

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2048/2016

ATAS/393/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 23 mai 2017

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o B_____, à Genève, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1; Postfach 4358, 6002 Luzern,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier
DERIVAZ

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978, a été engagé le 1^{er} janvier 2012 en qualité de maçon à plein temps par Monsieur C_____. Ce dernier exploitait alors une entreprise sous la raison individuelle "D_____ ", devenue E_____ SA (ci-après : l'employeur) le 1^{er} novembre 2016.
2. Le 24 juin 2013, alors qu'il était affecté aux travaux de construction d'une villa à Genthod, l'assuré a glissé du pied droit, perdu l'équilibre et chuté jusqu'au sous-sol de la bâtisse. Dépêchés sur place, les sauveteurs avaient dû l'extraire au moyen d'un treuil.
3. Selon la déclaration de sinistre LAA du 10 juillet 2013 adressée à la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée), l'accident du 24 juin 2013 avait entraîné une fracture de la jambe gauche.
4. Par avis du 17 juillet 2013, le docteur F_____, médecin interne au Service de chirurgie orthopédique des HUG a posé le diagnostic de fracture du pilon tibial gauche 43, précisant que l'assuré avait dû subir trois interventions, soit une réduction de la fracture avec mise en place d'un fixateur externe à la cheville gauche le 24 juin 2013, ainsi qu'une reconstruction du pilon tibial en deux étapes, les 2 et 11 juillet 2013. L'assuré avait séjourné du 24 juin au 17 juillet 2013 en milieu hospitalier avant son retour à domicile. Outre un traitement médicamenteux, une décharge du membre inférieur gauche et le port d'une attelle plâtrée durant trois mois lui avaient été prescrits à sa sortie.
5. Invité par l'assureur à donner des précisions sur ces interventions, le Service des chirurgie orthopédique des HUG a adressé à celui-ci trois comptes-rendus opératoires le 7 août 2013, détaillant plus précisément les gestes médicaux évoqués par le Dr F_____ le 17 juillet 2013, ainsi que la lettre de sortie du 22 juillet 2013, établie par les docteurs F_____ et G_____, chef de clinique, et le professeur H_____, médecin-chef de service. Il ressort de cette dernière que l'assuré était en bonne santé habituelle jusqu'à l'accident du 24 juin 2013 qui s'était soldé par un traumatisme de la cheville gauche. À son admission, l'assuré présentait une tuméfaction de la cheville gauche sans plaie. Le membre inférieur gauche était sans déficit neurovasculaire. Évoquant l'évolution du cas, les médecins ont indiqué que les suites post-opératoires étaient favorables. L'incapacité de travail était complète du 24 juin au 30 août 2013 inclus.
6. Le 5 novembre 2013, l'assureur s'est adressé à son médecin d'arrondissement, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en lui indiquant que l'assuré était toujours en arrêt de travail complet.
7. Par avis du 18 novembre 2013, le Dr I_____ a estimé que cette incapacité de travail était justifiée pour les seules suites de l'accident du 24 juin 2013. En effet, il s'agissait d'une fracture complexe, articulaire, de la cheville pour laquelle il fallait prévoir une incapacité de travail de six à neuf mois selon l'évolution.

8. Le 18 novembre 2013, l'assuré a été entendu dans les locaux de l'assureur, déclarant qu'il avait été en formation au Kosovo jusqu'en 2001 (école, certificat de maturité puis formation de mécanicien sur engins de chantiers, non sanctionnée par un diplôme). Avant d'être engagé par son employeur en 2002, il avait effectué des travaux de maçonnerie « au noir » à Genève en 2001, pour le compte d'entreprises aujourd'hui en faillite. Interrogé sur les circonstances de l'accident du 24 juin 2013, l'assuré a indiqué qu'il était en train d'effectuer un traçage sur des panneaux constituant le coffrage d'un escalier lorsque son pied droit avait glissé, lui faisant perdre l'équilibre. Il avait tenté de se retenir en s'accrochant des deux mains sur le rebord de la dalle mais il avait tout de même chuté d'une hauteur approximative de 6 m avant de retomber sur ses deux pieds. Lors de sa réception au sol, il s'était fortement tordu la cheville gauche. Depuis sa sortie d'hôpital, il marchait avec deux cannes anglaises et il suivait un traitement de physiothérapie à raison de deux séances par semaine. De plus, il effectuait deux séances de piscine hebdomadaires à Cressy. Actuellement, il ressentait des douleurs à la cheville la nuit et ne parvenait pas à relever le pied : à son avis, une « barre métallique » mise en place lors de l'intervention chirurgicale en était la cause. Pesant 95 kg pour 175 cm (corpulence athlétique), il ne pouvait pas exercer une pression de plus de 30 kg sur son pied.

L'assuré a ajouté qu'il avait été victime d'un deuxième accident le 6 novembre 2013 en sortant du cabinet de son médecin traitant, le docteur J_____, médecin de famille praticien. Alors qu'il descendait les escaliers avec ses cannes, son pied droit avait glissé et il était tombé. Une vive douleur au pied droit, au coude gauche et à la main gauche s'en étaient suivies. Heureusement, la cheville gauche avait été épargnée de toute nouvelle blessure. Il s'était rendu aux HUG suite à ce nouvel accident. Des radiographies avaient montré une fracture et un déplacement du dernier orteil. Les médecins avaient pu le remettre en place mais il avait dû porter un « scratch » pendant quatre semaines au pied droit. En revanche, il ne ressentait plus de douleur ni de gêne au « coude droit » (sic) et à la main gauche.

Avant l'accident du 24 juin 2013, il se déplaçait la semaine avec le véhicule de l'entreprise et le week-end, il utilisait la voiture de sa sœur. Depuis cet accident, il devait se déplacer en bus.

9. Le 12 février 2014, l'assuré s'est adressé une nouvelle fois à son médecin d'arrondissement, le Dr I_____, en lui annonçant que l'assuré avait présenté un nouveau certificat médical délivré par les HUG, faisant état d'une incapacité de travail au moins jusqu'au 1^{er} mai 2014.
10. Par avis du 12 février 2014, le Dr I_____ a indiqué qu'il fallait éventuellement prévoir un séjour à la clinique romande de réadaptation (CRR). Une reprise de l'activité antérieure de maçon lui paraissait compromise car il y avait un risque important d'arthrose postopératoire. Aussi convenait-il de limiter le port de charges lourdes. Un reclassement professionnel était à envisager de façon probable.

11. Entendu une nouvelle fois par l'assureur le 1^{er} avril 2014, l'assuré a déclaré que durant les trois premiers mois consécutifs aux interventions subies en juin-juillet 2013, l'évolution « [avait] été progressive » puis s'était brutalement interrompue. En raison d'une forte limitation du pied gauche, le docteur K_____, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique, qui était chargé de son suivi, lui avait demandé de se soumettre à un scanner du pied gauche le 2 février 2014. Les radiographies avaient révélé une lente consolidation du pied en raison de la présence de vis du côté extérieur de la cheville. Le Dr K_____ envisageait d'enlever une partie du matériel d'ostéosynthèse et cette intervention était planifiée pour le 14 avril 2014. Au repos, les douleurs étaient calmes mais elles se manifestaient sous forme de picotements quand il prenait appui sur la jambe. Il souffrait d'une limitation fonctionnelle du pied gauche et éprouvait des difficultés pour les gestes suivants :

- le déroulement du pied n'était pas possible ;
- il ne lui était pas possible de charger celui-ci au-delà de 50-60 kg ;
- la flexion ou l'extension du pied était de 5 degrés maximum ;
- les mouvements latéraux étaient impossibles ;
- il utilisait une paire de béquilles pour tous ses déplacements ;
- il marchait avec un boitement prononcé ;
- son physiothérapeute lui avait confectionné une semelle de rehaussement interne et externe sur ses baskets pour améliorer le confort de marche ;
- la partie extérieure gauche du pied était très sensible au toucher en raison de la présence du matériel d'ostéosynthèse ;

Le traitement de physiothérapie avait dû être interrompu en raison de son inefficacité.

12. Dans un avis de sortie du 15 avril 2014, la doctoresse L_____, médecin interne au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré avait séjourné au sein de son service du 13 au 16 avril 2014 pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthrolyse de la cheville gauche.

13. Le 30 mai 2014, le Dr K_____ a répondu à un questionnaire de l'assureur en mentionnant que les cicatrices étaient calmes. L'évolution était lentement favorable mais des investigations avaient permis de relever la présence d'une arthrose excentrée de la cheville gauche. Des séances de physiothérapie avaient été prescrites et une réévaluation du cas était prévue d'ici trois mois pour apprécier l'évolution des douleurs et mobilités. D'ici là, l'incapacité de travail demeurait totale, sans qu'il y ait de facteurs étrangers à l'accident. Si la situation ne s'améliorait pas, une arthrodèse de la cheville était à envisager.

14. Au terme d'un séjour du 15 juillet au 17 septembre 2014 à la clinique romande de réadaptation de Sion (CRR), les docteurs M_____, spécialiste FMH en médecine

physique et réhabilitation, et N_____, médecin assistant au sein de cet établissement, ont adressé un rapport à l'assureur en date du 9 octobre 2015.

Outre le diagnostic principal (thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et raideur de la cheville gauche), les médecins ont posé notamment les diagnostics supplémentaires suivants :

- Sur le plan orthopédique
 - o fracture du pilon tibial gauche le 24 juin 2013 ;
 - o consolidation incomplète de la fracture du pilon tibial ;
 - o fracture de la phalange proximale du cinquième orteil droit (6 novembre 2013) ;
 - o ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrolyse de la cheville gauche (14 avril 2014) ;
 - o arthrose débutante de la cheville gauche ;
- Sur le plan psychiatrique
 - o aucun ;
- Sur le plan neurologique
 - o aucun ;
- Autre sur le plan médical
 - o probable hémorragie digestive sous AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Dans l'appréciation du cas, les médecins de la CRR ont indiqué qu'au début du séjour, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en des douleurs au niveau de la cheville et du talon gauches. Il éprouvait également, trois mois après l'accident, des douleurs au niveau du genou gauche pour lesquelles il portait une genouillère. Il décrivait également un pied froid à gauche, se plaignait de limitations fonctionnelles (manque de mobilité et équin persistant) et soulignait qu'il était en décharge. Les douleurs étaient localisées au niveau de la plante du pied et de la malléole des deux côtés.

Au cours de son séjour, l'assuré avait présenté un épisode de vomissements noirs imputable à la prise d'AINS. Cette médication avait été stoppée par la suite compte tenu du diagnostic de possible hémorragie digestive. Après quoi, l'évolution avait été favorable sous Nexium 40 mg pendant quatre semaines, puis 20 mg pendant quelques jours.

Selon les médecins, les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les diagnostics posés.

Pendant son séjour, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge sur le plan physiothérapeutique, psychosomatique (évaluation). Il avait également suivi un

atelier « pied et chaussure ». Il ressortait des rapports et tests fonctionnels que l'évolution avait été favorable tant d'un point de vue subjectif qu'objectif. Ainsi, au terme de son séjour, l'assuré était capable de marcher sans moyen auxiliaire. Il avait également augmenté son périmètre de marche. La boiterie à la marche avait diminué, avec un meilleur déroulement du pied gauche.

En l'état, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Celles-ci ne permettaient pas (provisoirement en tout cas) d'activités impliquant la marche sur terrains irréguliers, de longs trajets, l'utilisation d'échelles et d'escaliers ou le port de charges lourdes. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six mois. A priori, aucune nouvelle intervention ne s'imposait. Toutefois, en cas d'évolution de l'arthrose, il y avait lieu de discuter d'une éventuelle arthrodèse de la cheville.

Le pronostic était défavorable pour une réinsertion dans l'ancienne activité de maçon (facteur médicaux retenus après l'accident). L'incapacité de travail y était totale du 15 juillet 2014 au 16 octobre 2014. En revanche, le pronostic était favorable pour une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles évoquées.

15. Par certificat du 21 octobre 2014, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré, due à l'accident, demeurait entière du 17 octobre au 1^{er} décembre 2014.
16. Par avis du 24 octobre 2014, le Dr I_____ a considéré que le cas était stabilisé et qu'il était possible de convoquer l'assuré à un examen.
17. Entendu par l'assureur le 24 octobre 2014, l'assuré a déclaré que le séjour à la CRR avait été bénéfique et qu'il lui avait permis de récupérer une mobilité avant tout au niveau des orteils du pied gauche (hormis le gros orteil). Depuis son départ de la clinique, l'évolution était restée stable. Il ressentait des douleurs aléatoires au niveau de la cheville qui se manifestaient à n'importe quel moment de la journée. Ces symptômes augmentaient en cas de station debout prolongée ou à la marche.

Il avait constaté des douleurs et un gonflement plus important du pied gauche lorsqu'il se déplaçait sur des terrains accidentés, en pente ou lors de montées.

Même s'il était très motivé et qu'il essayait de mettre tous les moyens en œuvre afin de récupérer au maximum la fonction du pied (physiothérapie et exercices quotidiens d'étirement et de renforcement à domicile), il était néanmoins conscient qu'une reprise de son ancienne activité n'était plus réalisable et qu'à l'avenir, il devrait vivre avec un handicap, ce qui le perturbait beaucoup tant physiquement que psychologiquement.

18. Le 25 novembre 2014, l'assuré a été examiné par le Dr I_____ pour un « bilan final » à la demande de l'assureur.

Après avoir rappelé l'évolution du cas à la lumière des principaux rapports médicaux depuis la survenance de l'accident jusqu'à la sortie de la CRR, le

Dr I_____ a entendu les déclarations de l'assuré. Celui-ci a déclaré qu'il évaluait son périmètre de marche à environ 400 m. Au-delà, il décrivait une sensation de serrage survenant après l'effort. Il était ainsi dans l'obligation d'effectuer souvent des pauses lorsqu'il se déplaçait. Il existait des épisodes de gonflement occasionnels. Il suivait un traitement anxiolytique pour dormir. À défaut, il ne parvenait pas à trouver le sommeil. Son problème actuel principal était celui d'une tendinite d'Achille douloureuse, rebelle aux traitements par physiothérapie. Il n'avait pas repris la conduite automobile.

Sur le plan thérapeutique, il suivait un traitement par Codafalgan et Redormil et se rendait à trois séances de physiothérapie, respectivement deux séances de piscine (Bains de Cressy) hebdomadaires. Il ressentait, depuis un mois, une impression de serrage accompagnée d'une sensation de chaleur dans tout le pied.

À l'examen, le Dr I_____ a constaté que la marche pieds nus s'effectuait avec une boiterie très nette du côté gauche. La marche sur la pointe des pieds était impossible mais un peu plus facile sur les talons. L'accroupissement était assez bien réalisé. On percevait un nodule au niveau du tendon d'Achille, assez douloureux à la palpation. L'ensemble du talon d'Achille était enduré. En revanche, aucune douleur n'était à signaler au niveau de la lésion survenue au 5^{ème} orteil du pied droit le 6 novembre 2013.

Dans l'appréciation consécutive du cas, le Dr I_____ a estimé que l'évolution à ce jour était satisfaisante avec une fracture qui s'était consolidée sans délai surajouté. Actuellement, après chaussage adapté, la marche était possible sans douleur sur terrain plat, mais était bien plus difficile sur un terrain en pente. Une arthrose post-traumatique semblait inéluctable dans le futur et pourrait ainsi conduire à une nouvelle intervention (arthrodèse).

Sur le plan professionnel, l'ancienne activité de maçon n'était plus exigible actuellement. En revanche, dans une activité professionnelle réalisée en position assise, incluant même de courts déplacements mais pas de déplacements répétés dans les escaliers et un port de charges limité à 5 kg, n'impliquant pas de devoir monter sur une échelle, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à plein temps sans diminution de rendement.

19. Le 26 novembre 2014, le Dr I_____ a estimé qu'au vu du risque prévisible de poursuite de l'évolution vers une arthrose tibio-astragaliennne, on se situait dans le cas d'une arthrose tibio-tarsienne évoluée au sens des tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA (table V). Aussi a-t-il fixé à 15% le taux d'atteinte à l'intégrité.
20. Par courrier du 3 décembre 2014, l'assureur a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Pour ce motif, il mettait fin dès à présent au paiement de frais médicaux, à l'exception de trois séances de physiothérapie par semaine pendant six mois puis deux séances hebdomadaires pendant six mois supplémentaires. Un

traitement médicamenteux approprié, une consultation mensuelle auprès du chirurgien traitant ainsi que le renouvellement des chaussures de sport modifiées seraient acceptés. Enfin, l'indemnité journalière serait allouée jusqu'au 28 février 2015 sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Dans ce contexte, l'assureur a relevé qu'il appartenait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail réduite par l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé. Enfin, il a indiqué que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle au taux de 15% correspondait à un montant de CHF 18'900.- qui lui serait versé prochainement.

21. Le 11 décembre 2014, l'employeur a indiqué qu'en 2013 le salaire horaire de l'assuré se montait à CHF 31.16 pour 42.25 heures par semaine. À ce montant s'ajoutaient CHF 6'543.60 pour les vacances et CHF 5'431.80 à titre de 13^{ème} salaire. En 2014 et 2015, le salaire horaire se serait élevé à CHF 31.28, respectivement CHF 31.50.
22. Le 22 avril 2015, l'assuré a contacté l'assureur par téléphone pour lui annoncer qu'il était en arrêt de travail complet pour des troubles maladifs, ce depuis le 1^{er} mars 2015. Il avait fait l'annonce du cas à l'assurance-maladie perte de gain de son employeur. Cette dernière n'avait pas encore pris position.
23. Par décision du 1^{er} septembre 2015, l'assureur a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris que le degré d'invalidité était inférieur au minimum légal requis (10%).

Il ressortait des investigations, notamment sur le plan médical, que l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de pouvoir travailler en position assise, tout en permettant de courts déplacements. Une telle activité était exigible durant toute la journée. En se fondant sur la description de postes de travail (DPT) correspondant aux restrictions admises sur le plan médical, la moyenne des salaires moyens, calculée sur vingt-huit DPT s'établissait à CHF 61'250.- par année et à CHF 65'758.80, soit CHF 5'480.- par mois (13^{ème} salaire inclus) sur les cinq DPT sélectionnées. En comparant ce dernier montant au revenu de CHF 6'006.- que l'assuré aurait réalisé auprès de son employeur sans l'accident, la perte de gain s'élevait à 8.7%, diminution trop faible pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, elle s'élevait à 15% conformément à l'appréciation du Dr I_____, ce qui correspondait à un montant de CHF 18'900.-, calculé selon le montant maximal du gain assuré en vigueur le jour de l'accident ($0.15 \times \text{CHF } 126'000.- = 18'900.-$).

24. Par avis du 1^{er} septembre 2015, le Dr I_____ a confirmé l'exigibilité retenue dans son appréciation du 25 novembre 2014.

L'assuré avait présenté une fracture complexe, articulaire, de l'extrémité distale du tibia « droit » (sic). Cette fracture était d'ailleurs incomplètement consolidée sur les examens complémentaires réalisés le 5 août 2014, mais sans traduction clinique. En effet, aucune nouvelle intervention chirurgicale n'avait été pratiquée. L'assuré

devait néanmoins se déplacer avec un chaussage adapté, type chaussure orthopédique. Dans l'exercice d'une activité professionnelle, et compte tenu du potentiel dégénératif arthrosique à court terme de cette fracture, il n'était pas souhaitable qu'il manipule une charge supérieure à 5 kg de façon répétée. Toutefois, et de façon exceptionnelle, un port de charge de 10 kg pouvait être envisagé et ce, sur un court déplacement.

25. Le 1^{er} octobre 2015, l'assuré, représenté par son avocat, a formé opposition à la décision du 1^{er} septembre 2015, rappelant qu'il avait glissé dans un trou le 24 juin 2013. « Plus précisément, il [avait] chuté d'une hauteur de 5 à 6 mètres avant de se réceptionner sur ses deux pieds ». À l'appui de son opposition, il a produit un rapport non daté de la doctoresse P_____, spécialiste FMH en médecine générale exerçant au centre médical Carteret, que cette praticienne avait adressé à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) « le 22 juin 2015 » en invitant cet office à « bien vouloir considérer la présente [comme] une demande de prestations de l'assurance-invalidité ». Par ces lignes, la Dresse P_____ a expliqué que malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 14 avril 2014 par le Dr K_____, l'assuré souffrait encore de douleurs à la cheville gauche auxquelles s'ajoutaient des douleurs dorso-lombaires, une gonalgie gauche et, plus récemment, des céphalées récurrentes pour lesquelles des investigations neurologiques étaient en cours. En outre, l'assuré souffrait depuis plusieurs mois d'un état anxio-dépressif, qui nécessitait un traitement antidépresseur ainsi qu'un suivi psychothérapeutique à raison d'une séance tous les quinze jours. Ce suivi était assuré par Madame Q_____, psychologue au centre médical Carteret. Dans un courrier daté du 3 décembre 2014, l'assureur avait décidé de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 28 février 2015. Pourtant, il reconnaissait en même temps un « handicap de 27% », appréciation qui restait à confirmer par écrit.

La Dresse P_____ avait également annexé à son envoi à l'OAI un rapport que le Dr K_____ avait adressé le 12 juin 2014 au Dr J_____.

Selon les observations du Dr K_____, « les résultats du jour [étaient] maintenant un peu limités », avec un drainage qui était meilleur et moins douloureux en regard des deux malléoles. Cependant, des douleurs persistaient à l'appui en charge et la mobilité de la cheville était très limitée, avec un équin de 5°. Dans ce contexte, le Dr R_____ avait proposé à l'assuré un séjour de quinze jours à la CRR pour y faire de la rééducation intensive. Dans le même temps, il avait prescrit une paire de semelles orthopédiques avec appui rétro-capital, dans le cadre de métatarsalgies qui s'inscrivaient dans cette symptomatologie d'équin, avec un soutien de l'arche interne et un coin neutre amortissant. Il était probable que l'assuré développât un début d'arthrose au niveau de sa cheville gauche. Cependant, la symptomatologie était très marquée par rapport aux images scanner datant de février 2014. Si le bilan physiothérapeutique réalisé à la SUVA ne portait pas ses fruits, il fallait se résoudre très probablement à une arthrode de la cheville.

Fort de ces éléments, l'assuré a fait valoir que l'ensemble des atteintes à la santé, évoquées notamment par la Dresse P_____, n'avait pas été pris en compte dans l'appréciation du cas, de sorte que l'assureur avait mésestimé sa réelle capacité de travail. En ne tenant compte ni de l'intensité des douleurs au niveau de la cheville gauche, ni des gonalgies gauches, ni des douleurs dorso-lombaires – induites par la fracture du tibia – ni de l'atteinte psychique qui se traduisait depuis plusieurs mois par un état anxio-dépressif, des troubles du sommeil importants ainsi que des céphalées récurrentes, c'était de manière arbitraire que l'assureur avait retenu une capacité de travail pleine et entière dans une activité légère – qui plus est sans diminution de rendement. Ceci était d'autant plus surprenant que même les limitations décrites et retenues par le médecin d'arrondissement commandaient nécessairement l'aménagement de pauses.

En fixant la perte de gain à 8.7% après comparaison des revenus, l'assureur n'avait non seulement pas tenu compte des atteintes évoquées, il s'était également trompé dans la détermination du revenu sans invalidité qu'il aurait réalisé en 2015. En effet, celui-ci ne se serait pas élevé à CHF 6'006.- par mois mais aurait été supérieur en tenant compte d'un salaire horaire de CHF 31.50.- pour 42.25 heures par semaine, rémunération à laquelle s'ajoutait le 13^{ème} salaire et le salaire afférent aux vacances.

Pour le surplus, le calcul de comparaison des revenus prêtait également le flanc à la critique. En effet, l'assureur n'avait pas tenu compte des limitations fonctionnelles évoquées qui justifiaient une réduction du salaire statistique d'au moins 10%.

Enfin, l'assureur avait nettement sous-évalué le taux d'atteinte à l'intégrité en le fixant à 15%, taux insuffisant pour un assuré qui avait pour ainsi dire perdu tout usage et mobilité du pied et de la cheville gauche.

26. Par courrier du 25 novembre 2015, Zurich Compagnie d'Assurances (ci-après : la Zurich), assureur perte de gain maladie de l'employeur, a fait part à l'assureur de son désaccord quant à l'arrêt du versement des indemnités journalières au 28 février 2015. En effet, le médecin conseil de la Zurich, qui s'était entretenu avec le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, estimait que l'arrêt de travail actuel était toujours en relation de causalité avec l'accident du 24 juin 2013.
27. Le 10 mars 2016, la Zurich a informé le conseil de l'assuré que l'employeur de celui-ci avait résilié le contrat d'assurance maladie perte de gain au 31 décembre 2015. De ce fait, l'assuré était invité à s'adresser auprès de l'employeur pour que celui-ci annonce le cas auprès du nouvel assureur – Groupe mutuel – afin de permettre à la Zurich, dans un second temps, de transférer le cas en libre passage.
28. Par décision du 18 mai 2016, l'assureur a rejeté l'opposition.

Tenant compte des limitations énoncées par le Dr I_____, l'assureur avait consigné au dossier des rapports d'enquêtes économiques (DPT). Ces derniers démontraient qu'il existait, sur le marché général du travail, des emplois adaptés à l'atteinte du membre inférieur gauche de l'assuré. De telles places de travail

mettaient en évidence un gain réalisable mensuel moyen, en 2015, de CHF 5'470.-, 13^{ème} salaire compris (recte : CHF 5'480.-), soit CHF 65'758.80 par an.

Quant au gain présumé perdu, il avait été évalué à partir des données fournies par l'ancien employeur. Celles-ci faisaient état de CHF 72'070.- par an (CHF 31.50 x 2'112 heures selon CCT + 8.33% = CHF 72'070.-).

En comparant le salaire annuel exigible de CHF 65'758.80 au gain présumé perdu, la perte de gain s'élevait à CHF 8.7%.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assureur avait versé une nouvelle série de DPT au dossier et sélectionné les activités de sertisseur en bijouterie, d'agent de piste polyvalent, de visiteur dans l'horlogerie, de camionneur-chauffeur et de polisseur de métaux. Selon l'enquête effectuée, la moyenne calculée sur la base du salaire moyen de chacune de ces cinq activités mettait en exergue un gain réalisable de CHF 65'284.-, ce qui aboutissait à une perte de gain de 9.4%, insuffisante, là aussi, pour ouvrir droit à une rente.

S'agissant d'une réduction supplémentaire de 10% du revenu d'invalidé, celle-ci n'avait pas lieu d'être puisque l'évaluation de celui-ci n'avait pas été faite sur la base de salaires statistiques mais sur les DPT.

Enfin, selon la jurisprudence, les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'événement assuré.

Ainsi, c'était à bon droit que l'assureur avait nié le droit à une rente.

S'agissant du taux d'atteinte à l'intégrité corporelle, l'assureur l'avait fixé à 15% en se référant à la table 5 (indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA : atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses). Dans la mesure où l'assuré n'avait produit aucun rapport médical propre à remettre en cause l'appréciation du Dr I_____, qui se fondait sur les tables en question, c'était à juste titre que l'assureur avait alloué à l'assuré une indemnité correspondant à ce taux.

29. Par acte du 17 juin 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 18 mai 2016, concluant, principalement, à son annulation, à l'octroi d'une rente calculée en fonction d'une diminution de la capacité de gain de 75% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire orthopédique et psychiatrique, le tout sous suite de dépens.

Le 6 novembre 2015, le recourant avait déposé une demande de prestations AI en raison d'une fracture au niveau de la cheville gauche et d'un état dépressif résultant de l'accident.

Dans ce contexte, il avait produit un rapport du « 19 novembre 2015 » (recte : 6 avril 2016) du Dr J_____, retenant à titre de diagnostic principal un status post fracture-luxation du pilon tibial gauche depuis le 24 juin 2013 ainsi qu'un état anxio-dépressif sévère présent depuis plusieurs mois, lequel nécessitait un

traitement antidépresseur et un suivi psychothérapeutique. Selon ce médecin, le recourant présentait toujours des douleurs à la cheville gauche qui s'associaient à des douleurs dorso-lombaires et à une importante gonalgie gauche, malgré le traitement chirurgical et médical, la physiothérapie, le port de semelles et chaussures orthopédiques – qui soulageaient partiellement la déambulation – ainsi qu'un parcours de réadaptation physique et fonctionnel. En effet, le défaut de flexion dorsale du pied, les douleurs du dos du pied, associés à une incapacité de poser le talon (due à un mauvais positionnement du pied), ne permettaient pas une extension du genou, essentielle pour une marche normale. Ce flexum plantaire, aussi minime fût-il, empêchait un mouvement mécanique du genou normal. Ce dernier était constamment en flexum. Une IRM du genou montrait une chondropathie fémoro-rotulienne de grade III et une tendinite de l'insertion du tendon sur la rotule.

Livrant son constat médical, le Dr J_____ a fait état d'une mobilité extrêmement réduite de la cheville gauche avec la persistance d'un équin de 5°, en rapport avec une arthrose tibio-astragaliennne post-traumatique évolutive. La mobilité du genou gauche était réduite. Il existait également des douleurs vives à la palpation du tendon rotulien, surtout en flexion. De plus, le recourant présentait une anxiété importante, des troubles du sommeil et des ruminations importantes.

L'activité habituelle de travailleur du bâtiment n'était plus exigible. À cet égard, les restrictions prenaient la forme d'une douleur persistante au niveau de la cheville gauche « à l'appui en charge » et de gonalgies gauches. S'y ajoutaient des troubles de l'attention et une difficulté à gérer le stress. Au travail, ces restrictions se manifestaient par une incapacité de porter du poids et de monter et descendre les escaliers. Interrogé sur les travaux qui pouvaient encore être exigés du recourant dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, le Dr J_____ les a tous exclus – quelle que soit la position de travail –, ajoutant que la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation de même que la résistance étaient limitées. En revanche, il a estimé que les restrictions énumérées pouvaient être réduites par une éventuelle intervention chirurgicale – arthrodèse – et une guérison de l'état anxio-dépressif, ajoutant qu'il était difficile, en l'état, de formuler un pronostic quant aux effets de ces mesures sur la capacité de travail.

Le recourant a également produit un second rapport du Dr J_____, daté du 1^{er} février 2016, dans lequel ce médecin indiquait la persistance de douleurs du pied d'ordre mécanique, avec un équin d'environ 10° irréductible malgré tous les traitements conservateurs utilisés jusqu'alors. Actuellement, le recourant souffrait également du genou avec une chondropathie résiduelle. Prenant position au sujet de l'avis du Dr I_____ – qui retenait que l'évolution était favorable tout en retenant un équin du pied empêchant le recourant de poser le pied normalement –, le Dr J_____ a estimé qu'on ne pouvait pas dire que l'évolution était favorable et que tout était en ordre puisqu'il y avait un équin du pied qui conditionnait toute la biodynamique du membre inférieur gauche et se traduisait par un empêchement de

poser le pied normalement. Sans un appui plan talonnier correct, le genou restait en flexum, ce qui expliquait les tendinites et les dégâts cartilagineux au genou. Pour le reste, il rejoignait l'avis de son confrère, le Dr S_____ sur la présence d'un état dépressif sévère. Enfin, le Dr J_____ a conclu que le recourant ne pouvait rester « dans cet état » et qu'il fallait « décider entre une invalidité » ou une nouvelle intervention – arthrodèse de la cheville. Aussi rejoignait-il le Dr S_____ dans son « opposition ».

Enfin, le recourant a produit un rapport du 7 avril 2016 du docteur T_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il suivait le recourant depuis six mois. Celui-ci présentait des séquelles importantes d'une fracture du pilon tibial de la cheville gauche, opérée de multiples fois. Les séquelles principales consistaient en un défaut de flexion dorsale du pied avec des douleurs du dos du pied et surtout, un flexum du genou. Ce dernier phénomène provenait du fait que le pied ne pouvait pas se fléchir à angle droit par rapport au tibia. Ainsi, le recourant posait d'abord l'avant-pied et ne posait pas forcément l'arrière-pied. Dans les suites de ce flexum du genou, le recourant commençait à développer des douleurs fémoro-rotuliennes du genou du même côté. Actuellement, le Dr T_____ le traitait en lui prescrivant des séances de physiothérapie et des anti-inflammatoires mais la situation restait actuellement stationnaire. Lors du dernier rendez-vous qui remontait au 1^{er} février 2015, il n'y avait pas de possibilité de correction médicale physiothérapeutique du défaut d'extension dorsale du pied. Selon le Dr T_____, le seul traitement qui pouvait convenir consistait en une arthrodèse, soit une fixation définitive de l'articulation tibio-tarsienne en position à 90°. Dans la mesure où une telle intervention impliquait en général deux heures de chirurgie, trois mois d'immobilisation puis de décharge en marche avec des cannes, le fait d'opter pour une telle mesure n'était pas chose aisée. Toutefois, compte tenu des séquelles de la cheville, des douleurs importantes et des répercussions actuelles sur le genou, le Dr T_____ craignait que le recourant doive subir l'intervention sus-décrite.

Sur la base de ces éléments, le recourant a indiqué qu'il n'était pas contesté que son état de santé était stabilisé dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre des traitements médicaux mis en place une sensible amélioration de son état de santé. Les différents intervenants s'accordaient en effet à dire que seule une intervention de type arthrodèse était indiquée. Dans ce contexte, c'était à bon droit que l'intimée avait examiné les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité après avoir exclu toute reprise du travail dans l'activité antérieure de maçon en raison des séquelles durables liées à l'accident.

Dans le cadre du calcul du droit à la rente, il était incontestable que le recourant souffrait de symptômes qui étaient très handicapants sur le plan orthopédique. Il souffrait en effet de fortes douleurs au niveau de la cheville gauche, de fortes douleurs dorsolombaires, d'importantes gonalgies gauches et de tendinites empêchant tout port de charges de plus de 5 kg, mais également la marche, la station debout ou assise prolongée, la montée et la descente d'escaliers. Le

recourant était par ailleurs limité en raison de l'importante fatigabilité résultant d'une part de la prise d'analgésiques puissants et, d'autre part, de l'état dépressif. Ces éléments n'avaient toutefois – à tort – pas été pris en compte par l'intimée.

En l'espèce, le recourant avait été victime d'un accident, certes de gravité moyenne, mais qui était en soi propre à entraîner des troubles psychiques sous la forme d'un état anxio-dépressif sévère consécutif à l'accident.

En tout état de cause, l'intimée aurait dû tenir compte, dans la détermination du droit à la rente d'invalidité, tant des limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte physique que des limitations psychiques, à savoir une importante fatigabilité, une absence de ressources psychiques permettant de se réinsérer dans le cadre d'une activité adaptée, ainsi qu'un état de stress empêchant de se projeter dans l'avenir notamment.

Ces atteintes étaient suffisamment invalidantes pour provoquer une incapacité de travail du recourant. À cet égard, les activités prétendument adaptées invoquées par l'intimée ne tenaient compte que de l'atteinte au membre inférieur gauche, de manière insuffisante qui plus est, et sans considération aucune des atteintes résultant des troubles psychiques.

Plus particulièrement, il y avait lieu de constater que les activités de sertisseur en bijouterie, camionneur-chauffeur et polisseur de métaux étaient réalisées en position assise prolongée. Or, le recourant, en raison des gonalgies et tendinites, n'était pas en mesure de tenir de position assise de manière prolongée. Il n'était pas davantage en mesure de conduire des véhicules légers ou des poids lourds. Ces activités nécessitaient par ailleurs un niveau de concentration et des aptitudes de formation qui n'étaient pas à sa portée en raison de la persistance de ses troubles psychiques.

Quant à l'activité d'agent d'opérations aéroportuaires, en tant qu'elle impliquait un travail à l'extérieur par tous temps, même en hiver, cette activité n'était pas adaptée non plus puisqu'elle impliquait le nettoyage et le déneigement des pistes, l'entretien du parc de véhicules ainsi que des interventions en cas d'alarme. Le recourant manquait manifestement de ressources physiques pour un tel travail de force.

S'agissant enfin de l'activité de visiteur dans l'horlogerie, elle impliquait une position assise prolongée incompatible avec les ressources au niveau physique.

En conclusion, le calcul découlant de la comparaison des revenus se fondait sur des données erronées. Aussi se justifiait-il de suivre l'appréciation des médecins et psychiatres traitants et d'allouer au recourant une rente d'invalidité de 75%.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, elle était manifestement sous-évaluée dans la mesure où la table 5 de la SUVA permettait, pour toute atteinte résultant d'arthrose, de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 15% et qu'en l'espèce, il existait un risque prévisible d'évolution vers une arthrose tibio-astragalienne. En outre, l'intimée n'avait tenu compte ni de la tendinite au niveau

du membre inférieur gauche, ni des douleurs dorsales induites par la mauvaise position du pied lors de la marche, ni des troubles psychiques en lien de causalité adéquate avec l'accident. Dans la mesure où l'on ne pouvait qu'émettre aujourd'hui un pronostic extrêmement réservé sur les possibilités d'amélioration de la capacité de travail du recourant, même en envisageant une nouvelle intervention chirurgicale – arthroïdèse –, il y avait lieu d'estimer que l'atteinte était aujourd'hui durable et permettait, dans le doute, de l'estimer à 30%. À titre subsidiaire, une sur-expertise était indiquée pour établir la réalité de l'atteinte.

30. Par réponse du 19 juillet 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Les postes de travail décrits dans les deux appréciations successives étaient bel et bien compatibles avec l'état de santé du recourant. Les limitations fonctionnelles que celui-ci présentait – à savoir la nécessité de travailler en position assise, tout en permettant de courts déplacements, sans déplacements répétés dans les escaliers, sans port de charges supérieures à 5 kg (exceptionnellement 10 kg sur une courte distance), sans nécessité de monter sur une échelle – étaient compatibles avec les postes de travail sélectionnés dans les DPT. En effet, la conduite automobile n'avait pas été proscrite, pas plus que le travail à l'extérieur. Ainsi, les critiques du recourant sur les postes de travail, qui ne découlaient pas d'empêchements attestés médicalement, ne pouvaient être reçues.

C'était à bon droit aussi que l'intimée avait refusé d'intervenir pour les troubles psychiques. L'accident avait certes présenté un degré de gravité moyen. On ne pouvait en revanche prétendre qu'il se serait déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques. L'atteinte au membre inférieur gauche avait été sérieuse mais avait été traitée convenablement et l'évolution avait été favorable. Quant au type d'accident lui-même, il n'était généralement pas propre à entraîner des atteintes d'ordre psychique. Enfin, les douleurs ressenties étaient certes toujours présentes mais n'atteignaient pas une intensité particulière.

Au vu des critères jurisprudentiels, les troubles psychiques ne pouvaient être mis en relation de causalité adéquate avec l'accident.

Ainsi, la décision attaquée devait être confirmée tant sous l'appréciation du revenu d'invalidé que sous l'angle du refus de prise en charge des troubles psychiques.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité corporelle, il convenait, là aussi, de s'en tenir à l'appréciation du Dr I_____. C'était de manière correcte que ce médecin avait mis en exergue les atteintes durables au membre inférieur gauche et pris en compte une prévisible évolution dans le sens d'une arthrose tibio-astragalienne. C'était précisément la raison pour laquelle le Dr I_____ avait choisi le taux d'atteinte de 15% correspondant à une atteinte évoluée. Quant aux autres atteintes que le recourant voulait voir être prises en charge, elles ne figuraient pas au tableau clinique qui avait pu être dressé en matière d'atteintes permanentes. Ceci était valable en particulier pour les troubles psychiques qui ne remplissaient le critère de la causalité adéquate ni en matière d'atteinte à l'intégrité, ni en matière de rente.

31. Par réplique du 22 août 2016, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire orthopédique et psychiatrique. Même si le traitement psychopharmacologique mis en place avait donné des résultats encourageants, le recourant restait fragile psychologiquement, de sorte qu'aucune capacité de travail n'apparaissait exigible d'un point de vue psychiatrique.
32. Par duplique du 13 septembre 2016, l'intimée a contesté la nécessité d'ordonner une expertise bi-disciplinaire. Le cas était stabilisé sur le plan médical. Le recourant ne le contestait pas. D'autre part, les éventuels troubles psychiques n'étaient clairement pas imputables à l'accident dont il avait été victime et n'engageaient pas la responsabilité de l'intimée. Aussi était-il superflu de pousser les investigations sur ce plan.
33. Le 14 septembre 2016, une copie de ce courrier a été transmise pour information au recourant.
34. Par ordonnance du 28 février 2017, la chambre de céans a requis la production, par l'OAI, du dossier du recourant.
35. Le 14 mars 2017, les parties ont été informées de la possibilité de consulter les pièces du dossier AI au greffe.

Il ressort principalement de celles-ci que le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 17 novembre 2015, aux termes de laquelle, il présentait, à cette époque, une incapacité de travail complète pour cause d'accident dans sa profession de maçon, ce depuis le 24 juin 2013, en raison d'une fracture de la cheville gauche et d'un état dépressif.

Outre les rapports médicaux produits le 17 juin 2016 par le recourant dans la présente procédure, le dossier AI comporte notamment les documents suivants :

- un rapport du 18 mars 2015 du docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, adressé au Dr J_____, relatant un examen clinique au cours duquel ce spécialiste notait une mobilité extrêmement réduite de la cheville gauche en rapport avec une arthrose tibio-astragalienne post-traumatique évolutive. Il avait alors expliqué au recourant qu'en dehors d'un traitement conservateur par anti-inflammatoires et physiothérapie, il n'y avait au bout du compte qu'une arthrodeuse qui pourrait réellement lui enlever ses douleurs constantes de la cheville gauche ;
- un rapport du Dr S_____ du 4 janvier 2016 à l'OAI, dont il ressort que la cause de l'incapacité de travail est un épisode dépressif majeur (F32.2) existant depuis le 1^{er} décembre 2015. Depuis l'accident du 24 juin 2013, le recourant avait subi de nombreuses opérations et sa récupération n'était que très partielle. Face aux douleurs persistantes et à son incapacité de reprendre une activité normale, il présentait une symptomatologie de tristesse, d'incompréhension, de troubles de la mémoire et du comportement ainsi qu'une grande irritabilité. Sa vie s'était « interrompue » et il avait le sentiment qu'elle n'avait plus de sens.

L'incapacité de travail était totale depuis le 19 mars 2015 pour une durée indéterminée ;

- un courrier du Dr S_____, daté du 25 janvier 2016, au conseil du recourant, indiquant que son client faisait actuellement l'objet d'un suivi psychiatrique et qu'il présentait un épisode dépressif sévère consécutif à un accident de travail. Aussi paraissait-il important, aux yeux de ce psychiatre, que le recourant puisse bénéficier au plus tôt des prestations auxquelles il avait droit afin de pouvoir continuer son traitement dans de bonnes conditions et retrouver une capacité de travail le plus tôt possible. Il s'agissait effectivement d'un arrêt de travail pour accident, la maladie dépressive actuelle étant consécutive à l'accident.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et la quotité de son indemnité pour atteinte à l'intégrité.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

(ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. a. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).
10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; 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 atteinte 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, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. 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 296 consid. 2c et les

références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

11. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement

et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui

fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2).

b/aa. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157, consid. 1c).

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).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la

fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

c. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. 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).
14. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en

supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

15. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).
16. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
17. En l'espèce, vu les avis très divergents, d'une part, de la CRR et du Dr I_____, d'autre part, des Drs J_____ et S_____ quant à l'estimation de la capacité de travail exigible de la part du recourant, il convient d'ordonner une expertise judiciaire. Il sera également posé à l'expert des questions relativement aux critères jurisprudentiels du Tribunal fédéral permettant d'établir un lien de causalité adéquat entre des troubles psychiques, invoqués en l'espèce par le recourant, et l'accident, afin d'évaluer si une expertise psychiatrique est également nécessaire (cf. ci-après : question 4, lettre m, chiffres 1 à 3).

Partant, une expertise orthopédique sera confiée au docteur V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique chirurgien orthopédique, spécialiste FMH en orthopédie.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique chirurgien orthopédique. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
1. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 2. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Monsieur A_____ (ci-après : le recourant), notamment les Drs J_____, P_____ et T_____.
 3. Examiner personnellement le recourant, au besoin avec l'aide d'un interprète.
 4. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 - a) Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - b) Quelles sont les plaintes du recourant ?
 - c) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre le recourant (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 - d) Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - e) Le recourant suit-il un traitement adéquat ?
 - f) Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
 - g) Les atteintes à la santé sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 24 juin 2013 ?
 - h) 1) Compte tenu de vos diagnostics, le recourant pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
2) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle possible ? Si oui, depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Une diminution de rendement (pour des motifs physiques en lien avec l'accident) est-elle à prévoir dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Si oui, quel est le taux de cette diminution ?
3) Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la

reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? Y-a-t-il lieu d'en attendre une sensible amélioration de l'état de santé du recourant, plus particulièrement une réduction (amélioration) de l'incapacité de travail causée par l'accident ? Dans l'affirmative, veuillez préciser votre réponse par rapport à l'ancienne activité de maçon/ par rapport à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

4) Les activités sertisseur en bijouterie, agent d'opérations aéroportuaires, visiteur dans l'horlogerie, camionneur-chauffeur ou polisseur de métaux (selon les DPT sélectionnées ; dossier SUVA, pièce 173, p. 15 ss) sont-elles exigibles ? Si oui, veuillez indiquer, pour chaque activité, depuis quelle date et à quel taux ?

- i) Quel est le pronostic ?
- j) Êtes-vous d'accord avec le rapport de la CRR du 9 octobre 2015 ? En particulier avec la formulation d'un pronostic favorable pour une réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par ces médecins ? Si non, pourquoi ?
- k) Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr I_____ des 25 et 26 novembre 2014 et du 1^{er} septembre 2015 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles mentionnées et l'estimation d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, ainsi qu'avec la fixation d'une IPAI de 15% ? Si non, pourquoi ?
- l) Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr J_____ des 1^{er} février et 6 avril 2016 ? En particulier, avec l'estimation d'une incapacité de travail totale depuis l'accident avant une éventuelle arthrodeèse (en faisant abstraction des restrictions induites par l'état anxio-dépressif sévère mentionné par ce médecin) ? Si non, pourquoi ?
- m) 1) Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?
2) Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?
3) Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Atteignent-elles une intensité particulière ?
- n) Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles actuellement envisageables ?
- o) Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le