

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 455 vom 15. August 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__455

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 455 du 15 août 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 455 del 15 agosto 2022

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, RECHUTE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, REFUS DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 LAA

Erwägungen

E. 23

août, 4 octobre et 26 novembre 2019, des 17 janvier, 13 mars, 29 mai, 20 août, 11 septembre, 9 octobre et 11 décembre 2020 et des 21 janvier, 19 mars et 18 juin 2021). Selon un rapport du médecin d'arrondissement, la durée de l'incapacité de travail post-opératoire était estimée à environ six mois (rapport du 18 septembre 2019 du Dr R. _____).

Constatant que l'insertionite du tendon d'Achille droit décrite dans l'IRM du 4 février 2019 n'était pas présente sur les rapports d'imagerie de 2017 et évoquant une possible aggravation des séquelles de l'accident du 24 août 2017, le Dr R. _____ a préconisé la réouverture du dossier de l'assuré (détermination du 7 août 2019). Par courrier du 4 septembre 2019, la CNA a indiqué allouer ses prestations pour la rechute de l'accident survenu le 24 août 2017. Sur réquisition du conseil de l'assuré, Me [...], la CNA a fixé le montant de l'indemnité journalière dans une décision du 16 décembre 2019, confirmée sur opposition le 13 février 2020, mais annulée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 4 janvier 2021 (AA 29/20 – 1/2021). Le litige a été déféré par les deux parties devant le Tribunal fédéral, lequel a arrêté la date déterminante de la rechute au 1^{er} avril 2019 et fixé le montant de l'indemnité journalière due par la CNA à ce titre (TF 8C_120/2021 et 8C_137/2021 du 2 août 2021). Selon les rapports médicaux intermédiaires que le Dr T. _____ a adressés à la CNA, l'évolution des douleurs au tendon éprouvées par l'assuré ainsi que de sa boiterie était lente, mais positive. Il avait toutefois développé des douleurs aux talons, évocatrices d'une fasciite plantaire bilatérale. Un traitement conservateur par physiothérapie couplé au port de semelles de renforcement de la voûte plantaire a été mis en œuvre (cf. rapports médicaux du 30 octobre 2019, des 15 janvier, 24 mars et 1^{er} juin 2020). En raison de la persistance des douleurs au niveau de l'insertion du tendon d'Achille et de la région plantaire, le spécialiste traitant a débuté une série d'infiltrations de cortisone le 20 août 2020, dont le bénéfice a été très partiel (cf. rapports du 20 août et du 6 octobre 2020 du Dr T. _____). Dans le cadre de l'instruction du dossier de l'assuré, le Dr R. _____ a examiné l'assuré en date du 2 décembre 2020. Ce spécialiste a relevé ce qui suit dans son appréciation consignée au bilan médical final de la même date : « L'assuré, ouvrier de la construction, travaillant pour une entreprise temporaire, chute dans un trou le 24.08.2017. Le médecin traitant retient un diagnostic de contusions des 2 talons. Une IRM de la cheville D [droite], le 03.11.2017, décrit une

tendinopathie du court fibulaire et une insertionite du tendon d'Achille D. Le même examen, au niveau de la cheville G [gauche], montre une aponévrosite plantaire et une fissuration du court fibulaire. Le patient est vu par le Dr L. _____ à [...]. Le traitement reste conservateur. Le patient est vu par la suite par le Dr K. _____, rhumatologue à [...]. Ce spécialiste propose des ondes de choc et souligne un déconditionnement musculaire. L'assuré est vu une première fois à l'agence le 07.02.2018. On l'adresse à la W. _____ où il séjourne du 13.02. au 14.03.2018. Les plaintes de l'assuré s'expliquent partiellement par les lésions objectives constatées. On relève des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes rapportées par l'assuré : kinésiophobie et catastrophisation élevées, perception élevée du handicap fonctionnel et focalisation sur la douleur avec importantes auto-limitations. Le séjour à la W. _____ ne permet pas d'évolution positive. On retient une volonté incertaine de l'assuré de donner le maximum aux différents tests auxquels il a été soumis. Des limitations fonctionnelles provisoires sont retenues pour les travaux accroupis, les escaliers et les échelles ainsi que les marches prolongées avec port de charges supérieur à 10 kg. L'assuré est revu à l'agence le 07.05.2018 et on juge la situation médicale stabilisée. Des limitations fonctionnelles définitives sont retenues pour les marches prolongées et les travaux en positions statiques debout prolongées. L'assuré s'adresse par la suite aux Dr T. _____ et B. _____ au G. _____ à [...]. Le Dr T. _____ procède le 27.06.2019 à une calcanéoplastie endoscopique à D. L'évolution post-opératoire est caractérisée par la persistance de douleurs. L'assuré développe une fasciite plantaire bilatérale prédominant du côté D, laquelle ne répond que partiellement aux diverses infiltrations réalisées. Subjectivement, l'assuré ne concède guère d'amélioration. Il garde des douleurs aux 2 calcanei, davantage à D. Le périmètre de marche à plat n'excéderait pas 50 à 100 mètres sans canne. Il signale des lâchages du pied D et des gonalgies bilatérales. La nuit, une sensation d'échauffement des 2 membres inférieurs provoque de fréquents réveils. Objectivement, l'impression qui prévaut est celle d'une amplification majeure. La marche s'effectue en effet sans boiterie significative mais à petits pas. Le patient est incapable de marcher sur les talons mais n'ébauche pas le moindre essai. La montée unipodale sur la pointe du pied est déclarée irréalisable. Cliniquement, les 2 pieds sont toutefois parfaitement calmes. La transpiration et la température des 2 pieds sont similaires. Le tannage plantaire est identique. La situation médicale est stabilisée. Un nouveau séjour à la W. _____ n'apporterait certainement aucun bénéfice. Plus de 18 mois après l'intervention de juin 2019, on doit admettre que la situation médicale ne changera plus. On reconnaît à l'assuré des limitations fonctionnelles pour les marches prolongées, les marches en terrains irréguliers, les travaux accroupis ainsi que les travaux en position debout statique prolongée. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail. Aucune IPAI n'est due pour les suites de l'évènement du 24.08.2017 ». Par courriel du 5 février 2021, l'ancien employeur a indiqué que le salaire horaire de l'assuré aurait été le même en 2021 qu'en 2020. c) L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière pour la période du 1er juin 2020 au 31 mars 2021, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, à la suite de l'aggravation de son état de santé dès le 27 juin 2019. Selon l'OAI, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marches prolongées, pas de marches en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ainsi que des travaux en position debout statique prolongée) dès le mois de décembre 2020 (cf. projet de décision du 22 février 2021). d) La CNA a mis fin au paiement des soins médicaux

et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2021 au soir, considérant que l'assuré n'avait plus besoin de traitement médical spécifique dès cette date (cf. courrier du 2 mars 2021). Par décision du 9 mars 2021, la CNA a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité, considérant que celui-ci disposait d'une capacité de travail entière dans différents secteurs de l'économie dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr R. _____ (cf. bilan médical final du 2 décembre 2020). L'assuré ne subissait aucune perte de gain, compte tenu d'un revenu sans invalidité chiffré à 68'523 fr. sur la base de la convention nationale du secteur principal de la construction et d'un revenu d'invalidité de 70'166 fr. sur la base des statistiques salariales (niveau de compétences 1 ; cf. calcul du taux d'invalidité du 8 mars 2021). De même, aucune IPAI n'était due, l'assuré ne présentant pas d'atteinte importante à l'intégrité physique. L'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée en date du 5 avril 2021 par l'intermédiaire de son nouveau conseil, Me François Gillard, concluant à son annulation, motif pris de l'absence de stabilisation de son état de santé, respectivement de ce que la reprise de toute activité professionnelle était en l'état inexigible de sa part. Au surplus, son acte d'opposition valait également annonce de rechute pour les atteintes de la cheville gauche, fondant la reprise des prestations d'assurance dès la mi-mars 2021. A l'appui de ses allégations, il a fait valoir que l'instruction de son dossier était lacunaire et a contesté la liste des activités adaptées ainsi que le revenu exigible à ce titre, dès lors que celui-ci ne tenait pas adéquatement compte de ses limitations fonctionnelles et de sa baisse de rendement. A titre subsidiaire, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité à un taux d'au moins 50 % ainsi qu'à l'allocation d'une IPAI. Il a produit à l'appui de son opposition un rapport médical du 14 mars 2021, dans lequel le Dr M. _____ a en substance indiqué faire confiance à son patient quant à la réalité des douleurs rapportées par celui-ci et estimé qu'une reprise de l'activité professionnelle devait être progressive. Était également produit un rapport médical du 23 mars 2021 établi par le Dr T. _____, lequel a relevé que la situation médicale était relativement stabilisée par rapport à la cheville droite, en dépit d'une amélioration partielle des douleurs liées à la tendinopathie. L'assuré marchait toujours avec une boiterie importante et à l'aide de béquilles, malgré le soulagement des douleurs résultant de la fasciite plantaire à la suite d'infiltrations. En raison de la persistance de douleurs à la cheville gauche, bien qu'améliorées après un cycle de trois infiltrations, une intervention chirurgicale était envisagée. Ce spécialiste a estimé qu'une reconversion professionnelle vers un travail non physique limitant la station debout et le port de charges à 5-10 kg était nécessaire, idéalement en position assise. Dans une nouvelle appréciation médicale du 16 juin 2021, le Dr R. _____, a précisé que le refus d'IPAI se fondait sur l'absence de dégradation arthrosique. Il a au surplus indiqué ce qui suit : « L'accident du 24.08.2017 n'a engendré qu'une contusion des deux talons. Les lésions constatées sur l'IRM de la cheville D [droite] du 03.11.2017 sont de nature dégénérative. L'intervention réalisée le 27.06.2019 par le Dr T. _____ à D n'a pas apporté d'amélioration significative. Le bilan final du 02.12.2020 a permis de retenir une stabilisation médicale et des limitations ont été retenues en rapport avec les plaintes de l'assuré. On peut exprimer les plus vifs doutes quant aux réussites d'une éventuelle chirurgie au niveau du pied et de la cheville G [gauche]. La situation médicale est stabilisée et toute nouvelle intervention par le Dr T. _____ ou par un autre chirurgien ne permettra pas d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré ni de modifier la capacité de travail exigible ». Le 8 septembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision précitée. Constatant la force probante des évaluations de son médecin d'arrondissement, elle a maintenu sa position quant à la stabilisation de

l'état de santé de l'assuré, en l'absence de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer de manière notable les séquelles d'origine accidentelle et d'augmenter sa capacité de gain. Après rectification du revenu de valide compte tenu de la publication de nouvelles données par l'Office fédéral de la statistique, elle a confirmé le refus de rente et d'IPAI, tout en précisant que l'évaluation de cette dernière ressortait en premier lieu de la compétence des médecins. Enfin, elle a indiqué que son agence de [...] était chargée de se prononcer sur la nouvelle annonce de rechute. L'agence précitée a refusé d'allouer d'autres prestations d'assurance en lien avec la nouvelle annonce de rechute, à défaut d'aggravation des séquelles de l'accident et de motif justifiant la reprise d'un traitement médical selon l'appréciation du médecin d'arrondissement du 16 juin 2021 (cf. décision du 27 septembre 2021). B. Par acte du 11 octobre 2021, A._____ a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée par l'intermédiaire de son conseil, concluant principalement à sa réforme dans le sens d'un octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI fondées sur des taux de 50 % au moins, subsidiairement à son annulation et à son renvoi à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a également conclu à sa mise au bénéfice de l'assistance judiciaire ainsi qu'à ce que fût ordonnée la reprise de l'instruction de son dossier par l'intimée, singulièrement par la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante. Reprenant en substance son argumentation sur opposition, le recourant a réfuté la stabilisation de son état de santé et fait valoir le caractère lacunaire de l'instruction de son dossier. Il a ainsi contesté être en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle à ce jour et, à terme, la liste des activités adaptées retenues, le rendement ainsi que le revenu exigible. A l'appui de ses allégations, il a notamment produit un certificat médical du 18 juin 2021 du Dr T._____, attestant une incapacité totale de travailler du même jour au 30 septembre 2021, ainsi qu'un rapport établi le 18 août 2021 par D._____, physiothérapeute, laquelle a attesté l'avoir suivi dès le 6 septembre 2017 dans le cadre d'une rééducation consécutive à une fracture bilatérale des calcaneums. Le 5 juillet 2021, elle avait revu le recourant pour les mêmes pathologies, son état ne semblant pas s'être amélioré dans l'intervalle. Elle a fait état d'un enraidissement global de la tibio-tarsienne et du pied des deux côtés, d'une stase circulatoire, d'une mycose cutanée importante ainsi que de douleurs localisées sur les tendons d'Achille, les talons et les fascias plantaires. Au terme de cinq séances de traitement axé sur les douleurs, elle a relevé que le recourant n'avait remarqué aucune évolution. Dans son mémoire de réponse du 12 novembre 2021, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents s'en est rapportée à justice concernant la demande d'assistance judiciaire du recourant et a au surplus conclu au déboutement de celui-ci de toutes ses conclusions, motif pris de l'absence d'élément médical objectif de nature à remettre en cause la stabilisation de l'état de santé du recourant ainsi que l'examen du droit à la rente d'invalidité et à l'IPAI, tels qu'évalués par son médecin d'arrondissement. Elle a également relevé que l'objet du présent litige était circonscrit par la décision sur opposition querellée, de sorte que la question de la nouvelle rechute et la décision y relative en étaient exclus. L'assistance judiciaire a été refusée au recourant par décision du 9 décembre 2021, à l'encontre de laquelle celui-ci n'a pas formé recours. Répliquant le 12 janvier 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions, tout en faisant valoir l'existence de conséquences psychiatriques d'origine accidentelle. Il a produit à l'appui de ses allégations un rapport, intitulé « ordonnance », établi le 3 décembre 2021 par le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a attesté l'avoir vu en consultation à quatre reprises depuis le 7 septembre 2021 « en lien avec son accident de travail de 2017 » et lui avoir prescrit un traitement médicamenteux. L'intimée a

maintenu ses conclusions dans sa duplique du 2 février 2022. Concernant les atteintes à la santé psychique alléguées par le recourant, elle a relevé que celui-ci n'avait jamais fait valoir d'élément énonçant un trouble psychique avant son écriture de réplique. Le rapport produit à cet égard, dépourvu de diagnostic ou de motivation, n'était au demeurant pas susceptible de fonder un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte psychique au degré de la vraisemblance prépondérante. Par courrier du 25 février 2022, la Juge instructrice a notamment informé le recourant de ce qu'elle n'entendait pas, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves et sous réserve de l'appréciation de la Cour, ordonner son audition à titre de mesure d'instruction complémentaire. En réponse au courrier précité, le recourant a renoncé le 2 mars 2022 à la tenue d'une audience de débats publics destinée uniquement à des plaidoiries. **E n d r o i t :** 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de la rechute de l'accident survenue le 1^{er} avril 2019. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), au versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art.

E. 24

al. 1 LAA). b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4). 4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social

dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 5. En l'occurrence, il est établi que le recourant a été victime d'un accident professionnel le 24 août 2017 ainsi que d'une rechute avec effet au 1er avril 2019. Le lien de causalité entre l'accident et les atteintes somatiques aux chevilles est également admis, le médecin d'arrondissement ayant en particulier reconnu que la rechute avait notamment rendu nécessaire une intervention chirurgicale le 27 juin 2019. Le recourant fait cependant valoir pour la première fois au stade de son écriture de réplique l'existence d'atteintes psychiques d'origine accidentelle. A l'appui de son allégation, il produit une « ordonnance » établie le 3 décembre 2021 par le Dr E. _____, spécialiste qu'il n'a commencé à consulter qu'à la veille de la décision attaquée, soit plus de quatre ans après l'accident initial. Ce document ne mentionne toutefois aucun diagnostic, n'est nullement étayé et ne fait pas état de limitation fonctionnelle ou même de quelconques symptômes, de sorte qu'il n'est en rien probant de la survenance d'une atteinte psychique invalidante consécutivement à l'accident. Au demeurant, il ressort du dossier, et en particulier du rapport établi au terme du séjour à la W. _____, qu'aucune atteinte de cette nature n'a été médicalement constatée par les praticiens ayant examiné le recourant. Se fondant sur les éléments médicaux au dossier, motivés et convaincants, cette dernière n'avait pas le devoir de conduire une instruction au plan psychique, contrairement à ce que soutient le recourant. Compte tenu de ce qui précède, l'existence d'atteintes psychiques invalidantes dont il se prévaut n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. 6. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu

sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). c) Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus 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 (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5 ; 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7 ; 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1

er juillet 2021 consid. 6.2.1 ; TF 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3). 7. a) Le recourant allègue que l'instruction de son dossier est lacunaire, respectivement que l'établissement des faits par l'intimée est manifestement inexact. A cet égard, il fait valoir que la décision sur opposition était prématurée, son état de santé n'étant pas encore stabilisé au 31 mars 2021. Il convient ainsi d'examiner en premier lieu si l'intimée était fondée à examiner le droit à la rente d'invalidité. Cette question revient à trancher le point de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 mars 2021, soit s'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration au-delà de cette date. b) Comme cela a été rappelé ci-dessus, le lien de causalité entre l'accident et les atteintes physiques aux chevilles est établi (cf. consid. 5). L'intimée a d'ailleurs pris en charge le cas, allouant des indemnités journalières et la prise en charge du traitement jusqu'au 31 mars 2021, date à partir de laquelle elle a considéré l'état de santé du recourant comme stabilisé, se fondant sur l'appréciation médicale du 2 décembre 2020 du Dr R._____. Pour former son appréciation, ce médecin a procédé à un examen complet de l'évolution de la situation médicale du recourant et pris connaissance de l'intégralité des rapports médicaux figurant au dossier. Son rapport contient une anamnèse complète, se réfère à son environnement socio-professionnel, prend en compte les plaintes de l'assuré et rapporte les résultats d'un examen clinique réalisé le même jour. Il a formulé des constatations motivées et fondées sur les éléments objectifs figurant au dossier ou observés lors de l'examen clinique. Le rapport est conforme aux pièces du dossier, sur lesquelles il s'est prononcé de manière convaincante en étayant les motifs à l'origine de ses appréciations divergentes, notamment quant aux propositions de traitement préconisées. A la suite de l'opposition formée par le recourant et de la production par celui-ci de deux nouveaux rapports médicaux, le médecin précité a complété son appréciation en date du 16 juin 2021. Il a alors précisé que toute nouvelle intervention chirurgicale ne permettrait pas l'amélioration notable de l'état de santé du recourant ou de modifier la capacité de travail de ce dernier. A défaut d'amélioration sensible de l'état du recourant au sens de la jurisprudence, le médecin d'arrondissement a confirmé la stabilisation de son état de santé. Compte tenu de ce qui précède, l'appréciation du médecin d'arrondissement, conforme aux règles de l'art, dispose d'une pleine valeur probante. c) Le recourant fait valoir la constatation inexacte des éléments médicaux, les appréciations médicales à l'origine de la décision sur opposition entreprise ayant selon lui en premier lieu méconnu l'existence d'une fasciite plantaire bilatérale. Selon lui, cette dernière impliquait des limitations fonctionnelles supplémentaires, dès lors que les douleurs éprouvées réduisaient son autonomie quasiment à néant. Or, le Dr R._____ avait connaissance de cette atteinte à la santé lors de son appréciation du 2 décembre 2020, dont il a au demeurant relevé qu'elle n'avait que partiellement répondu aux diverses infiltrations réalisées (cf. résumés des rapports des 8 janvier, 24 mars,

E. 26

août et 6 octobre 2020, p. 3 et 4, et appréciation, p. 6). En outre, il ressort du rapport du Dr T._____ que ce spécialiste a également relevé que la situation était relativement stabilisée à l'égard de la cheville droite dans son rapport du 23 mars 2021. Le recourant fait également état d'une fracture bilatérale du calcanéum, que le médecin d'arrondissement aurait erronément qualifiée de « contusion des deux talons » (cf. appréciation du 16 juin 2021, p. 4). Or, ce diagnostic a été posé par le médecin traitant du recourant (cf. rapport médical intermédiaire du 29 octobre 2017 du Dr M._____), avant d'être repris par le médecin de l'assurance. En outre, l'existence d'une fracture du calcanéum ne ressort

d'aucun élément médical figurant au dossier, si ce n'est du rapport établi par la physiothérapeute traitante du recourant. Cette dernière a également relevé l'enraidissement global de la tibio-tarsienne et du pied droit des deux côtés, que le médecin d'arrondissement aurait arbitrairement écarté. A cet égard, il y a lieu de relever que cet avis ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels constitutifs d'un examen médical permettant de remettre en doute à satisfaction de droit l'appréciation du Dr R. _____, lequel a d'ailleurs procédé à un examen clinique du recourant. A noter enfin que la physiothérapeute a elle-même souligné que les deux séries de neuf séances de rééducation consécutives à l'accident initial n'avaient apporté aucune amélioration du point de vue des douleurs éprouvées par le recourant, qu'elle avait revu pour les mêmes pathologies en 2021 sans qu'elle ne constate d'amélioration de son état. Elle a également relevé que le recourant n'avait remarqué « aucune amélioration » au terme des cinq nouvelles séances précédant l'établissement du rapport. Il ressort de ce qui précède que cette thérapeute semble confirmer la stabilisation de l'état de santé du recourant. d) Partant, les pièces produites par le recourant dans le cadre de la présente procédure n'amènent aucun élément permettant de remettre en cause l'évaluation médicale du Dr R. _____, établie conformément aux règles de l'art et selon laquelle aucun traitement n'est en mesure d'améliorer l'état de santé du recourant de manière sensible. Au contraire, il ressort de l'ensemble du dossier que les traitements prodigués n'ont apporté que peu de bénéfice au recourant, qu'ils fussent conservatoires ou chirurgicaux, comme l'illustre la réapparition des douleurs constatée par le Dr T. _____ à la suite de l'interruption du traitement de physiothérapie lors du confinement (cf. rapport du 1^{er} juin 2020). En outre, bien que ce spécialiste ait évoqué en mars 2021 la possibilité d'une intervention chirurgicale en cas de persistance des douleurs – lesquelles semblaient au demeurant perdurer depuis de nombreux mois déjà –, il n'a pas indiqué qu'un tel traitement dût être entrepris ou qu'il apporterait une amélioration notable de l'état du recourant. Au contraire, le Dr T. _____ a continué à prescrire à son patient des séances de physiothérapie en juin 2021, sans mentionner d'autre nouveau traitement, dont le recourant n'allègue pas davantage l'existence. Dans ces conditions, c'est donc en vain que le recourant conteste la stabilisation de son état de santé au 31 mars 2021. A noter que contrairement à ce qu'il semble soutenir, cette notion n'équivaut pas à la disparition complète des séquelles de l'accident. e) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à statuer sur le droit à la rente au 1^{er} avril 2021, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration au-delà de la date du 31 mars 2021. Le grief formulé par le recourant à cet égard est partant infondé et doit être écarté. 8. a) L'intimée a refusé d'allouer au recourant une rente d'invalidité, considérant qu'il disposait d'une pleine capacité de travail, n'impliquant aucune perte de gain, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marches prolongées ou en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ainsi qu'en position statique prolongée. Ces restrictions ont été retenues par le Dr R. _____, lequel a fixé les limitations fonctionnelles de manière objective, sur la base d'un examen clinique, en tenant compte des plaintes du recourant et du fait que celui-ci a tendance à limiter ses efforts, les doléances exprimées ne correspondant pas nécessairement aux constatations cliniques. Les mêmes constatations avaient été faites par les médecins de la W. _____ en 2018, ces derniers ayant en particulier relevé que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles du recourant. Au surplus et bien que cette appréciation ne lie pas la présente juridiction à défaut de se fonder sur les mêmes critères, l'Office de l'assurance-invalidité a retenu les mêmes limitations fonctionnelles afin de

déterminer le droit du recourant à une rente d'invalidité versée par cette assurance. Ce spécialiste ne fait pas non plus mention d'une quelconque diminution de rendement du recourant résultant des limitations fonctionnelles précitées. b) Le recourant conteste l'ampleur des limitations fonctionnelles retenues par l'intimée. Il allègue notamment une limitation de son périmètre de marche à dix minutes maximum, selon lui objectivée dans un rapport du Dr T._____. Or, les limitations relatives au périmètre de marche ne font pas l'objet de rapports médicaux circonstanciés de la part des médecins traitants du recourant. Au contraire, la distance de cinquante à cent mètres et la durée maximale de dix minutes ont été évoquées par le recourant lui-même avant d'être consignées par les médecins de la W._____. (cf. rapport du 23 mars 2018, p. 3) et le médecin d'arrondissement dans ses évaluations. Ces limitations n'ont pas été davantage exprimées de manière circonstanciées par ses médecins traitants, mais uniquement par sa physiothérapeute. Or, ni ce rapport ni celui établi par le Dr M._____ ne font obstacle aux conclusions du médecin d'arrondissement, dès lors que ces praticiens rapportent uniquement les plaintes exprimées par leur patient, sans s'appuyer sur des observations cliniques documentées. La formulation choisie par le médecin traitant laisse au demeurant apparaître que les déclarations de ce praticien sont partiellement influencées par le lien thérapeutique de longue durée l'unissant à son patient. Ainsi, les rapports médicaux établis par les médecins traitants ne revêtent aucune valeur probante sur ce point. Le recourant fait également valoir une appréciation erronée de sa capacité de travail résiduelle, alléguant une perte de rendement de 30 % au moins afin de tenir compte de la nécessaire alternance de positions dans une activité adaptée. Or, ses médecins traitants ne se prononcent pas de manière circonstanciée sur la capacité de travail de leur patient, pour autant qu'ils se déterminent sur ce sujet. Il convient à cet égard de relever que l'établissement de certificats d'incapacité de travail non motivés ne suffit pas à remettre en doute à satisfaction de droit l'évaluation médicale complète et étayée du médecin de l'assurance. L'appréciation de la valeur probante des rapports produits par le recourant tant en procédure d'opposition que judiciaire se superpose avec les motifs exposés au considérant précédant (cf. consid. 7 ci-dessus). c) Appréciant de manière complète les preuves médicales, la Cour de céans estime que les rapports sur lesquels le recourant fonde ses prétentions ne sont pas de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité des constatations du médecin de l'assurance. Il apparaît au contraire que le recourant se fonde sur sa propre perception de ses capacités, laquelle n'est ni objective ni conforme à la réalité. Ce faisant, il ne fait que substituer sa propre appréciation à celles du Dr R._____, sans fournir le moindre élément permettant d'objectiver sa position. 9. Le recourant conteste encore l'appréciation qu'a fait l'intimée de son taux d'invalidité, estimant que celui-ci s'élève à 50 % au moins. Il ne soulève cependant pas de grief précis à l'encontre de l'établissement du revenu avec et sans invalidité tels qu'établis par l'intimée, lesquels paraissent avoir été correctement appréciés au regard des données salariales relevant de la convention nationale du secteur principal de la construction et du recours aux données statistiques de l'ESS, singulièrement au revenu réalisé par un homme chargé de tâches simples et répétitives (tableau TA1, niveau de compétences 1, valeur centrale). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, comme c'est le cas du recourant. Selon la jurisprudence topique (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3) , ce salaire statistique est en effet suffisamment représentatif du revenu que ces

assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Dans ces circonstances, il y a lieu de constater, contrairement à ce que soutient le recourant, que les limitations fonctionnelles que celui-ci présente – pas de marches prolongées ou en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ainsi qu'en position statique – n'ont pas d'incidence sur les activités simples et légères qui restent exigibles de sa part. A noter enfin que le recourant semble confondre les notions de diminution de rendement et d'abattement. Le grief relatif à la première ne relève pas du calcul du taux d'invalidité et a été traité dans le considérant précédent (cf. consid. 8c ci-dessus). Quant à la notion d'abattement, il n'existe en l'espèce aucun facteur justifiant de déduction sur le salaire statistique retenu (cf. consid. 6e/cc), ce que le recourant n'allègue d'ailleurs pas. Le revenu sans invalidité tel qu'arrêté par l'intimée peut donc être confirmé. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité au motif de l'absence de perte de gain consécutive à l'accident. 10. L'intimée a également dénié au recourant le droit à une IPAI résultant de l'accident assuré. Le recourant conclut pour sa part à l'octroi d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité d'un taux de 50 %. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). Le ch. 2 de l'annexe 3 OLAA dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). b) En l'espèce, l'intimée a nié le droit du recourant à une IPAI, motif pris de l'absence d'atteinte importante et durable à l'intégrité, singulièrement de dégradation arthrosique des chevilles conformément à l'appréciation du Dr R._____. Le recourant conteste ce refus, alléguant que la gravité de l'évènement initial, de la rechute et de ses conséquences lui assure des droits plus élevés. Il ne se prononce toutefois pas sur l'existence même d'une atteinte

importante à l'intégrité, se bornant à alléguer une limitation du périmètre de marche très importante et la perte consécutive de son autonomie. Ce faisant, il se contente de remettre en cause l'appréciation du Dr R. _____ en lui opposant sa propre appréciation de la situation, cette dernière relevant au surplus de son propre aveu d'une pure estimation, et sans l'étayer au moyen d'un avis médical. Cela ne saurait suffire à remettre en cause l'avis du médecin d'arrondissement. A défaut d'éléments médicaux au dossier jetant le moindre doute sur l'appréciation du Dr R. _____, cette évaluation emporte conviction et peut donc être confirmée. 9 . Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à ce que soient ordonnées des mesures d'instruction complémentaires sous forme d'une expertise ou de son audition personnelle, étant précisé qu'il a renoncé à la tenue d'une audience de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales conclue à Rome le 4 novembre 1950, entrée en vigueur pour la Suisse le 28 novembre 1974 ; RS 0.101). 10. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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