 2011, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel. Il a heurté son genou droit contre un colis posé sur un chariot, traumatisme qui a provoqué une contusion des tissus mous de la face antérieure et antéro-médiale du genou droit avec incapacité de travail à 100 % du 30 septembre 2011 au 13 novembre 2011. La SUVA a pris en charge le sinistre et a notamment versé une indemnité journalière jusqu'au 13 novembre 2011.![endif]>![if> 14. Le 1^{er} décembre 2011, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel. En descendant de sa camionnette, il s'est tordu la cheville gauche en pronation. Le rapport du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève du 1^{er} décembre 2011 a diagnostiqué une entorse et une foulure de la cheville (gauche). Un arrêt de travail à 100 % lui a été accordé à partir du 1^{er} décembre 2011. ![endif]>![if> 15. Par courrier du 13 décembre 2011, la SUVA a accepté

de prendre en charge le sinistre et de verser une indemnité journalière dès le 4 décembre 2011.![endif]>![if> 16. Selon le rapport du Dr E_____ du 22 mai 2012, une capacité de travail à 100 % avait été reconnue à l'assuré à partir du 27 février 2012, les douleurs ayant diminué et étant devenues tolérables. L'assuré avait à nouveau consulté le 23 avril 2012, en raison de la persistance de douleurs. L'IRM de la cheville gauche du 1 er mai 2012 avait mis en évidence des stigmates d'entorse médiale sévère avec un minime arrachement osseux de la partie distale de la malléole interne associé à une probable rupture du faisceau antérieur du ligament deltoïdien. Une arthroscopie de la cheville gauche était prévue le 5 juin 2012. ![endif]>![if> 17. Le 5 juin 2012, le Dr E_____ a procédé à la résection du fragment ostéocartilagineux et du repli de quelques fibres profondes du ligament deltoïde provoquant un conflit net entre le talus et la pointe de la malléole interne. L'intervention avait mis en évidence une petite chondromalacie du côté de la joue interne du talus suite aux frottements répétitifs.![endif]>![if> 18. Selon le rapport du Dr E_____ du 10 septembre 2012, malgré la persistance d'une petite gêne, le traitement avait pris fin le 31 août 2012 et l'assuré avait repris le travail à 100 % le 30 juillet 2012. Puis, dans un rapport du 1 er mars 2013, le Dr E_____ a mentionné la persistance d'un handicap au niveau de la cheville gauche rendant difficiles la marche prolongée et surtout le port de charges. L'assuré se plaignait également de douleurs lombaires basses. Il n'y avait pas d'amélioration à espérer et pas de traitement à proposer. En revanche, s'agissant de la réinsertion professionnelle, il y avait lieu de prévoir des stages dans des activités assises ou de conduite de véhicule sans activité de livreur.![endif]>![if> 19. Au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage depuis le 3 septembre 2012, l'assuré s'est à nouveau tordu la cheville gauche, le 1 er février 2014, en marchant sur un caillou.![endif]>![if> 20. Par courrier du 25 février 2014, la SUVA a accepté de prendre en charge le sinistre et de verser une indemnité journalière dès le 4 février 2014.![endif]>![if> 21. Dans son rapport initial du 6 mars 2014, le docteur G_____, généraliste FMH, a diagnostiqué une entorse grave de la cheville gauche. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 1 er février 2014. Puis, dans un rapport du 17 avril 2014, il a diagnostiqué une entorse moyenne de la cheville gauche sur état post-traumatique de cette cheville gauche, ainsi qu'un état dépressif réactionnel. L'ancien traumatisme de la cheville gauche et l'état dépressif réactionnel étaient susceptibles d'influencer défavorablement le processus de guérison. En raison de l'arthropathie de la cheville gauche, il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage.![endif]>![if> 22. Dans son appréciation du 14 mai 2014, le docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ainsi que psychiatre-conseil de la SUVA, a considéré que l'entorse de la cheville gauche du 1 er février 2014 était un accident banal et qu'il s'agissait d'un deuxième épisode. Il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre un accident mineur, guérissable, d'atteinte à la cheville et la survenue d'un état dépressif réactionnel.![endif]>![if> 23. Dans un rapport du 19 mai 2014, le Dr G_____ a mentionné une algodystrophie toujours présente suite aux anciennes opérations. Il existait des facteurs étrangers à l'accident sous la forme d'un état dépressif réactionnel fluctuant. L'assuré semblait être ralenti non seulement par l'état dépressif, mais aussi par le syndrome douloureux persistant.![endif]>![if> 24. Par courrier du 28 mai 2014, la SUVA a refusé de prendre en charge le traitement psychologique au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 1 er février 2014 et les troubles psychologiques.![endif]>![if> 25. Dans son rapport du 23 juillet 2014 consécutif à son examen du même jour, le Dr I_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'avant la survenue de l'accident de février 2014,

l'assuré se plaignait de douleurs continues à la cheville gauche. Il suivait un traitement par antidépresseur depuis mars 2014. Il n'allait pas bien moralement depuis longtemps mais n'était pas allé voir de médecin pour ce problème. Il présentait également une hernie discale qui l'empêchait de rester assis trop longtemps. A l'examen, le Dr I _____ a constaté une marche avec boiterie du côté gauche et appui partiel de côté par crainte de déclencher des douleurs, ainsi que des douleurs bien localisées au niveau de la malléole interne et de la région pré-malléolaire externe. Il a requis un bilan auprès du médecin-orthopédiste traitant afin d'organiser de façon conjointe une reprise de l'activité professionnelle.![endif]>![if> 26. Dans un rapport du 24 novembre 2014, le docteur J _____, chirurgien-orthopédiste FMH, a indiqué qu'un Spect-CT de la cheville gauche mettait en évidence une arthrose de la gouttière interne avec un conflit malléolaire et talien, une arthrose postéro-médiale de la cheville et une arthrose inter-cunéiforme avec une ostéophytose dorsale, mais asymptomatique. Une résection de l'ostéophyte en conflit mécanique avec la gouttière médiale pourrait rendre l'assuré moins symptomatique de ce côté-là. Toutefois, les autres douleurs de sa cheville, pour lesquelles il y avait relativement peu d'explications, ne bénéficieraient probablement pas de cette prise en charge.![endif]>![if> 27. Selon la notice du Dr I _____ du 22 janvier 2015, compte tenu du « type » de l'événement du 1 er février 2014, on pouvait considérer que celui avait cessé ses effets délétères le 1 er mai 2014, avec atteinte du statu quo sine à cette date. Les troubles actuels étaient en rapport de façon probable avec l'accident du 1 er décembre 2011.![endif]>![if> 28. Dans un rapport du 28 janvier 2015, le Dr J _____ a considéré qu'il n'y avait pas d'amélioration à attendre d'une nouvelle intervention chirurgicale. L'assuré présentait une arthrose de la gouttière interne, de sorte qu'il n'était plus possible de restaurer l'integrum. Il convenait de se concentrer sur l'optimisation des mesures de réinsertion professionnelle afin que l'invalidation ne s'aggravât pas davantage.![endif]>![if> 29. Dans un rapport du 4 février 2015, le Dr G _____ a diagnostiqué un état post-traumatique des deux poignets, un état dépressif réactionnel, une entorse moyenne de la cheville gauche, un état post-traumatique de la cheville gauche, une arthrose de la gouttière interne avec conflit malléolaire et talien, une arthrose postéro-médiane de la cheville, une arthrose inter-cunéiforme et une ostéophytose dorsale. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage (arthropathie chronique, cheville gauche et poignets, dépression à long terme).![endif]>![if> 30. Dans son appréciation du 16 mars 2015 consécutive à son examen du 5 mars 2015, le Dr I _____ a diagnostiqué une arthrose post-traumatique de la cheville gauche. Après la réalisation d'une première arthroscopie en 2012, l'évolution n'était pas satisfaisante car l'assuré marchait toujours avec une boiterie et se plaignait de douleurs périmalléolaires interne et externe. L'ancienne activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible. Dans une activité professionnelle réalisée en alternant les positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans mouvement répété de rotation des deux poignets, tout en permettant des déplacements ponctuels et sans devoir monter sur une échelle, on pouvait s'attendre à une pleine capacité de travail sans baisse de rendement.![endif]>![if> 31. Le 23 avril 2015, l'assuré a subi une arthrotomie interne de la cheville gauche avec résection d'une proéminence antérieure inférieure de la malléole interne.![endif]>![if> 32. Dans un rapport du 20 juin 2015, le Dr G _____ a diagnostiqué un état post-opératoire de la cheville gauche sur ostéophytose dorsale calcanéenne sur cheville arthrosique. L'arthrose de la gouttière interne avec conflit malléolaire et talien, ainsi que l'arthrose postéro-médiale de la cheville avaient influencé l'évolution du traitement. Il fallait s'attendre à la persistance des douleurs arthrosiques de la cheville.![endif]>![if> 33. Dans un rapport du 31 juillet

2015, le Dr E_____ a confirmé son diagnostic précédent et a fait état d'une bonne évolution des troubles, bien que le pronostic fût moyen au vu des plaintes multiples. La situation au niveau de la malléole inférieure s'était clairement améliorée. Le traitement avait pris fin le 17 août 2015, date à laquelle une reprise du travail à 100 % dans une activité adaptée était tout à fait possible. Il fallait s'attendre à la persistance d'une sensibilité de cette cheville.![endif]>![if> 34. Dans son rapport du 23 septembre 2015 consécutif à son examen final du même jour, le Dr I_____ a précisé que l'assuré était toujours suivi par un médecin-psychiatre en raison du retentissement de ses douleurs et de son mauvais moral. Selon l'assuré, l'intervention chirurgicale récente n'avait pas amélioré la situation, mais l'aurait aggravée. Il se plaignait toujours de douleurs aux mouvements de rotation des deux poignets avec gêne à la conduite. A l'examen, l'assuré marchait avec boiterie d'épargne au niveau du membre inférieur gauche. A la cheville gauche, l'appui complet était esquivé et l'assuré appuyait plus nettement sur la face externe du pied ainsi que du talon. La douleur à la pointe de la malléole interne avait diminué par rapport au dernier examen. Elle serait plus importante dans la région supra-malléolaire interne et ne semblait par conséquent pas en rapport avec l'intervention récemment réalisée. Il existait également une douleur supra-malléolaire externe. Les troubles actuels étaient toujours en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 1^{er} décembre 2011 qui avait conduit à une aggravation déterminante de l'état antérieur. En accord avec la proposition du Dr E_____, on pouvait s'attendre depuis le 17 août 2015 à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dans une activité adaptée telle que définie dans l'appréciation du 5 mars 2015. S'agissant de l'accident du 5 décembre 2006 avec atteinte aux deux poignets, il n'y avait eu récemment aucun bilan radiologique et le Dr I_____ a demandé à l'assuré de pratiquer dans les meilleurs délais un tel bilan avec également un cliché de contrôle de la cheville gauche.![endif]>![if> 35. Selon le rapport du 9 novembre 2015 du case manager de la SUVA faisant suite à son entretien avec l'assuré du même jour, celui-ci avait déposé une demande AI le 1^{er} mai 2014. Il avait suivi une mesure d'orientation professionnelle sous forme de stage chez IPT qu'il avait dû interrompre en raison de la hernie discale. L'assuré parlait très bien le français. Puis, dans son rapport du 31 mars 2016 consécutif à l'entretien du même jour avec l'assuré, le case manager a précisé que celui-ci se plaignait toujours des mêmes douleurs concernant sa cheville et marchait en boitant avec un périmètre de marche toujours très limité. Il présentait également des douleurs aux poignets et au dos. Il n'arrivait pas à se stabiliser, toutes les positions étaient difficiles et il devait toujours alterner les différentes positions. Il avait arrêté le suivi médical pour la dépression car il ne voyait pas d'amélioration et les médicaments lui occasionnaient trop d'effets secondaires. L'assuré lui avait remis une copie de son dernier contrat de travail du 1^{er} janvier 2011 basé sur la convention collective de travail/DPD Suisse SA conclu entre lui-même et M_____ à Monthey (ci-après : l'ex-employeur) prévoyant un salaire mensuel de CHF 4'500.- pour l'activité de chauffeur-livreur à 100 % dès le 1^{er} janvier 2011, plus indemnité mensuelle pour frais de repas et de téléphone de CHF 350.-. Les allocations familiales étaient versées directement par la caisse.![endif]>![if> 36. Dans son rapport du 24 novembre 2015, le Dr G_____ a mentionné un état stationnaire avec toujours un état algique sans changement par rapport à son dernier rapport.![endif]>![if> 37. Par courrier du 7 avril 2016, la SUVA a informé l'assuré que selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 1^{er} décembre 2011. Par conséquent, elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux, à l'exception de quatre consultations annuelles de suivi auprès de son

médecin ou chirurgien traitant. Selon l'avis de son médecin-conseil, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière sans baisse de rendement. Afin de lui permettre d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'AI des démarches pour trouver un poste de travail adapté, elle continuait à verser l'indemnité journalière jusqu'au 31 juillet 2016 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %. A ce moment-là, elle se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 38. Le 29 août 2016, l'ex-employeur a précisé à la SUVA que sans l'accident, l'assuré aurait perçu un revenu annuel de CHF 58'830.- en 2012, CHF 58'859.- en 2013 et 2014, ainsi que CHF 58'918.- en 2015.![endif]>![if> 39. Dans le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente daté du 18 novembre 2016, la SUVA a indiqué que le gain annuel était calculé sur la base du salaire que l'assuré avait reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année ayant précédé l'accident, soit CHF 47'155.-. Une capacité de travail entière sans baisse de rendement était exigible dans une activité adaptée. L'assuré pourrait réaliser un salaire mensuel de CHF 4'695.- (56'351.80 : 12) qui devait être comparé au gain réalisable sans l'accident de CHF 5'340.- (64'080 : 12). Il en résultait une perte économique de 12 %. Pour établir, le revenu avec invalidité, la SUVA a retenu cinq descriptions des postes de travail (DPT), deux dans le canton de Vaud et trois dans le canton de Genève répondant aux exigences des limitations fonctionnelles, à savoir les nos 10907823, 7237, 12845863, 1551 et 10054392, le salaire moyen s'élevant à CHF 56'351.80.![endif]>![if> 40. Dans son appréciation du 14 octobre 2016, le Dr I_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité pour la cheville gauche à 10 % au vu de l'arthrose modérée. Il s'est basé sur la table n° 5 pour atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose.![endif]>![if> 41. Par décision du 21 novembre 2016, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % dès le 1^{er} août 2016, soit une rente mensuelle de CHF 377.25 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % pour l'accident du 1^{er} décembre 2011, soit un montant de CHF 12'600.-. Les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.![endif]>![if> 42. Le 22 décembre 2016, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Selon ses médecins, l'atteinte à la santé et le manque à gagner étaient bien plus importants que les taux retenus dans la décision querellée. Il a conclu au versement d'une rente « entière » et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à CHF 12'600.-. Il a requis un délai supplémentaire pour motiver son opposition après réception d'une copie du dossier.![endif]>![if> 43. Dans son complément d'opposition du 6 février 2017, l'assuré a fait grief à la SUVA de ne pas avoir instruit la question des troubles psychiques, notamment de ne pas avoir interpellé la docteure K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. S'agissant des atteintes physiques, l'appréciation du médecin-conseil de la SUVA ne se basait sur aucune constatation médicale récente et ne tenait pas compte de la détérioration globale de son état de santé avec le temps. L'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer l'importance dans leur globalité des atteintes à la santé et de leur incidence sur sa capacité de gain, ainsi que l'apport du rapport de l'expertise psychiatrique ordonnée par l'office de l'assurance-invalidité, une fois qu'il serait établi. Au regard de l'instruction insuffisante du dossier, l'assuré a contesté tant le taux du manque à gagner que celui de l'atteinte « à la santé ».![endif]>![if> 44. Par décision sur opposition du 12 mai 2017 reçue le 15 mai 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. S'agissant des troubles psychiques, il n'existait ni lien de causalité naturelle entre les atteintes de la cheville gauche et l'état dépressif réactionnel au regard de la banalité des accidents des 1^{er} décembre 2011 et 1^{er} février 2014, ni lien de causalité adéquate, aucun des critères jurisprudentiels n'étant réalisé. La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'était pas

opportune et les prestations litigieuses ne devaient être examinées qu'au regard des seules séquelles physiques des sinistres assurés et en ne tenant compte que des séquelles objectives des accidents en cause. Afin de mieux prendre en considération la nécessité pour l'assuré d'alterner les positions assise et debout, la SUVA a pris en compte trois nouvelles DPT (nos 10910383, 10491 et 10906833) et a confirmé le degré d'invalidité de 12 %. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'assuré n'apportait aucun élément médical propre à contester les conclusions du Dr I_____ auxquelles il convenait d'accorder une entière valeur probante. Il n'y avait pas davantage lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.!

45. Par acte du 14 juin 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de remboursement des droits de greffe et de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 12 mai 2017, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a contesté l'absence de lien de causalité naturelle entre les cinq accidents et ses troubles psychiques au motif que l'intimée avait omis de prendre en considération que ses atteintes à la santé ne résultaient pas d'un accident isolé, mais bien de la répétition de cinq accidents. Il revenait à son psychiatre traitant, la Dresse K_____, de se prononcer sur le lien de causalité entre ses troubles psychiques et les accidents subis ou, cas échéant, à une expertise pluridisciplinaire. S'agissant des atteintes physiques, l'intimée avait procédé à l'évaluation du degré d'invalidité en se basant sur des examens médicaux de 2015, sans tenir compte de l'aggravation de son état de santé. Le recourant a contesté être en mesure d'exercer un quelconque emploi adapté. Par conséquent, tant le taux de la rente d'invalidité que celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avaient été manifestement sous-évalués.!

46. Dans sa réponse du 30 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. S'agissant de l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et les accidents assurés, l'intimée a rappelé que selon la jurisprudence, il convenait de procéder à un examen séparé de la causalité adéquate pour chaque événement accidentel, en particulier lorsque plusieurs accidents ont provoqué des atteintes diverses. En l'occurrence, aucun des accidents subis ne pouvait être considéré comme étant de gravité moyenne et aucun des critères jurisprudentiels n'était réalisé avec une intensité suffisante pour admettre un lien de causalité adéquate. Dans son appréciation du 29 août 2017, la doctoresse §§, spécialiste FMH en chirurgie et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de l'intimée, avait confirmé que l'examen final du Dr I_____ tenait compte de toutes les répercussions des accidents assurés, sous réserve de celui ayant impliqué l'épaule gauche, de sorte qu'il fallait également retenir au titre des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, les activités impliquant l'élévation répétitive du bras gauche au-dessus de l'horizontal. En procédant à une nouvelle appréciation du revenu d'invalidité tenant compte de cette limitation sur la base des DPT (nos 10910383, 12845863, 10491, 5825 et 11576), le salaire moyen était de CHF 58'084.60, soit supérieur à celui retenu dans la décision litigieuse. Le calcul n'était pas plus avantageux en établissant le revenu d'invalidité sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), car après les divers adaptations et abattement, il serait également supérieur à celui ressortant de la décision attaqué. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % avait également été confirmé par la Dresse L_____.!

L'intimée a produit dans la procédure l'appréciation de la Dresse L_____. Selon cette dernière, vu l'atteinte du poignet gauche, le recourant ne pouvait plus exercer sa profession antérieure nécessitant le port de charges importantes dès lors qu'il devait réduire au maximum la sollicitation

importante et répétitive du poignet gauche en raison du développement prévisible d'arthrose. Suite à l'arthrose du compartiment interne de sa cheville gauche, il devait également éviter les déplacements itératifs avec montée et descente d'escalier et de camionnette. La contusion de l'épaule gauche était guérie depuis longtemps et les douleurs persistantes étaient à mettre sur le compte de l'arthrose acromio-claviculaire débutante d'origine malade. La fracture de l'hallux ainsi que celle du deuxième orteil à droite étaient consolidées et avec le port d'une chaussure adéquate, il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles. La contusion du genou droit était guérie depuis longtemps. En définitive, en lien avec les séquelles des accidents assurés, la capacité de travail du recourant était entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée avec alternance des positions assise et debout, déplacements ponctuels, ports de charges limités à 10 kg, sans mouvements répétés de rotations des deux poignets et sans devoir monter sur une échelle. En rapport avec l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire, le recourant devait également ne pas élever le bras au-dessus de l'horizontale de manière répétitive. En présence d'arthrose, il convenait de définir le degré de l'atteinte à l'intégrité selon la table n°5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité. Dans la mesure où le recourant souffrait d'une arthrose moyenne de la gouttière interne (tibio-tarsienne) avec un conflit malléolaire et talien, il y avait lieu d'appliquer un taux de 5 à 15 %. En retenant un taux légèrement supérieur au taux inférieur en cas d'arthrose tibio-tarsienne moyenne et non le taux maximum de 15 %, le Dr I_____ avait tenu compte que l'articulation tibio-tarsienne était touchée seulement dans sa partie médiale ou interne, de sorte que son appréciation ne pouvait être que confirmée. Il ne fallait pas prendre en considération la table n°2 utilisée en cas d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, car aucun des différents examens cliniques du Dr I_____ et des divers intervenants n'avait mis en évidence une articulation tibio-talienne bloquée à 90° ou un pied en équin. Par contre, le Dr I_____ avait constaté un léger déficit en dorso-flexion qui ne donnait pas droit à une indemnisation. Une instabilité de la cheville n'était évoquée à aucun moment par les divers rapports médicaux. Même si la symptomatologie douloureuse était principalement due à l'arthrose tibio-talienne, les divers examens avaient permis de constater une mobilité conservée de la cheville droite, pour ainsi dire normale/symétrique. La table n°1 utilisée lors d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs n'était pas davantage applicable, faute de poignet bloqué en extension ou en flexion, perte de pronation ou de supination, voire d'arthrodèse. Par conséquent, le taux de 10 % tenait compte de toutes les circonstances. Si le recourant bénéficiait dans le futur d'une arthrodèse ou d'une autre intervention chirurgicale au niveau radio-carpien, une réévaluation pourrait être de mise. 47. Dans sa réplique du 26 septembre 2017, le recourant a considéré comme arbitraire d'opérer une distinction entre la victime d'un accident grave et celle d'une série d'accidents de gravité moyenne, l'atteinte à la santé et à la capacité de gain étant identiques dans ces deux cas. Par conséquent, il persistait à solliciter la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. L'ampleur de son atteinte à la santé n'était pas reconnue par l'intimée et il était contraint de vivre dans le dénuement au bénéfice de l'aide sociale. Il a persisté dans ses conclusions précédentes. 48. Le 28 septembre 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée et, sur quoi, a gardé la cause à juger. 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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.

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).

3. Le 1^{er} 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.!

> 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).!

> 5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les conséquences des troubles psychiques développés par le recourant et si celui-ci a droit à une rente d'invalidité LAA, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevées. !

> 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les

références).!

> Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 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 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En présence d'une atteinte à la

santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 7. En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2. p. 184 s.), ou encore d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109).!

En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il y a lieu d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, de prendre en considération un certain nombre d'autres critères déterminants (cf. ATF 115 V 133 et 403 précités). Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, 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 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 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 minime, 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 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 un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. 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 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

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

9. Dans un premier grief, le recourant reproche à l'intimée d'avoir nié un lien de causalité entre ses troubles psychiques et ses divers accidents successifs, respectivement de ne pas avoir instruit la question de ses troubles psychiques.

a) En l'espèce, le rapport du Dr G _____ du 17 avril 2014 mentionne pour la première fois

un diagnostic d'état dépressif réactionnel, de sorte qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, ce trouble psychique est consécutif à l'accident du 1^{er} février 2014. Sur la base de l'appréciation du 14 mai 2014 du Dr H_____ arrivant à la conclusion qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre l'accident mineur guérissable d'atteinte à la cheville du 1^{er} février 2014 et l'état dépressif réactionnel, l'intimée a nié, le 28 mai 2014, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident touchant la cheville gauche du 1^{er} février 2014, respectivement a refusé de prendre en charge le traitement psychique. b) D'après l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Seules les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par cette disposition peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA). Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 4.2). Lorsque l'assureur refuse des prestations importantes sans rendre de décision formelle, l'art. 51 al. 2 LPGA s'applique par analogie et l'assuré est en droit de demander à l'assureur la décision formelle qui ne lui a pas été adressée. Selon la jurisprudence, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. À défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1^{er} LPGA avait été appliquée à juste titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_63/08 du 12 mars 2008 consid. 2). Un délai plus long, jusqu'à quatorze mois, entre en ligne de compte en particulier si l'assuré, qui ne connaît pas le droit et n'est pas représenté par un avocat, peut admettre de bonne foi que l'assureur n'a pas encore voulu rendre de décision de clôture et qu'il est en train de procéder à des mesures complémentaires d'instruction (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). c) En l'occurrence, le recourant n'a contesté le refus de l'intimée du 28 mai 2014 de verser des prestations en relation avec les troubles psychiques que dans le cadre de son complément d'opposition du 6 février 2017, soit près de trois ans après le refus desdites prestations, à savoir dans un délai largement supérieur au délai jurisprudentiel de quatorze mois. Par conséquent, ce refus est entré en force et le recourant ne peut pas reprocher à l'intimée de ne pas avoir instruit la question du lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'entorse de la cheville gauche. d) Par surabondance, le lien de causalité adéquate entre lesdits troubles psychiques et l'accident du 1^{er} février 2014 doit être nié ; dès lors que le recourant n'est tombé que d'une hauteur d'homme, l'accident doit être qualifié de chute banale voire, tout au plus à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 272/01 du 30 septembre 2002 consid. 4.2.1 et U 199/99 du 19 mai 2000 consid. 4c). Au demeurant, il n'y a pas d'éléments de nature à faire apparaître la chute en cause comme particulièrement impressionnante ou dramatique. La lésion qu'elle a entraînée (entorse moyenne de la cheville gauche) ne saurait être qualifiée de grave et propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Quant aux autres critères, ils ne sont pas davantage réalisés puisque selon la notice du Dr I_____ du 22 janvier 2015, le statu quo

sine a été atteint le 1^{er} mai 2014, soit trois mois après l'accident. Quant au lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 1^{er} décembre 2011, ce dernier doit également être qualifié d'accident banal tout au plus à la limite inférieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, sans caractère particulièrement impressionnant ou dramatique pour les mêmes raisons que celui du 1^{er} février 2014. Cette entorse sévère de la cheville gauche avec arrachement minime osseux à la malléole interne a entraîné des séquelles sous forme d'arthrose de la gouttière interne avec conflit malléolaire et talien. Selon le rapport du Dr E_____ du 10 septembre 2012, le traitement relatif à cette entorse avec conflit malléolaire a pris fin le 31 août 2012, à savoir dix-huit mois après l'accident, soit un suivi médical devant être considéré comme normal pour le type de traumatisme subi (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 93/04 du 14 février 2005 consid. 4.2). Le Dr E_____ précise également que le recourant a repris le travail à 100 % le 30 juillet 2012, de sorte que le critère de la durée de l'incapacité de travail n'est pas davantage rempli. Seul est réalisé le critère des douleurs physiques persistantes dues au développement d'une arthrose de la gouttière interne avec conflit malléolaire et talien ayant nécessité une arthrotomie interne de la cheville gauche, le 23 avril 2015, le traitement relatif à cette intervention ayant pris fin le 17 août 2015. Toutefois, le seul critère des douleurs persistantes qu'on peut admettre en raison de l'arthrose ne suffit pas pour que l'accident assuré soit considéré comme la cause adéquate de l'affection psychique (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 93/04, op. cit., consid. 4.2). e) Selon le recourant, c'est l'ensemble des accidents qu'il a subis durant sa carrière professionnelle qui légitime la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques. A cet égard, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, lorsque deux ou plusieurs accidents ont provoqué des troubles du développement psychique, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit en principe être appréciée séparément pour chaque accident. Cette règle s'applique en particulier dans les cas où les accidents ont porté sur différentes parties du corps et occasionné des atteintes diverses (ATF 115 V 133 consid. 6, 403 consid. 5; RAMA 1996 n° U 248 p. 177 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a jugé que le principe d'un examen séparé de la causalité adéquate vaut également dans les cas où la personne assurée a subi plus d'un accident ayant touché la même partie du corps. Il n'a cependant pas écarté qu'il soit tenu compte de la survenance d'atteintes successives à une même partie du corps dans l'examen des critères jurisprudentiels lorsque les conséquences des différents événements ne peuvent pas être distinguées les unes des autres sur le plan des symptômes douloureux et/ou de l'incapacité de travail. Cette circonstance est à considérer dans le cadre de l'appréciation des critères de la gravité et la nature des lésions, du degré et de la durée de l'incapacité de travail, respectivement du traitement médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.1 et les références citées). Il s'ensuit que la seule circonstance que le recourant a subi un certain nombre d'accidents ne permet, en elle-même, aucune déduction quant à la causalité adéquate entre les troubles psychiques dont il est affecté et la survenance d'un événement assuré, les critères dégagés par la jurisprudence en ce domaine devant se trouver cumulés en cas d'accident de moindre gravité (cf. ATF 115 V 403 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 272/01 du 30 septembre 2002 consid. 4.3.1). On peut d'ores et déjà relever que le critère des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes entourant l'événement accidentel doit, comme ce critère l'indique, être examiné séparément pour chaque accident et ne saurait être admis du seul fait que le recourant a été victime de deux accidents successifs dans un intervalle de temps rapproché. Il ne s'agit pas d'additionner les faits mais de procéder à une

appréciation globale des circonstances seulement si la nature du critère à considérer le permet (pour un exemple voir ATF 115 V 399 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 , op. cit., consid. 5.2). Pour le surplus, quant aux quatre premiers accidents de 2006, 2007, 2008 et septembre 2011, le recourant a été victime de banales chutes qui se situent sans conteste dans la limite inférieure des accidents de gravité moyenne. Par ailleurs, aucun accident n'a été particulièrement impressionnant ou entouré de circonstances particulièrement dramatiques. S'agissant des accidents de 2006, 2007 et septembre 2011, l'incapacité de travail a duré six mois, respectivement trois mois et un mois et demi. Quant à l'accident du 1^{er} avril 2008, selon le rapport du Dr E _____ du 8 décembre 2009, l'orthopédiste traitant avait constaté un retour à la normale à partir du 17 novembre 2008, soit après huit mois et demi. Concernant les trois premiers accidents de 2006, 2007 et 2008, par décision sur opposition du 25 janvier 2010, entrée en force, l'intimée a considéré qu'il n'existait aucun lien de causalité adéquate entre les sinistres assurés et la composante non organique. Cette question ayant déjà été tranchée, il n'y a pas lieu de revenir sur cette qualification, ce d'autant plus que selon les précisions apportées par la Dresse L _____ dans son appréciation du 29 août 2017, les douleurs persistantes de l'épaule gauche sont à mettre sur le compte d'une arthrose d'origine malade et non pas accidentelle. Quant à l'accident de septembre 2011 qui a consisté en une contusion des tissus mous au genou droit, les autres critères ne sont à l'évidence pas réalisés, la lésion ayant été bénigne et le traitement ayant pris fin rapidement sans persistance de douleurs. En définitive, faute de lien de causalité tant habituelle qu'adéquate entre les troubles psychiques et les six accidents assurés, la question de l'évaluation de l'invalidité du recourant doit être examinée en fonction des limitations fonctionnelles dues aux seules séquelles physiques assurées.

10. 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).
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).

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).

11. 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 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

12. En l'espèce, dans ses appréciations du 16 mars 2015 et du 23 septembre 2015 après examen du recourant, le Dr I_____ observe que celui-ci marche avec une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche et se plaint de douleurs péri-malléolaires à la cheville gauche, ainsi qu'à la rotation des deux poignets avec gêne à la conduite. Il diagnostique une arthrose post-traumatique de la cheville gauche. Il évalue la capacité de travail du recourant comme étant nulle dans son activité de chauffeur-livreur et de 100 % dans une activité adaptée alternant les positions debout et assise, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans mouvements répétés de

rotation des deux poignets, sans montée ou descente d'escaliers ou d'échelle et avec déplacements ponctuels. Ces appréciations se basent sur son examen clinique, les plaintes du recourant, ainsi que le dossier radiologique et médical. Par ailleurs, l'évaluation du Dr I _____ est confirmée tant par le rapport du Dr E _____ du 31 juillet 2015 qui fait état d'une bonne évolution des troubles et de la possibilité d'une reprise du travail à 100 % dans une activité adaptée, que par la Dresse L _____. En outre, ces appréciations tiennent compte d'éléments objectifs et sont complètes puisqu'elles se prononcent également sur la question du lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 1^{er} décembre 2011. Dans ses divers rapports, le Dr G _____ persiste à attester une incapacité de travail à 100 %. Dans son rapport du 4 février 2015, il mentionne la persistance prévisible d'un dommage en raison de l'arthropathie chronique, de la cheville gauche et des poignets, ainsi que de la dépression à long terme. Il ne motive pas son appréciation et ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée bien qu'il semble considérer que ce dernier présente une incapacité de travail totale et permanente dans toute profession au regard des divers troubles dont il est atteint. Attendu que ce médecin ne fait pas état de nouvelles pathologies, n'explique que très brièvement ses conclusions et que ses rapports ne contiennent pas de description clinique détaillée justifiant l'incapacité de travail retenue, ces derniers (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a) ne sauraient mettre en doute les appréciations concordantes des autres médecins. Le recourant fait grief à l'appréciation du Dr I _____ de dater de plusieurs mois et de ne pas tenir compte de la détérioration globale de son état de santé avec le temps. Or, ladite appréciation repose sur ses examens des 5 mars 2015 et 23 septembre 2015 réalisés pour le dernier quatorze mois avant la décision du 21 novembre 2016, respectivement vingt mois avant la décision litigieuse. Etant donné que dans son dernier rapport du 24 novembre 2015, le Dr G _____ constate un état stationnaire avec un état algique sans changement par rapport à ses rapports précédents et que le recourant ne produit aucun rapport médical mentionnant une aggravation de son état de santé en lien avec les accidents assurés, force est de constater qu'il ne rend pas plausible une modification de son état de santé depuis le dernier examen du Dr I _____. Au demeurant, lors de son examen final du 23 septembre 2015, ce dernier avait invité le recourant à procéder dans les meilleurs délais à un bilan radiologique englobant les poignets et la cheville gauche, bilan auquel le recourant ne s'est apparemment pas soumis. En définitive, l'appréciation du Dr I _____ ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes et remplit les critères jurisprudentiels qui permettent de reconnaître à un rapport médical pleine valeur probante. Par conséquent, la chambre de céans suivra ses conclusions, à savoir que le recourant présente une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues. 13. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident 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'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). 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). 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). Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1); est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2, deuxième phrase). Sous réserve de diverses dérogations qui ne concernent pas le présent cas, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 let. d LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 22 al. 4 OLAA que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1^{ère} phrase); si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (2^{ème} phrase); en cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (3^{ème} phrase).

14. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). 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'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 15. En l'espèce, l'intimée a fixé le degré d'invalidité à la date de la décision en comparant le revenu sans invalidité de CHF 64'080.- avec un revenu d'invalidé de CHF 56'351.80 déterminé sur la base de cinq DPT tenant compte des limitations fonctionnelles retenues par le Dr I_____.

Le recourant ne conteste aucun de ces revenus et se borne à contester l'existence d'une quelconque capacité de travail dans une activité adaptée. Toutefois, au regard de la valeur probante de l'appréciation du Dr I_____, il n'y a pas lieu de remettre en question ses conclusions quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans sa décision du 21 novembre 2016, l'intimée a déterminé le revenu d'invalidé en se basant sur les DTP n o 10907823 (aide de restaurant, caissier polyvalent, ELDORA restaurant, Gland), n° 7237 (huissier, société coopérative MIGROS, Carouge), n° 12845863 (conducteur d'élévateurs, cariste, LRG Groupe SA, Plan-les-Ouates), n° 1551(employé de garage, lavage automatique de voitures, AMAG automobiles et moteurs SA, Lausanne) et n° 10054392 (employé de commerce, papier, emballage, MAVALA SA, Carouge). Puis, dans sa décision sur opposition, elle a pris en considération les DTP n o 10910383 (aide de restaurant, caissier polyvalent, ELDORA restaurant, Le Sentier), n° 12845863, n° 10491 (collaborateur de production, taillage, VACHERON CONSTANTIN, Le Lieu), n°10054392 et 10906833 (collaborateur de production, caissier de port, CGN SA Lausanne-Ouchy) afin de mieux tenir compte de la nécessité de l'alternance des positions assise et debout. Enfin, dans son mémoire de réponse, elle se base sur les DTP n os 10910383, 12845863, 10491, n° 5825 (collaborateur de production, conducteur de palan, FAVRE SA, Corcelles-près-Payerne) et n° 11576 (collaborateur de production, soudure laser, IAR Laser mécanique SA, Echallens). En outre, elle a fait état de cent-trente-cinq postes (décision), respectivement cent-trente-et-un postes (décision sur opposition) et cent-treize postes (réponse) pouvant entrer en considération dans les cantons de Genève et Vaud selon les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et a indiqué les salaires minimum, maximum et moyen. Sur cette base, elle a admis un revenu d'invalidé de CHF 4'695.- par mois (part au treizième salaire comprise), soit de CHF 56'351.80 par année. Le recourant ne soulève aucune objection sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret, bien qu'il ait eu la possibilité de consulter les DPT sur lesquelles se base la décision du 21 novembre 2016 avant de motiver son opposition et ait reçu une copie des DPT retenues tant dans le cadre de la décision sur opposition que de la réponse de l'intimée. Le recourant ne contestant ni les DPT sélectionnées par l'intimée, ni le revenu avec invalidité, ni le revenu sans invalidité, il n'y a pas lieu de calculer son degré d'invalidité sur la base d'autres chiffres que ceux retenus par l'intimée. Aussi, il ressort de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une diminution de revenu de CHF 7'728.20 (64'080.00 – 56'351.80), respectivement un degré d'invalidité de 11.926 % ($7'728.20 : 64'800 \times 100$). Par conséquent, il convient de confirmer la décision querellée sur ce point, respectivement le droit du recourant à une rente d'invalidité de 12 %.

16. 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).>![if> Au moment de l'accident en 2011, 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 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, 1^{ère} 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, 2^{ème} 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, 1^{ère} 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). 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). 17. 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). 18. Dans un dernier grief, le recourant soutient que son atteinte à la santé est bien plus importante que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu dans la décision litigieuse dès lors qu'il n'est pas en mesure d'exercer un quelconque emploi adapté. Etant donné que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte à la santé - qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité -, mais 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1), elle ne dépend pas du taux de la capacité résiduelle de travail du recourant. Par conséquent, ce grief ne peut être que rejeté. Dans son évaluation de l'atteinte à l'intégrité du 14 octobre 2016, le Dr I_____ a pris en considération les douleurs du recourant à la cheville gauche, 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 son examen clinique du 23 septembre 2015, le dossier radiologique et le dossier médical. Il explique également pourquoi il retient un taux de 10 %. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de l'atteinte à l'intégrité du recourant à la cheville gauche. Au contraire, dans son appréciation du 29 août 2017, qui procède à un nouvel examen de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, la Dresse L_____ retient l'existence d'une arthrose tibio-tarsienne moyenne donnant droit à une indemnité pour

atteinte à l'intégrité de 5 % à 15 %. Elle explique que dans la mesure où ladite arthrose touche uniquement la partie médiane ou interne de l'articulation, il se justifie d'appliquer un taux de 10 %, soit un taux inférieur au taux maximum de 15 %. Elle confirme ainsi l'évaluation du Dr I_____, qui remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En l'espèce, 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 un léger déficit en dorso-flexion 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, il n'existe pas de motif sérieux justifiant de s'écarter de l'appréciation du Dr I_____. En définitive, il y a lieu de confirmer l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % en raison des troubles de la cheville gauche. 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Obtenant gain de cause, l'intimée conclut à l'octroi de dépens. Toutefois, tant l'art. 61 let. g LPGA que l'art. 89H al. 3 LPA-GE ne prévoient l'allocation de dépens qu'au recourant qui obtient gain de cause. Par conséquent, l'intimée sera déboutée de sa conclusion. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.