

GE_GERICHTE A/429/2018 vom 20. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_429_2018

FR: GE_GERICHTE A/429/2018 du 20 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/429/2018 del 20 dicembre 2019

Erwägungen

E. 11

Casuistique: Si cas d'amputation de la main : Pour une vue d'ensemble de la casuistique voir le consid. 4.1.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009. Si cycliste renversé par un autre usager de la route (véhicule automobile ou cyclomoteur) : Les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ont en commun le fait que la collision s'est produite alors que le véhicule impliqué circulait à une vitesse plutôt modérée (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C_62/2013 du 11 septembre 2013 consid. 7.3, 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 et 8C_530/2007 du 10 juin 2008). En revanche, l'accident subi par une assurée, fauchée sur un passage piétons par une voiture qui n'a pratiquement pas freiné et projetée en l'air à près de 15 mètres, a été rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3). Caractère impressionnant et dramatique : La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1 et 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1). La position dans laquelle un assuré chute ou se reçoit au sol pourrait, selon les circonstances, entraîner l'admission du critère invoqué. Toutefois, le fait d'être tombé sur le côté (d'environ 4 mètres) ne saurait, objectivement, conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique. Lorsqu'un assuré glisse et chute, comme c'est le cas en l'espèce, une réception latérale n'est pas forcément plus traumatisante qu'une chute verticale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.2). Dans l'arrêt 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 (consid. 5.4), le Tribunal fédéral a développé sa casuistique en cas de chute. 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 2,7 m d'un immeuble en démolition et lui a percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a encore nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références). A été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des cas graves, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007). Caractère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques : Ce critère ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 et 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). 12. En l'espèce, on ne saurait suivre le recourant qui estime qu'au moins cinq des sept critères inventoriés par la jurisprudence seraient réalisés, dans le cas d'espèce, de sorte que, selon lui, l'accident qu'il qualifie de gravité moyenne, devrait conduire à l'admission d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 6 août 2014, dès lors que la jurisprudence estime que ce lien doit être considéré comme établi pour ce type d'accidents (gravité moyenne stricto sensu) lorsque trois critères au moins sont réunis, ou qu'un seul de ces critères revête une intensité particulière. Ce n'est pas le cas en l'espèce : - comme le rappelle la jurisprudence, tout accident de gravité moyenne présente un certain caractère impressionnant, mais cela n'est pas suffisant pour admettre sans autre l'existence d'un tel critère, d'autant qu'il s'agit d'évaluer les circonstances de manière objective, et non pas à l'aune du ressenti subjectif de l'assuré. Les exemples casuistiques évoqués ci-dessus permettent de prendre la mesure de ce que recouvre cette notion, non réalisée ici ; - 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: le recourant ne fait qu'affirmer que ce critère serait réalisé, en alléguant que les violentes douleurs physiques qu'il explique ressentir témoigneraient de cette gravité, ce qui n'est manifestement pas suffisant ni convaincant. On rappellera en effet que le premier diagnostic posé lors de son admission aux urgences de l'hôpital le jour des faits était celui de contusion de l'avant-pied droit (R52.9). À l'examen clinique, il n'y avait pas de douleurs de la cheville droite, mais des douleurs à la palpation des têtes métatarsiennes et des orteils; discrète tuméfaction; pas de troubles neurovasculaires ni de limitations à la mobilité, douloureuse en flexion et extension de l'avant-pied. Le traitement initial était conservateur (prescription d'antalgiques et port d'une chaussure Darco, glace, repos et surélévation du membre) ; - durée anormalement longue du traitement médical: quoi qu'en dise le recourant, ce critère n'est pas non plus réalisé, alors qu'il était rapidement constaté que l'évolution était favorable hormis la persistance des douleurs alléguées. Comme le relève d'ailleurs l'intimée, l'aspect temporel n'est pas à lui seul décisif. La longueur du traitement a en effet, dans le cas d'espèce, été très largement influencée par la persistance de douleurs alléguées par le recourant, ce qui a notamment incité le Dr I_____ (rapport du 4 juin 2015) à proposer un séjour à la CRR, au vu des douleurs persistantes, inexplicables par rapport aux résultats de l'imagerie, le

médecin estimant être parvenu aux limites de ce qui était possible sur le plan ambulatoire; les deux hospitalisations, à une année d'intervalle, auprès de la CRR, ont notamment montré que la participation de l'assuré aux thérapies mises en place était moyenne, l'intéressé étant centré sur ses douleurs, à quoi s'ajoutaient encore des facteurs non médicaux; - les douleurs physiques persistantes: ce critère n'est pas davantage réalisé, pour les raisons qui viennent d'être évoquées d'une part, et d'autre part en raison du caractère subjectif qui s'y attache, les spécialistes consultés ne s'expliquant pas la persistance de ces douleurs et leur intensité (à l'instar notamment de la Dresse N_____, qui avait néanmoins recommandé un examen neurologique, concevant que le patient puisse souffrir d'une pathologie du nerf sural ; or l'examen auquel le Dr O_____ a procédé s'est révélé normal et rassurant, écartant cette pathologie) ; - erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident: non pertinent et d'ailleurs non soutenu sérieusement par le recourant. - difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes: critère objectivement non réalisé. - degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Ce critère n'est pas non plus réalisé : la plupart des médecins qui ont connu de ce cas, que ce soient les médecins traitants ou spécialistes consultés, ou les médecins des assurances sociales (CNA ou OAI) admettant tous une capacité de travail importante sinon entière, dans une activité adaptée aux LF retenues. Du reste, le recourant entendu par la chambre de céans et répondant à une question des juges a répondu : «je n'ai pas cherché d'emploi depuis mon accident le 6 août 2014 : comment pourrais-je chercher un emploi avec toutes les douleurs que je ressens au pied, au dos, au genou ; je dors mal, j'ai un peu mal partout dans mon corps, je prends des médicaments. Cette seule affirmation subjective ne suffit pas à confirmer l'existence d'une incapacité totale de travail, au-delà de ce qu'elle soulève la question de l'obligation de diminuer le dommage et de consacrer les efforts exigibles pour une reprise d'activité professionnelle, reprise également appelée de leurs vœux par les médecins traitants. On relèvera également qu'expressément interrogé sur le fait de savoir s'il bénéficiait d'un suivi sur le plan psychiatrique, le recourant a répondu par la négative, précisant: « Je ne suis pas fou. La seule chose que je veux est qu'on me guérisse le pied. Moralement, je vais mal, psychiquement, je ne vais pas bien. ». Cette attitude ne saurait en effet attester par elle-même une incapacité totale de travail et encore moins sa durée. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques, - certes diagnostiqués lors du séjour de l'intéressé à la CRR en 2016 (trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive) - et l'accident du 6 août 2014 ne saurait être reconnu. Dans ces conditions, et comme l'a d'ailleurs relevé l'intimée, la question même de la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident peut rester, en l'espèce, indécise. C'est donc à juste titre que l'intimée, suivant en cela l'appréciation du médecin d'arrondissement dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, a écarté la prise en compte des troubles psychiques. 13. En tant qu'il conteste la décision entreprise et conclut à son annulation, en se prévalant de l'avis de certains de ses médecins traitants, et en concluant préalablement à la mise en oeuvre d'un nouvel examen, le recourant conteste implicitement l'avis du médecin d'arrondissement, dans la mesure où la décision entreprise est fondée sur cet avis médical. Il convient donc d'examiner si l'on peut reconnaître aux rapports successifs du Dr K_____ une pleine valeur probante. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). e. 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 oeuvre 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_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.). f. 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). g. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). h. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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 n. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 14. 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). 15. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en

déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

16. Il convient tout d'abord d'observer que le Dr K_____ a régulièrement été interpellé par le gestionnaire de la CNA, et il a suivi personnellement l'évolution de l'état de santé à travers le dossier médical de l'assuré, tout au long du processus qui a conduit à la décision sur le droit à la rente ainsi qu'à l'octroi de l'IPAI, décision confirmée sur opposition, par la décision entreprise du 28 décembre 2017. Ainsi, le médecin d'arrondissement a examiné personnellement l'assuré, à deux reprises, la première le 13 octobre 2015. Il avait alors conclu que sur le plan médical la situation n'était pas stabilisée. Une intervention chirurgicale avait été proposée, le médecin d'arrondissement considérant cette intervention comme adaptée à la situation. Le rapport d'examen, consécutif au premier séjour de l'assuré à la CRR, retrace, par le menu, l'évolution du cas depuis le sinistre du 6 août 2014, jusqu'à l'examen, et prend en compte tous les documents médicaux versés au dossier pendant cette période, commentant ou résumant ces divers documents. Il a également pris en compte les explications de l'assuré, qui était alors assisté d'un interprète, noté les plaintes de l'assuré, et procédé à son examen clinique. Il a posé un diagnostic et apprécié le cas, en pleine connaissance du dossier. Ce rapport remplit pleinement les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a ensuite procédé à un nouvel examen clinique de l'intéressé et à une évaluation du dossier en fonction de son évolution depuis le précédent examen, recueillant également les plaintes actuelles de l'assuré et en l'examinant personnellement. Comme dans le précédent rapport, il a également tenu compte des renseignements anamnestiques nécessaires, et procédé à l'appréciation du cas, en toute connaissance du dossier et des diagnostics. En l'état actuel celui-ci ne pouvait être considéré comme suffisamment stabilisé pour permettre un bilan assécurologique. Il était néanmoins attendu un retour dans les meilleurs délais à une reprise de l'activité professionnelle adaptée. Compte tenu des séquelles de l'accident et des interventions réalisées, son ancien travail de monteur en échafaudages n'était plus exigible. Se déterminant sur les limitations fonctionnelles, l'examineur a observé que pour ce qui était de l'exigibilité, les activités avec marche sur de longues distances sur terrain plat, les activités en terrain instable ainsi que le port de charges supérieures à 15 kg, les travaux accroupis ou à genoux ainsi que l'utilisation d'échelles d'escaliers étaient déconseillées. Il était plutôt proposé une activité respectant ces restrictions, avec une alternance des positions assises et debout avec en plus des déplacements sur de courtes distances. En respectant ces limitations, une activité complète est attendue dans le courant de l'année 2017. Une stabilisation du cas était prévisible dans les 6 mois à venir. Il était prévu de refaire le point de la situation en avril-mai 2017. Il confirmait qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) était aussi prévisible, à confirmer selon évolution. Enfin le 11 mai 2017, prenant en compte les derniers avis médicaux manquants pour pouvoir définitivement se prononcer, il a procédé à un complément d'appréciation médicale notamment après l'évaluation du Dr M_____. En conclusion la situation devait être considérée comme médicalement stabilisée. L'exigibilité proposée en janvier 2017 était désormais d'actualité. Le jour même, il a procédé à une estimation de l'IPAI: l'atteinte à l'intégrité était estimée à 10 %, basée sur la table 2 des barèmes d'indemnités établis et publiés par les médecins de la CNA. L'ensemble des rapports successifs apparaît ainsi avoir été rédigé en toute connaissance du dossier, prenant

en considération les éléments anamnestiques nécessaires, les diagnostics, les plaintes de l'assuré, les avis médicaux des médecins traitants, dans la mesure de leur pertinence, et aboutissant à des conclusions claires, exemptes de toute contradiction, motivées de façon adéquate et pouvant ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les objections du recourant sont essentiellement subjectives; en tant qu'elles reposeraient sur l'avis de ses médecins traitants, elles procèdent soit de sa propre appréciation subjective de l'opinion de ces derniers, soit ceux-ci se fondent sur les propres déclarations de leur patient, et ne sont nullement de nature à susciter le moindre doute par rapport aux conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée. Il convient également d'avoir à l'esprit les principes de jurisprudence rappelée précédemment, s'agissant de départager les avis divergents entre les médecins d'une assurance sociale et les médecins traitants, en raison de la nature différente du mandat confié à chacun. Ainsi, n'y a pas lieu d'envisager des mesures d'instruction complémentaire et en particulier pas de procéder à un nouvel examen comme le souhaite le recourant. 17. Le recourant conteste encore le taux d'invalidité, inférieur à 10 % tel que fixé par l'intimée, alléguant que la majorité des médecins consultés estime qu'il serait invalide à tout le moins à 20 %, voire à 100 %. Il convient dès lors de rappeler les principes régissant, dans le domaine de l'assurance-accidents, la détermination du taux d'invalidité, lors de l'examen du droit à la rente. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA). b. Il convient de rappeler que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 554/01 du 19 avril 2002). c. 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 réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGa). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice

d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). d. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). e. Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1). 18. a. 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). b. 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). c. Le revenu d'invalidé 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'invalidé 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). d. La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH - RS 0.101]), a fixé les conditions auxquelles devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalidé. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3). La détermination du revenu d'invalidé 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. 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). 19. En l'espèce, la décision querellée a fixé le revenu présumable sans invalidité à hauteur de CHF 4'854.- (part du 13 e salaire incluse) et un revenu exigible d'au moins CHF 4'742.- (part du 13 e salaire incluse) laissant apparaître une perte de 2.3 %. Le revenu d'invalidé a été déterminé en l'espèce sur la base des données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT), ceci en pleine conformité avec les règles jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas, se contentant de considérer que la plupart de ses médecins traitants considèrent le taux d'invalidité à hauteur de plus de 20 %, considération médico-théorique - évaluant en réalité la CT et non le taux d'invalidité -, qui ne saurait être prise en compte comme telle, dans la détermination de l'invalidité, qui doit, comme rappelé ci-dessus, être fondée sur la comparaison des revenus avec et sans invalidité, pour déterminer le manque à gagner, exprimé dans un premier temps en valeur absolue, puis extrapolé en pourcentage, soit le taux d'invalidité. Ainsi, la décision entreprise n'est pas critiquable ; ce grief sera rejeté. 20. Enfin, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir fixé le taux d'IPAI à hauteur de 10 %. Il affirme, de manière péremptoire, et sans la moindre argumentation, que ce taux devra être revu à la hausse, " en prenant en considération le taux d'invalidité revu". Il convient à cet égard de rappeler à l'intention du recourant les principes régissant l'octroi de ce type de prestation particulière. 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 (al. 1, 1^{ère} phrase); 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, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (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). b. 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 ou mentale, 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). 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). 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). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4). c. 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). 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). d. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînant « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98). Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2^{ème} phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306). 21. En l'espèce, le médecin d'arrondissement a estimé l'atteinte à l'intégrité lors de son appréciation médicale du 11 mai 2017. Il a constaté un status après fracture du 3^e métatarsien droit et déchirure de la plaque plantaire traitée par chirurgie. Un bilan radiographique avait mis en évidence une fracture non déplacée du 3^e métatarsien. Pour les suites, une bursite inter-métatarsienne, une chondropathie de la NTP et une déchirure de la plaque plantaire ont été constatées. Cela

a nécessité une chirurgie. Les suites postopératoires n'ont pas permis une récupération complète des capacités fonctionnelles. La situation est stabilisée selon les rapports médicaux, aucune intervention n'étant à proposer. Sur cette base, le médecin d'arrondissement, appliquant la table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA - atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs - . Concrètement il a appliqué par analogie, le taux prévu pour les troubles fonctionnels douloureux après fracture luxation de l'articulation de Lisfranc ou du métatarse (10 - 20%), et a fixé le taux à 10 %, correspondant au minimum de la fourchette prévue par la table appliquée: dans la mesure où selon ses constatations les suites postopératoires ne permettaient pas une récupération complète, le taux minimal a été ainsi retenu; il n'apparaît pas critiquable. Le recourant prétend en substance que le taux de l'indemnité litigieuse aurait été fixé en fonction du taux d'invalidité de 10 %; ce qui ne correspond du reste pas au taux d'invalidité fixé dans la décision litigieuse à hauteur de 2.3 %. Dans la droite ligne de cette argumentation erronée, il estimait que l'indemnité pour IPAI devrait être revue à la hausse, en fonction du taux d'invalidité lui-même revu à la hausse aux termes de la nouvelle appréciation du taux d'invalidité qu'il appelait de ses vœux par la tenue d'un nouvel examen. Dûment interpellée au sujet de cette argumentation, l'avocate du recourant a finalement admis, lors de l'audience de comparution personnelle du 1^{er} juillet 2019, qu'il n'y avait pas de rapport entre le taux d'invalidité et le taux d'IPAI, et que cette phrase était malheureuse. Elle a en revanche considéré que le taux d'IPAI fixé par le médecin d'arrondissement était trop faible, car il n'aurait pas été fixé en fonction d'un examen approfondi du cas particulier du recourant. La chambre de céans ne saurait la suivre. Il est vrai, formellement, que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité a été fixée par le Dr K_____ sans nouvel examen clinique de l'assuré, dans le cadre de son appréciation médicale du 11 mai 2017, complémentaire à l'examen personnel de l'intéressé auquel il avait procédé le 30 janvier 2017, retenant alors qu'une IPAI était prévisible, à confirmer selon l'évolution, et précisant alors que compte tenu des lésions, cette IPAI serait probablement établie par analogie. L'évaluation du 11 mai 2017 a donc été faite sur la base du dossier, et notamment des derniers documents médicaux émanant des médecins du recourant. Comme rappelé précédemment, 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). Tel est bien le cas en l'espèce, comme on l'a vu précédemment; la chambre de céans n'a aucun motif de s'écarter de l'évaluation du spécialiste, aucun indice figurant au dossier ne permettant de la remettre en cause, celle-ci étant d'une part motivée, et relevant d'autre part du pouvoir d'appréciation du médecin. 22. Au vu de ce qui précède, en tous points mal fondé, le recours est rejeté. 23. L'intimée a conclu à la condamnation du recourant aux frais et dépens. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 149 consid. 4 ; voir également l'art. 73 al. 2 LPP). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal. En l'occurrence il ne sera pas alloué de dépens. 24. 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.