

## **GE\_GERICHTE A/3468/2011 vom 12. Juni 2012**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3468\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3468_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/3468/2011 du 12 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3468/2011 del 12 giugno 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.06.2012  
A/3468/2011

A/3468/2011 ATAS/788/2012 du 12.06.2012 ( LAA ) , REJETE Recours TF déposé le 21.08.2012, rendu le 25.06.2013, REJETE, 8C\_610/2012 Rectification d'erreur matérielle : Pages : 15 & 26, 17.08.2012, MOV/mhw En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3468/2011 ATAS/788/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 12 juin 2012 1 ère Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, a travaillé dès 1986 en tant qu'ouvrier dans la construction métallique. Le 17 mai 2005, l'assuré a subi une fracture du calcanéum lors d'une chute dans les escaliers sur son lieu de travail, à la suite de laquelle il a été en incapacité de travail totale. La CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a pris en charge le cas. Dans un rapport du 17 octobre 2005, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin auprès de la clinique d'orthopédie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a posé le diagnostic de fracture du calcanéum en indiquant que l'évolution était lentement favorable, l'assuré devant encore poursuivre des séances de physiothérapie pendant environ six mois. Un dommage permanent était à craindre. Le 11 janvier 2006, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son rapport, ce médecin a indiqué que l'assuré, qui ne présentait aucun signe d'aggravation, ne pouvait marcher sans cannes en raison des douleurs dans la partie postérieure du pied droit, irradiant jusqu'au sommet de la jambe. L'arrière-pied présentait une tuméfaction diffuse, l'accroupissement et l'appui monopodal à droite étaient impossibles. La palpation était douloureuse et sensible au niveau infra-malléolaire interne. Le Dr B \_\_\_\_\_ a considéré que la situation n'était pas du tout stabilisée, une arthrodèse étant envisagée, et l'incapacité de travail justifiée. Le 28 février 2006, l'assuré a eu un entretien avec la SUVA. Il a déclaré que son travail, soit la confection de portes métalliques, impliquait le port de charges lourdes et de longs déplacements. Il se déplaçait encore avec des cannes, sa cheville était douloureuse et son pied enflé. A la même date, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI), tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente. Dans un certificat du 14 mars 2006, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré menait une vie sédentaire et ne pouvait travailler, marcher convenablement ou faire de l'exercice. Il avait pris 13 kilos depuis son accident et le médecin avait conseillé de la physiothérapie aquatique afin d'éviter des complications d'excédent de poids et une

surcharge de la cheville traumatisée. Dans son rapport du 20 mars 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic et indiqué que l'évolution était défavorable en raison de la persistance des douleurs. Une arthrodèse serait probablement nécessaire et un dommage permanent était à craindre. L'incapacité de travail était totale. Dans un questionnaire rempli le 23 mars 2006, l'employeur a indiqué que l'assuré avait travaillé en tant qu'ouvrier du 25 juillet 1994 au 31 mai 2005, son contrat ayant été résilié en raison de difficultés économiques. Selon les décomptes de salaires joints, l'assuré avait réalisé un revenu annuel brut (treizième salaire inclus) de 57'018 fr. en 2005 et son salaire se serait élevé à 57'759 fr. en 2006, s'il avait poursuivi son activité. Dans son rapport du 5 juillet 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome neuroalgodystrophique du pied droit compliquant une fracture du calcanéum droit traitée de manière non chirurgicale. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 mai 2005 et l'état de santé de l'assuré stationnaire mais susceptible d'être amélioré par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Le Dr D\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué dans son rapport du 18 juillet 2006 que l'assuré avait subi une fracture du calcanéum droit, avec un syndrome neuroalgodystrophique post-traumatique confirmé par la clinique et la scintigraphie. Son traitement médical par calcitomie, bains écossais et physiothérapie se poursuivrait encore six mois à un an. Un dommage permanent était à craindre, sous forme de raideur de la cheville et du pied et d'arthrose sous-astragaliennne droite. Dans un questionnaire du 15 janvier 2007, l'employeur a indiqué que le revenu de l'assuré aurait été de 57'759 fr. en 2006 et 2007. Dans un rapport du 7 février 2007, le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, sans aucune amélioration. Une arthrodèse sous-astragaliennne était nécessaire, et serait suivie d'une rééducation sur six à douze mois. Une reprise du travail dans l'activité habituelle était difficilement envisageable, même en cas d'intervention chirurgicale, en raison de la position debout et du port de charges inhérents à ce métier. Le 8 mars 2007, l'assuré a subi une arthrodèse sous-astragaliennne en distraction. Le Dr E\_\_\_\_\_, qui a pratiqué l'intervention, a posé le diagnostic d'arthrose sous-astragaliennne post-traumatique du pied droit avec perte de hauteur de l'arrière-pied. Le 21 mai 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a décrit une évolution lente avec persistance de fortes douleurs en soulignant que radiologiquement, l'arthrodèse était consolidée en bonne position. Le traitement se poursuivrait jusqu'à mars 2007. Le 4 juin 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport que les douleurs restaient très importantes, et l'état de santé stationnaire. Le médecin observait une compliance optimale et une concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Il a noté qu'une reprise du travail en tant qu'ouvrier était impossible en raison du port de lourdes charges. Dans son rapport du 31 juillet 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a décrit l'évolution de l'assuré comme lentement favorable, avec une diminution des douleurs mais un pied très rigide et tuméfié. Un dommage permanent était à craindre en raison des douleurs, de la difficulté à marcher, et de l'impossibilité de porter des charges. Le médecin préconisait que l'employeur procure un travail approprié à l'assuré. Le Dr F\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès de la clinique d'orthopédie des HUG, dans son rapport du 22 octobre 2007, a posé le diagnostic d'arthrose sous-astragaliennne post-traumatique, ajoutant que l'assuré présentait encore des douleurs et qu'il convenait de lui procurer des semelles sur mesure. Dans un rapport du 13 novembre 2007, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il fallait envisager une adaptation des semelles plantaires à titre de mesure thérapeutique. L'assuré était limité dans la marche en raison des douleurs ;

ses plaintes et l'examen clinique concordait. Le 20 novembre 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assuré. Il a relevé que l'assuré était attristé par son état et préoccupé par sa situation. L'assuré n'était pas satisfait du résultat de l'opération, ne supportait pas le froid, son pied enflait et il devait utiliser une canne. Ses douleurs étaient quasiment permanentes. La physiothérapie n'amenait en outre guère d'amélioration. Le Dr B \_\_\_\_\_ a constaté une prise de poids de 5 kilos depuis le dernier examen, et noté que l'assuré pouvait marcher sans canne avec un mauvais appui du pied droit, et un appui monopodal mal réalisé. La marche sur talons était possible, à l'inverse de la marche sur la pointe des pieds. L'accroupissement n'était qu'ébauché en raison des douleurs. La palpation et la pression de tout l'arrière pied droit étaient très sensibles, mais il n'y avait pas de tuméfaction particulière ou de signe inflammatoire. La force d'appui était de 30 kilos à droite contre 90 kilos à gauche. Le médecin a relevé que l'évolution était défavorable avec un syndrome algique quasiment permanent et un mauvais appui du pied droit en raison d'un varus persistant du pied opéré. Les radiographies récentes montraient en outre une ostéopénie diffuse et une consolidation au niveau de l'arthrodèse. Le médecin en a conclu que la situation n'était pas stabilisée, et préconisait une prise en charge par la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION. L'assuré a séjourné à la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION du 3 janvier au 6 février 2008. Le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique et le Dr H \_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1), et les diagnostics secondaires suivants: fracture du calcanéum droit (T 93.2), algodystrophie du pied droit au décours (M 89.0), arthrodèse sous-talienne droite en distraction (Z 98.0) et trouble statique du pied droit avec marche sur le bord externe du pied et suspicion de dérotation interne du pied (T 93.2). L'assuré présentait en outre les comorbidités suivantes: trouble de l'adaptation avec rédaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), obésité de grade I (E 66.9), hyperlipidémie mixte, avec hyperuricémie (E 78.0, E 79.0). Lors de l'examen à l'entrée, ces médecins ont constaté à la marche une boiterie avec marche sur le rebord externe du pied droit et une absence totale de déroulement du pas. L'appui bipodal était précaire, et l'appui unipodal impossible à tenir plus de quelques secondes. L'accroupissement était limité à 120° de flexion de genou, et le patient pouvait se mettre à genoux au prix d'aménagements. Le status analytique du membre droit lésé était sans particularité. L'examen des chevilles et des pieds a révélé un aspect différent de la peau du côté droit, avec une cicatrice plane non inflammatoire. Il y avait un empâtement de l'arrière-pied sans signe dystrophique flagrant, des callosités discrètement augmentées sur le bord externe du pied, et un discret affaissement de la voûte plantaire sans déviation de l'axe de l'arrière-pied. La palpation du calcanéum était douloureuse. L'assuré ne pouvait effectuer de petits cercles, la flexion dorsoplantaire de la cheville était limitée à 5°-0°-10° à droite contre 20°-0°-40° à gauche. Les mouvements de pronation et de supination étaient de quelques degrés à droite, et il n'y avait aucune mobilité de l'arrière-pied à droite. Les orteils et l'avant-pied étaient très enraidis avec une mobilisation difficile. Les médecins n'ont détecté aucun signe en faveur d'un tunnel tarsien ou d'un phénomène de Morton. A l'examen neurologique, les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques, sauf pour l'achilléen droit qui n'avait pu être testé. Les réflexes cutanés plantaires étaient indifférents des deux côtés, et la sensibilité tacto-algique normale. Le testing musculaire pour l'ensemble des muscles testés était de 5. A l'exception d'une perte pondérale de deux kilos, le status était inchangé à la sortie de l'assuré. Les médecins ont relaté que l'assuré se plaignait de douleurs dès le matin, qui pouvaient diminuer à l'échauffement avant de réapparaître en cas d'efforts,

et de douleurs nocturnes. Il indiquait également un changement de couleur du pied, une sensation de chaleur et des sueurs parfois localisées. Ils ont également noté un changement manifeste d'humeur lié à l'incapacité de travail prolongée. L'examen clinique montrait un patient globalement déconditionné, présentant une obésité, peu de signes dystrophiques au niveau du pied à l'exception d'une peau différente, sans température plus élevée à l'examen. Un enraidissement global de la cheville et du pied avec des douleurs à la mise en charge et à la mobilisation était constaté. Un consilium psychiatrique avait été demandé, et la Dresse I\_\_\_\_\_ avait fait état d'une thymie abaissée avec une souffrance psychique, le discours étant centré sur les plaintes somatiques, les douleurs et les limitations fonctionnelles. L'assuré refusait toute prise en charge médicamenteuse ou psychologique du trouble de l'adaptation diagnostiqué. Un bilan radiologique avait été effectué. Les résultats montraient un matériel d'arthrodèse en place sans débricolage, avec une déminéralisation diffuse, sans aspect moucheté significatif. Une scintigraphie osseuse avait permis d'exclure une algodystrophie, mais les éléments d'hypercaptation de la région astragalocalcanéenne étaient en faveur d'une consolidation incomplète de l'arthrodèse. Un scanner de l'arrière-pied avait confirmé la non consolidation de l'arthrodèse, et les images semblaient confirmer une dérotation interne des axes. Ce trouble statique demeurait toutefois complexe à évaluer, raison pour laquelle une consultation spécialisée auprès du Dr J\_\_\_\_\_, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique des HUG, devait être organisée. L'assuré avait suivi des séances de physiothérapie. Il s'y était montré ponctuel, mais restait centré sur ses douleurs, ce qui rendait les exercices difficiles à réaliser. Les mobilités étaient difficiles à réaliser en raison de contrepulsions musculaires. Il n'existait aucune amélioration ni subjective, ni objective. Le sevrage de la canne n'avait pu être effectué. Du point de vue fonctionnel, la situation était stable. L'assuré avait également réalisé des activités dans les ateliers professionnels par périodes de deux heures, principalement assis. Sa dextérité était insuffisante dans les petites tâches répétitives, son rendement était diminué et les plaintes nombreuses. L'assuré était toutefois considéré comme authentique. S'il avait parfaitement compris qu'un changement d'activité était obligatoire, il n'était pas encore prêt à progresser sur le plan de l'évolution professionnelle en raison d'un trouble de l'adaptation. En conclusion, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont retenu que la situation n'était pas encore stabilisée compte tenu des questions persistantes sur le plan orthopédique. L'incapacité de travail dans la profession d'ouvrier dans la construction métallique était complète, pour une longue durée. Le Dr J\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré en date du 3 avril 2008. Il a souligné que le problème actuel était que l'assuré marchait vraisemblablement en supination de l'avant-pied, l'arrière-pied étant en position neutre et la divergence calcanéo-talienne étant respectée. Le médecin a également noté une hyperactivité du jambier antérieur et du long extenseur de l'hallux, responsable de l'élévation de la colonne interne. Celle-ci pouvait néanmoins être appliquée au sol lorsque l'assuré pliait les genoux. Les raisons de ce problème étaient peu claires, mais le médecin supposait qu'il s'agissait plutôt d'une attitude que d'une déformation structurelle, en s'interrogeant sur une éventuelle cause antalgique sur une douleur au niveau du Chopart. Il préconisait une scintigraphie osseuse afin de déterminer si une hypercaptation au niveau de la ligne du Chopart était à l'origine des douleurs, avec une infiltration test. Une scintigraphie osseuse et un scan complémentaire, pratiqués le 22 avril 2008, ont révélé une hyperfixation au niveau des articulations sous-taliennes postérieures avec persistance d'un interligne régulier sur cette portion aux images CT et moyennes, sans foyer hypercaptant au niveau de l'interligne du Chopart. Le 9 mai 2008, la Dresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie

reconstructive de la main, a émis l'avis que la situation n'était pas encore stabilisée et qu'il y aurait lieu de demander l'examen final de la SUVA qui définirait l'exigibilité dans une activité adaptée. Le 27 août 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois procédé à l'examen de l'assuré. L'assuré lui a déclaré avoir des douleurs quasiment permanentes au pied droit, et être atteint dans son moral. Le médecin a retrouvé les troubles de la marche relevés lors de son précédent examen. L'accroupissement était incomplet, l'appui monopodal mal réalisé à droite, la marche n'était qu'ébauchée sur les talons et difficilement réalisable sur les pointes. L'examen était pratiquement superposable aux précédents, sans signe clinique en faveur d'une algodystrophie. La situation n'était pas stabilisée, les consultations auprès du Dr F\_\_\_\_\_ se poursuivaient et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue le 14 novembre. L'assuré a subi une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 14 novembre 2008. L'assuré a fait l'objet d'une dénonciation selon laquelle il aurait travaillé dans le restaurant de son fils alors qu'il touchait des indemnités journalières, à la suite de laquelle la SUVA a mené une enquête. Lors de l'entretien du 27 mars 2009 avec un inspecteur de la SUVA, l'assuré a déclaré s'être rendu au restaurant appartenant à son fils et à son frère en 2008 afin de ne pas rester à la maison et de mobiliser son pied. Il y avait passé entre quelques minutes et quelques heures par jour, parfois plusieurs fois par semaine, en fonction de son état. Il y allait en marchant avec des cannes. Le Dr F\_\_\_\_\_, dont il avait demandé l'avis, l'avait encouragé à s'y rendre afin de s'occuper l'esprit et de récupérer plus rapidement. L'inspecteur de la SUVA lui aurait également recommandé, lors d'un précédent entretien, de chercher d'autres centres d'intérêt. Le fils de l'assuré, également présent lors de l'entretien, a expliqué que son père avait occasionnellement livré des cafés à des amis et sa famille et donné des coups de main sporadiques, sans rémunération, le remplaçant lorsqu'il avait une course à faire. Il a estimé le salaire correspondant aux activités de son père à environ 5'000 fr. annuels, et déclaré qu'il lui verserait un salaire pour l'activité "occupationnelle" qu'il exercerait en 2009. Le Dr F\_\_\_\_\_ a revu l'assuré en date du 9 avril 2009. Il a noté que l'assuré portait de manière intermittente ses semelles plantaires, et que la situation semblait stabilisée au niveau du pied droit. L'assuré se déclarait motivé à reprendre une activité professionnelle, et le Dr F\_\_\_\_\_ l'avait encouragé à entreprendre une reconversion vers une activité n'impliquant ni station debout prolongée, ni port de charges. Une reprise pouvait être envisagée à 50 % dans un futur proche. Lors d'un entretien ayant eu lieu le 19 mai 2009 avec l'inspecteur de la SUVA, le fils de l'assuré a déclaré que pour des raisons conjoncturelles, il ne pourrait employer son père qu'une heure par jour, certains jours seulement. L'assuré a émis le souhait de voir le médecin d'arrondissement afin de déterminer une date de reprise du travail à 50 %. Dans son rapport du 20 mai 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Le traitement en cours se résumait au port de semelles plantaires. Il y avait lieu d'envisager une reprise du travail à 50 % et/ou une reconversion professionnelle. L'examen final de l'assuré par le Dr B\_\_\_\_\_ a eu lieu le 2 juillet 2009. Ce dernier a constaté que les plaintes de l'assuré étaient identiques à celles formulées lors des précédents examens, et que l'intervention pratiquée en novembre 2008 n'avait amené aucun changement. Ses douleurs au pied étaient presque permanentes, et il essayait de s'occuper un peu dans le restaurant de son fils. Sa cheville avait tendance à enfler, et il avait parfois chaud au pied et devait de temps à autre utiliser une canne. Il se sentait mal psychologiquement, pouvait marcher environ 15 minutes avant de s'arrêter, marchait difficilement. L'examen clinique a montré que l'assuré n'avait aucun trouble dystrophique au niveau des membres inférieurs, marchait sans

canne mais avec une boiterie avec tendance à l'hyperextension du gros orteil à droite et appui préférentiel sur le bord externe du pied, sans déroulement du pas. L'accroupissement, la marche sur les talons et l'appui monopodal à droite étaient décrits comme irréalisables. Le Dr B \_\_\_\_\_ a considéré que la situation était stabilisée, avec un dommage permanent. L'activité dans la construction métallique n'était plus exigible. En outre, l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes: pas de station debout prolongée, pas de marche sur de longues distances et en terrain instable, port de charges légères à moyennes seulement, pas d'activités impliquant la position accroupie ou à genoux ou l'utilisation d'échelles et d'échafaudages. Une activité adaptée privilégiant l'alternance de position pouvait être exigée à plein temps. Le Dr B \_\_\_\_\_ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15 %. L'assuré a effectué un stage d'observation auprès du Service de réadaptation préprofessionnelle des HUG du 11 janvier au 11 février 2010. La Dresse L \_\_\_\_\_ et Monsieur T \_\_\_\_\_, maître socio-professionnel, ont retenu dans leur rapport que l'assuré était discret, respectueux des horaires et des consignes, et qu'il avait travaillé de manière autonome en comprenant parfaitement les consignes données. Son rendement dans des activités respectant ses limitations physiques était de l'ordre de 70 % sur trois heures de présence. L'assuré manquait de confiance en position debout, craignant que son genou ne se dérobe et sa cheville enflait après dix minutes déjà. Il devait constamment changer de position afin de limiter les douleurs. Les activités de pyrogravure étaient trop fines et précises pour lui, et les efforts consentis dans la journée avaient entraîné des difficultés de sommeil pendant la nuit. Ces spécialistes ont conclu qu'aucune activité de force n'était envisageable et que les fréquents changements de position entraînaient une diminution de rendement de 20 à 30 % sur trois heures de travail, ce qui rendait l'assuré difficilement insérable sur le marché primaire du travail. Il pourrait reprendre une activité professionnelle à 50 %, en particulier dans le cadre d'un atelier occupationnel. Par décision du 24 mars 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 31 octobre 2009. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail considérablement restreinte du 17 mai 2005 au 2 juillet 2009, date dès laquelle il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible selon le médecin d'arrondissement de la SUVA. Le taux d'invalidité étant de 12.70 %, il n'avait plus droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009, soit trois mois après la stabilisation de son état de santé. L'OAI a souligné que le revenu d'invalidité avait fait l'objet d'un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service de l'assuré, rappelant en outre que les activités exigibles étaient accessibles sans formation préalable. De plus, un taux d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvrait pas le droit à des mesures de reclassement. Par ailleurs, l'assuré n'était pas objectivement limité dans ses démarches de recherche d'emploi, si bien qu'une aide au placement ne devait pas être accordée. Cette décision a été confirmée par arrêt ( ATAS/456/2011 ) de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans) du 10 mai 2011. La Cour de céans a alors jugé qu'aucun document versé au dossier ne permettait de remettre en cause l'appréciation du Dr B \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009 selon laquelle l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité, fixé par l'OAI à 12,7% devait dès lors être confirmé, et n'ouvrait droit à aucune rente d'invalidité. Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2010, la SUVA a considéré que l'assuré était à même d'exercer une activité de type industriel, en évitant la station debout prolongée, la marche sur de longues distances et en terrain instable, le port de charges supérieur à 10 kg, les activités en position accroupies ou à genoux et l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. Une telle activité était exigible durant

toute la journée et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu mensuel d'environ 4'450 fr. Comparé au gain de 4'930 fr. que l'assuré réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de l'ordre de 10%. La SUVA a dès lors reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 10% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009 - calculée sur la base d'un gain annuel assuré de 61'708 fr. - et lui a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr, fondée sur un taux de 15%. En date du 2 juillet 2010, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a conclu à ce qu'un taux d'invalidité de 80% lui soit reconnu et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%. Il a allégué qu'il souffrait, en sus de ses problèmes somatiques, de problèmes psychiques et de troubles dorsaux qui étaient des séquelles de son accident de 2005. Il a par ailleurs déclaré avoir récemment subi une fracture du plateau tibial interne à droite, avec lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, dont il avait demandé la prise en charge à la SUVA. Par courrier du 12 août 2011, l'assuré a encore relevé que les dorsalgies dont il souffrait étaient dues aux difficultés de marche rencontrées suite à la fracture du calcanéum droit qu'il avait subie et aux nombreux mois de rééducation. La condition de la causalité naturelle et adéquate entre cette affection et l'accident de 2005 était dès lors remplie. S'agissant des troubles psychiques, son psychiatre traitant, le Dr M\_\_\_\_\_, avait posé les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptomatologie psychotique F32.2 et de trouble anxieux sans précision F41.9 et avait attesté que c'était suite à l'accident et donc suite à son arrêt de travail, qu'il souffrait de dépression. Il a d'ailleurs joint à son courrier un rapport de ce médecin, daté du 27 juin 2011, selon lequel, depuis la décision négative de l'OAI, il se sentait incompris, bafoué, non reconnu et vivait un profond sentiment de préjudice. Son irritabilité était à fleur de peau; il avait la rage au ventre et projetait sa colère sur l'ensemble de sa famille. Cette colère faisait peu à peu place à une tristesse de fond et un sentiment d'impuissance le submergeait. Il rencontrait d'ailleurs un trouble de l'endormissement et des réveils fréquents et précoces s'installaient dans la durée. Il refusait l'aide de ses proches, se refermait sur lui-même, broyait du noir à longueur de journée avec des idées suicidaires sans réels scénarios de passage à l'acte. Plus rien ne lui faisait plaisir, il était abattu, épuisé et avait une vision du monde négative. Il pleurait fréquemment et ne comprenait pas ce qui lui arrivait, puis il culpabilisait de façon intense d'avoir maltraité sa femme et ses enfants. Malgré le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique cognitivo comportemental, le tableau clinique restait stationnaire et l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive demeurait sévère, de sorte que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100%. L'assuré relevait encore que, suite aux difficultés rencontrées depuis la fracture du calcanéum, il avait subi une fracture de stress et rencontrait des problèmes au ménisque. Un rapport des HUG du 4 juillet 2011 et une IRM du 30 mai 2011 - annexés à son courrier - démontraient d'ailleurs une déperdition osseuse au niveau du rachis lombaire et du col fémoral droit, qui faisait conclure à une minéralométrie biphotonique révélant une ostéopénie avec risque fracturaire augmenté. D'après l'assuré, cette pathologie était manifestement la conséquence de l'accident pris en charge par la SUVA. Dans son rapport du 15 septembre 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a estimé que les douleurs dorsales alléguées par l'assuré n'avaient encore fait l'objet d'aucune investigation, de sorte qu'il confirmait ses précédentes conclusions. Par décision sur opposition du 23 septembre 2011, la SUVA a confirmé sa position. Elle a expliqué qu'il ressortait sans équivoque aucune du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009, que l'accident avait consisté en une fracture du calcanéum droit et que l'exigibilité était entière, dans une activité professionnelle privilégiant la position assise en alternance avec la position debout, avec des déplacements limités à de courtes distances et pour autant que

soient écartés la station debout prolongée la marche sur de longues distances et en terrain instable, le port de charges supérieures à 10 kg, l'accroupissement ou l'agenouillement et l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. Les diagnostics médicaux n'étaient pas contradictoires, contrairement à ce que soutenait le recourant et ne permettaient pas de remettre en cause l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_. Les dorsalgies dont l'assuré s'était plaint pendant son stage d'observation professionnelle n'avaient fait l'objet d'aucun examen médical, ni d'aucun rapport qui pourrait laisser supposer un quelconque rapport de causalité avec l'accident assuré. Le dossier ne démontrait aucune douleur au dos avant le début de l'année 2010 et l'assuré ne fondait son allégation sur aucun avis médical. Les derniers rapports d'imagerie de 2011, relevaient tout au plus une déperdition osseuse au niveau du rachis lombaire et du col fémoral droit et ne permettaient pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Quant à l'existence de troubles psychiques, il convenait de préciser que l'accident subi était certainement à considérer comme de gravité moyenne, à la limite inférieure de la catégorie toutefois, les critères des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques devaient être écartées sans autre. On ne pouvait pas non plus retenir la durée anormalement longue du traitement médical, dès lors que c'était surtout les investigations destinées à fixer les mesures à prendre et les démarches administratives qui avaient perduré. Sur le plan économique, l'assuré ne contestait pas le revenu de valide mais considérait que les séquelles accidentelles ne lui permettaient pas d'exercer une activité générant un revenu d'invalidé tel que retenu par l'assureur-accidents. Or, les seules séquelles naturelles et adéquates dudit accident lui permettaient d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant à l'atteinte à l'intégrité, l'assuré n'apportait aucun élément qui permettait de remettre en cause l'estimation à 15 % de ladite atteinte par le Dr B\_\_\_\_\_. S'agissant enfin de la récente fracture du plateau tibial et de la lésion méniscale du genou, elle dépassait le cadre de la décision attaquée, de sorte que cette allégation n'était pas recevable dans le cadre de la présente procédure. Par décision séparée du 13 octobre 2011, portant sur les troubles nouveaux du membre inférieur droit annoncés en août 2011, la SUVA a refusé d'intervenir. Elle a considéré que les affections du genou et du tibia dont souffrait l'assuré depuis mai 2011 n'étaient pas en lien de causalité, ni certaine, ni pour le moins probable avec l'accident du 17 mai 2005. En date du 27 octobre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 23 septembre 2011. Il a conclu à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 80% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 30%. Il a allégué qu'il rencontrait de nouveaux problèmes de santé - fracture, dégénération osseuse, risque fracturaire augmenté, état dépressif sévère et anxieux - qui devaient être considérés comme des séquelles de son accident du 17 mai 2005 et que son état de santé s'était nettement détérioré. En guise de preuve de cette péjoration, il a joint à son recours les résultats de la nouvelle IRM de son genou droit, pratiquée le 27 mai 2011, qui laissait apparaître la présence d'une fracture de stress étendue de tout le versant interne de la métaphyse proximale du tibia avec présence d'un œdème associé, ainsi que des signes compatibles avec un clivage oblique, c'est-à-dire une lésion de grade III, aux dépens de la corne postérieure du ménisque interne et une irrégularité superficielle du cartilage de la crête rotulienne. Il a également annexé à son écriture un rapport du 7 juin 2011 du Dr N\_\_\_\_\_ qui retenait une ostéopénie avec risque fracturaire augmenté. Il a rappelé que son psychiatre traitant avait par ailleurs posé les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptomatologie psychotique F32.2 et de trouble anxieux sans précision F41.9 étaient

posés et impliquaient que l'assuré ne puisse plus travailler. Un rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2011 - annexé au recours - annonçait enfin que la dernière IRM du 1<sup>er</sup> juillet 2011 montrait des traces d'une fracture récente du genou droit et des risques d'arthrose de la cheville droite. L'évolution douloureuse chronique avait sans doute provoqué une décompensation psychiatrique, manifestée par une dépression réactionnelle. Le Dr O\_\_\_\_\_ avait ainsi estimé que, bien que volontaire, la réadaptation professionnelle de son patient s'avérait difficile. Il pourrait peut-être travailler à 50% et éventuellement dans un secteur protégé. Sur la base de ces rapports, le recourant a considéré qu'outre la durée anormalement longue du traitement médical (5 ans), les douleurs physiques persistantes, les difficultés apparues lors de la guérison et le fait que sa situation psychosociale se soit dégradée fortement, ainsi que les séquelles comme la fracture de stress et l'affaiblissement d'une partie de son système osseux avaient engendré l'état dépressif sévère dont il souffrait depuis plus d'un an. Il existait dès lors indiscutablement un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 7 mai 2005 et les atteintes à la santé dont le recourant souffrait aujourd'hui. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'intimée ne tenait pas compte des déclarations qu'avait faites Monsieur T\_\_\_\_\_, maître socio-professionnel à l'Hôpital beau-Séjour, le 11 mai 2011 devant la Cour de céans. Or, à cette occasion, Monsieur T\_\_\_\_\_ avait indiqué que compte tenu de ses affections, il ne voyait pas un employeur engager le recourant sur le marché primaire de l'emploi, mais seulement dans un milieu protégé. L'intimée ne prenait pas non plus en considération que le trouble psychiatrique dont il souffrait l'empêchait de rejoindre le marché ordinaire du travail. Enfin, l'intimée niait, à tort, tout lien de causalité entre la fracture du calcaneum et les problèmes somatiques rencontrés en 2011, alors même que le Dr O\_\_\_\_\_ avait, dans son rapport, admis l'existence d'un tel lien. D'après le recourant, il était d'ailleurs dans le cours ordinaire des choses que la surcharge d'un membre provoque d'autres lésions corporelles. Le degré d'invalidité retenu par l'intimée était dès lors trop faible, étant considéré que le service de rééducation des HUG avait mentionné une diminution de rendement de 20 à 30% sur une durée de trois heures, soit une diminution de rendement de 70 à 80% sur une journée et qu'il ne pouvait plus travailler dans le circuit économique primaire. Enfin, le calcul du degré d'invalidité ne tenait pas compte de son âge (55 ans), son origine et ses importantes limitations fonctionnelles et comportait une erreur, le revenu sans invalidité étant en réalité de 61'708 fr. Il concluait dès lors à l'octroi d'une rente d'invalidité de 80%. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle ne retenait que les séquelles somatiques de la fracture du calcaneum, sans tenir compte des séquelles psychiques, de sorte qu'elle devait être portée à 30%. Dans sa réponse du 13 janvier 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a rappelé que la récente fracture du plateau tibial et la lésion méniscale du genou, annoncées en août 2011 par le recourant, devaient faire l'étude d'une procédure séparée. S'agissant de l'allégation selon laquelle le recourant présentait, depuis plusieurs mois, un trouble psychique à mettre sur le compte de son accident du 17 mai 2005, l'intéressé ne détaillait pas plus avant la catégorie dans laquelle devait être rangé ledit accident, en ce qui concernait l'analyse de la causalité adéquate. Quoiqu'il en soit, une simple chute des escaliers, ne pouvait être, au mieux, que rangée de justesse dans la catégorie dite moyenne, mais à sa limite inférieure. Pour ce qui était des critères usuels applicables, l'intimée estimait que les douleurs physiques et de la durée de l'incapacité de travail n'étaient pas remplies de manière suffisamment évidente ou marquée pour que le recourant puisse s'en prévaloir. La durée anormalement longue du traitement médical ne pouvait être retenue, dès lors que c'étaient surtout les investigations

destinées à fixer les mesures à prendre et les démarches administratives qui avaient perduré. En outre, depuis septembre 2007, le recourant n'avait plus de traitement médical en cours, hormis des séances de physiothérapie et de l'automédication. Enfin, le critère des difficultés ou complications importantes apparues au cours de la guérison n'était pas non plus donné, une arthrodeuse suivie d'une AMO étant dans l'ordre des choses, sans qu'il soit justifié de parler de difficultés ou de complications importantes. S'agissant de la causalité naturelle, elle était douteuse; le Dr P \_\_\_\_\_, en indiquant que son patient se sentait incompris, bafoué et non reconnu et qu'il vivait un profond sentiment de préjudice suite à la décision de l'OAI, ne faisait pas une étiologie traumatique mais assécurologique. Quoiqu'il en soit, la causalité adéquate n'était de toute façon pas donnée. Il ressortait sans équivoque des rapports du Dr B \_\_\_\_\_ des 2 juillet 2009 et 22 janvier 2010 que l'exigibilité médicale professionnelle était entière dans une activité privilégiant la position assise en alternance avec la position debout, avec des déplacements limités à de courtes distances, pour autant également que soient évités la station debout prolongée, la marche sur de longues distances et sur terrain instable, le port de charges supérieures à 10 kg, l'accroupissement ou l'agenouillement et l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. Le Dr F \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs également considéré, le 20 mai 2009, que l'état de santé du recourant était stationnaire et qu'il fallait envisager soit une reprise du travail à 50%, soit une reconversion professionnelle. Il n'y avait enfin aucun élément susceptible d'entacher d'un doute l'exigibilité médicale retenue, fondée précisément sur des activités adaptées au handicap résultant de la fracture du calcanéum. Les dorsalgies, alléguées par le recourant pour la première fois lors de son opposition du 2 juillet 2010, n'apparaissaient que comme un artifice qui ne convainquait pas du point de vue de la vraisemblance prépondérante. La déperdition osseuse au niveau du rachis lombaire et du col fémoral droit dont se plaignait le recourant et attestée par IRM du 12 août 2011 ne permettait pas plus d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que les troubles récemment allégués ne pouvaient modifier l'exigibilité médicale retenue. Le recourant confondait enfin, dans son recours, le gain assuré et le revenu de valide. S'agissant enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant ne remettait pas en cause l'appréciation du pied droit (15%) mais se prévalait de nouvelles affections, lesquelles n'engageaient pas la responsabilité de la SUVA. Dans sa réplique du 14 février 2012, le recourant a persisté dans son recours. Il a soutenu que les maux dont il était affecté - fortes douleurs persistantes au pied droit, dorsalgies, risque fracturaire accru, problèmes au tibia et au genou droit, état anxio-dépressif sévère - étaient des conséquences de l'accident du 17 mai 2005. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, il a allégué qu'avant son accident, il travaillait sans problèmes. Or, depuis cet événement, il se trouvait dans l'incapacité totale de travailler, ressentait de vives douleurs et, malgré un traitement approprié, n'avait jamais recouvré complètement l'usage de sa jambe droite ce qui l'avait fortement atteint dans sa santé psychique et physique. Un état anxio-dépressif consécutif à l'accident de 2005 avait d'ailleurs été diagnostiqué par le psychiatre consulté. La causalité naturelle était dès lors établie au stade de la vraisemblance au moins. S'agissant de la causalité adéquate, sa chute pouvait être attribuée à la catégorie des accidents de gravité moyenne, comme le relevait l'intimée dans son mémoire réponse. Il y avait en effet des douleurs persistantes et intenses et le traitement avait été anormalement long puisqu'il avait duré plus de six ans. Des difficultés étaient également apparues au cours de la guérison, notamment, un risque fracturaire accru, des douleurs lombaires et des problèmes au tibia et au genou droit et un état anxio-dépressif sévère. Le lien de causalité adéquate entre l'accident de 2005 et les

troubles rencontrés était donc incontestablement donné. Seul le Dr B \_\_\_\_\_ retenait enfin une exigibilité professionnelle et estimait qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée. Tous les autres spécialistes professionnels avaient par contre estimé que son activité habituelle n'était plus exigible et qu'il subissait d'importantes limitations fonctionnelles tant physiques que psychiques dans toute activité. Il devait fréquemment alterner les positions, ne pouvait pas s'accroupir, ni grimper sur des échelles. Il ne pouvait se déplacer que sur de courtes distances et ne pouvait porter que des charges légères, ce qui restreignait considérablement le cercle possible des professions exercées. En sus de ses limitations fonctionnelles physiques, il présentait également des limitations psychiques, vu son état anxio-dépressif sévère. La rente fixée à 10% était dès lors insuffisante. Il en allait de même de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui ne tenait pas compte de toutes les lésions consécutives à l'accident du 17 mai 2005. L'intimée a dupliqué le 30 avril 2012. Elle a confirmé sa position, considérant que le recourant n'apportait pas d'arguments susceptibles de remettre son appréciation en cause. Elle n'admettait sa responsabilité que pour les troubles touchant son pied droit, plus précisément son calcanéum droit. La récente fracture du plateau tibial et la lésion méniscale du genou annoncées en août 2011, faisaient l'objet d'une procédure séparée. Quant aux troubles psychiques, une simple chute dans les escaliers ne pouvait être, au mieux, que rangée de justesse dans la catégorie dite moyenne, à la limite inférieure, de sorte que la causalité adéquate entre lesdits troubles et l'accident de mai 2005 ne pouvait pas être retenue. L'activité déployée par le recourant dans le restaurant de son fils ne pouvait pas par ailleurs être minimisée et réduite à un simple coup de main occasionnel. Il fallait au contraire la prendre en considération comme un indice de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 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) \* Rectification d'une erreur matérielle le 17.08.2012/WAD/MHW Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 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. L'objet du litige porte sur les taux de la rente d'invalidité et sur celle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouées par l'intimée au recourant, pour les suites de son accident du 17 mai 2005. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel

et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, ATF 119 V 337 consid. 1, ATF 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V

133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV no 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références). Dans le cas de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6, 407 consid. 5). Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls

aspects physiques (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme cranio-cérébral ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ; - et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un arrêt U 603/2006 du 7 mars 2007, le Tribunal fédéral a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2 m 70 d'un immeuble en démolition et lui avait percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a également nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ trois à quatre mètres ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille. Il l'a en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des

preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). Ainsi, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (ATF 135 V 465 ). En l'espèce, le recourant allègue que sa chute dans les escaliers l'empêche de travailler dans toute activité, adaptée à ses limitations fonctionnelles ou non. Il avance par ailleurs que depuis plus d'une année, il souffre d'un état dépressif sévère, consécutif à son accident, ainsi que de dorsalgies et de problèmes au genou droit. D'après le recourant, ces nouvelles affections sont indiscutablement en lien de causalité naturelle et adéquate avec son accident, car, avant cet événement, il se portait bien et ne présentait aucun des symptômes aujourd'hui décrits. Il avance par ailleurs qu'une diminution de rendement de 20 à 30% a été reconnue le concernant dans une activité de seulement 3 heures et que des spécialistes ont attesté qu'il ne pouvait plus réintégrer le milieu ordinaire du travail. Il estime dès lors avoir droit à une rente d'invalidité de 80%. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixée à 15% par l'intimée, elle ne tiendrait pas compte de l'intégralité des affections somatiques et psychiques consécutives à son accident. Elle devrait dès lors être portée à 30%. De son côté, l'intimée considère, sur la base du rapport de son médecin d'arrondissement, que le recourant peut mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire dans une activité professionnelle privilégiant la position assise en alternance avec la position debout, avec des déplacements limités à de courtes distances et pour autant que soient écartés la station debout prolongée, la marche sur de longues distances et en terrain instable, le port de charges supérieures à 10 kg, l'accroupissement ou l'agenouillement et l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. S'agissant du trouble dépressif, récemment allégué, l'intimée estime que si l'accident dont a souffert le recourant doit être classé dans les événements de gravité moyenne, à la limite inférieure cependant, il ne remplit pas l'un ou l'autre des critères énumérés par la jurisprudence, pour que le lien de causalité entre ledit trouble et l'accident soit retenu. Quant aux récents diagnostics somatiques de dorsalgies, de risque fracturaire accru et de problèmes au tibia et au genou droit, l'intimée relève que ce sont des affections nouvelles qui ont fait l'objet d'une décision séparée, pour déterminer si un lien de causalité avec l'accident du 17 mai 2005 pouvait être donné. La décision y relative a été rendue le 13 octobre 2011 et a fait l'objet d'une opposition séparée, de sorte que les nouveaux troubles somatiques allégués par le recourant ne font pas l'objet du présent litige. Il convient donc uniquement de déterminer si les affections psychiques dont se prévaut le recourant sont consécutives à son accident du 17 mai 2005, singulièrement si elles sont à prendre en considération dans le calcul de son invalidité et de la détermination de son indemnité pour atteinte à l'intégrité. Figurent au dossier de nombreux rapports et en particulier celui du Dr B \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009 dont la valeur probante a d'ores et déjà été reconnue ( ATAS/456/2011 ) par la Cour de céans. Il sied néanmoins de noter que ce praticien ne s'est pas prononcé sur le volet psychiatrique. Dans son analyse, le médecin d'arrondissement a annoncé que le recourant se sentait mal psychologiquement, mais ce n'est qu'en 2011 que les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptomatologie psychotique et de trouble anxieux sans précision ont

été posés par le Dr M\_\_\_\_\_. Celui-ci a expliqué que depuis la décision négative de l'OAI, son patient se sentait incompris, bafoué, non reconnu et vivait un profond sentiment de préjudice. Son irritabilité était à fleur de peau; il avait la rage au ventre et projetait sa colère sur l'ensemble de sa famille. Cette colère faisait peu à peu place à une tristesse de fond et un sentiment d'impuissance le submergeait. Il rencontrait d'ailleurs un trouble de l'endormissement et des réveils fréquents et précoces s'installaient dans la durée. Il refusait l'aide de ses proches, se refermait sur lui-même, broyait du noir à longueur de journée avec des idées suicidaires sans réels scénarios de passage à l'acte. Plus rien ne lui faisait plaisir, il était abattu, épuisé et avait une vision du monde négative. Il pleurait fréquemment et ne comprenait pas ce qui lui arrivait, puis il culpabilisait de façon intense d'avoir maltraité sa femme et ses enfants. Malgré le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique cognitivo comportemental, le tableau clinique restait stationnaire et l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive demeurait sévère, de sorte que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100%. Le Dr O\_\_\_\_\_ a également diagnostiqué une dépression réactionnelle à l'évolution douloureuse en sus des nouvelles affections somatiques qui ont fait l'objet d'une décision séparée. La Cour de céans note que ni l'un ni l'autre de ces praticiens ne se sont prononcés sur la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques. En toute hypothèse, cette question n'a toutefois pas besoin d'être tranchée en l'espèce, car même si les troubles psychiques du recourant étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 17 mai 2005, leur caractère adéquat ferait défaut, pour les motifs qui suivent. L'intimée a estimé que l'accident subi par le recourant devait être classé parmi les accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure. Le recourant quant à lui ne l'a pas qualifié. De l'avis de la Cour et au vu de la jurisprudence, la chute du recourant depuis les escaliers doit être considérée au mieux comme un accident de gravité moyenne, à la limite de l'accident de peu de gravité. Dans le cas d'espèce, il y a en effet lieu de nier l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et du caractère particulièrement impressionnant de l'accident du 17 mai 2005, le recourant ayant déclaré être tombé dans les escaliers à son lieu de travail, sans mentionner de circonstances particulières. S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il est vrai que le recourant a subi deux interventions, à deux et à trois ans de son accident. Il semble cependant que ces délais importants soient bien plutôt attribuables à l'attente pour se faire opérer aux HUG qu'à une longue durée de traitement. Il apparaît d'ailleurs que ce sont avant tout les investigations destinées à fixer les mesures à prendre et les démarches administratives qui ont perduré. Le dossier médical du recourant ne contient par ailleurs aucune mention d'une erreur de traitement ayant entraîné une aggravation des séquelles ou ayant impliqué un traitement plus long et plus lourd que ce qui est habituellement le cas, en présence d'une fracture du calcanéum. Le critère de la durée et de l'incapacité de travail ne peut pas non plus être retenu, étant considéré que le recourant a travaillé, de manière occasionnelle, pour son fils et qu'il n'a pas apporté la preuve que son éloignement du milieu du travail était attribuable à son handicap, mais bien plutôt semble-t-il du fait de n'avoir pas entrepris toutes les démarches nécessaires pour trouver une activité professionnelle en adéquation avec ses limitations fonctionnelles. Le recourant souligne enfin l'importance et la persistance de ses douleurs. La Cour de céans relèvera à cet égard que le recourant ne décrit pas lesdites douleurs, se contentant de les alléguer. Quoiqu'il en soit, ce seul critère n'est pas suffisant, du point de vue de la jurisprudence, pour reconnaître un caractère adéquat au rapport de causalité entre l'accident et le trouble dépressif de gravité sévère mis en évidence par le psychiatre traitant du recourant. Il s'ensuit que les troubles psychiques

présentés par le recourant ne peuvent pas être considérés comme étant en relation de causalité avec l'accident et partant ne peuvent lui donner droit à des prestations de l'assurance-accidents. Le recourant reproche également à l'intimée de n'avoir pas tenu compte de la diminution de rendement - estimée à 20-30% sur une activité de 3h - retenue par les HUG dans leur rapport d'observation. Ce grief ne saurait être retenu. Il convient ici de rappeler qu'il ressort de l'arrêt du 10 mai 2011 ( ATAS/456/2011 ) relatif à la demande en prestations AI que ledit rapport a été écarté par l'OAI, ce que la Cour de céans a confirmé : "Les conclusions du stage d'évaluation ne sont pas non plus suffisantes [...]. Le Service de réadaptation des HUG se fonde en effet sur la seule observation in situ, qui comprend trop de facteurs incontrôlables pour l'emporter sur des conclusions d'ordre médical. Le rapport des HUG n'indique d'ailleurs pas les facteurs de diminution de rendement de 30%, qu'on ne peut expliquer par l'alternance des positions." Dans la mesure où la valeur probante du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ a été reconnue et qu'aucune appréciation médicale ne permet de la remettre en cause, en termes de limitations fonctionnelles somatiques, la Cour de céans confirme la décision entreprise. C'est donc à bon droit que l'intimée a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qu'elle lui a alloué une rente d'invalidité de 10% et qu'elle lui a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. La Cour de céans attire néanmoins l'attention du recourant sur le fait que, si les troubles psychiques présentés ne sont pas du ressort de l'intimée, ils peuvent justifier une demande de révision (art. 17 LPGa) auprès de l'assurance invalidité, pour autant qu'il parvienne à démontrer que lesdits troubles ont engendré une aggravation notable de son état de santé. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14) , conformément aux art. 72 ss LTF ; \* auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. \* Rectification d'une erreur matérielle le 17.08.2012/WAD/MHW La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le \* Rectification d'une erreur matérielle le 17.08.2012/WAD/MHW

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