

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/69/2017

ATAS/7/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 8 janvier 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François MEMBREZ recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1958, est employé depuis juin 1990 par B\_\_\_\_\_. Il exerçait en qualité d'ouvrier à la manœuvre de train quand, le 18 octobre 2010, à la gare de Vernier-Meyrin-Cargo, dans la zone industrielle, à proximité du dépôt de l'entreprise Ikéa, alors qu'il se trouvait sur un marchepied arrière gauche d'une locomotive circulant à vitesse réduite (au pas, savoir à environ 5 à 10 km/h) et qui tractait un wagon à deux essieux, il a été heurté à la cuisse gauche par le battant d'un portail constitué d'une armature tubulaire métallique et d'un treillis (mesurant environ 4 à 5 m de long sur 2.5 m de haut); il est tombé sur le ballast attenant à la seule voie de chemin de fer à cet endroit-là. L'assuré portait un casque; il n'a pas perdu connaissance. Il souffrait d'une blessure à la cuisse gauche, de douleurs à l'épaule gauche et à la cuisse droite. Alerté, le mécanicien a stoppé le mouvement. Un collègue, témoin de l'accident, a immédiatement appelé une ambulance.
2. L'assuré a été hospitalisé jusqu'au 31 octobre 2010 aux HUG, où il s'est plaint d'un traumatisme de la cuisse gauche, de multiples contusions; le bilan radiologique a écarté l'existence d'une fracture; une plaie profonde latérale de la cuisse gauche, a été diagnostiquée et traitée chirurgicalement le jour-même. Une incapacité totale de travail a été attestée, un traitement antalgique, prescrit avec un suivi de la plaie. Par la suite, il a été démontré qu'il avait subi un hématome superficiel de la cuisse droite, et une fracture parcellaire de l'acromion (épaule) gauche a été suspectée. La SUVA (ci-après: l'assureur-accident ou l'intimée) a pris les conséquences de cet accident en charge (frais de traitement et indemnités journalières).
3. Le 30 août 2011, l'assuré a fait parvenir une demande à l'OAI et a ainsi fait l'objet d'une évaluation par l'assurance-invalidité en octobre 2011.
4. Toujours en convalescence, il avait essayé de reprendre son poste habituel, au taux de 50 %, le 3 octobre 2011. La reprise avait échoué après sept jours, les douleurs étant insupportables.
5. Selon son médecin traitant, docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste, suite à cet échec un changement d'activité était nécessaire. Ce médecin envisageait un retour au travail possible à 100 %, dans une autre activité adaptée au sein de B\_\_\_\_\_. L'assuré a pu commencer une reconversion professionnelle au sein de l'unité d'entretien des relais de B\_\_\_\_\_. Un placement à l'essai lui a ainsi été octroyé du 16 avril au 16 juillet 2012 à D\_\_\_\_\_. Depuis le début de son activité au poste de réviseur relais, l'assuré n'a travaillé qu'à 60 %, à savoir cinq jours par semaine, de 7h00 à 12h00. Une augmentation de son taux de travail était envisagée en août 2012, mais elle n'a pas pu aboutir en raison des douleurs très importantes dont il continuait à souffrir malgré l'adaptation du poste de travail. L'objectif fixé avec l'assureur-accident était donc de maintenir sa capacité de travail à 60 % dans son poste actuel.

6. Pour ce qui la concerne, l'AI a octroyé des mesures d'intervention précoce dès janvier 2012, puis des mesures professionnelles en entreprise (fonction de révision des relais chez B\_\_\_\_\_ à D\_\_\_\_\_), avec indemnités journalières dès le 16 avril 2012. Puis, dès le 17 juillet 2012, l'OAI a pris en charge un reclassement professionnel au même poste toujours avec le versement d'indemnités journalières, jusqu'au 31 janvier 2014.
7. Par courrier du 24 juillet 2014 la SUVA Genève, se référant notamment à un entretien téléphonique du même jour, a confirmé au conseil de l'assuré que son médecin-conseil estimait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Ainsi la SUVA mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis un traitement anti-inflammatoire et d'antidouleurs à long terme, avec des patches anesthésiants locaux, Dafalgan jusqu'à 3x1g/j. et anti-inflammatoires à la demande. Dans la mesure où il subsistait une capacité de travail résiduelle, mais qu'il appartenait à l'assuré de la mettre en œuvre dans l'exercice d'une activité en harmonie avec son état de santé, le médecin-conseil de l'assureur-accident reconnaissant à l'assuré, depuis le 22 avril 2013, une capacité de travail complète dans un travail allégé, en alternance de positions debout et assise, en évitant les charges au-delà de 5 à 10 kg, les terrains irréguliers, les escaliers, échelles, escabeaux, et échafaudages, le poste occupé actuellement étant considéré comme adapté, la SUVA retenait une capacité de 100 % à ce poste. Il serait donc mis fin au versement des indemnités journalières au 31 août 2014. Une décision formelle, serait notifiée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, au sujet du droit aux prestations dues, outre l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, déjà fixée par le médecin-conseil.
8. Le 16 octobre 2014, la division Prestations d'assurance de la SUVA a rendu une décision formelle, par laquelle, pour les séquelles résultant de l'accident, mais pas pour les atteintes consécutives à une maladie, elle reconnaissait à l'assuré un droit à une rente d'invalidité de 23 % (calculée sur un gain annuel assuré de CHF 89'055.-) – soit CHF 1'365.- par mois dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 -; et elle a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 6'300.- fondée sur un taux de 5 %.
9. Dans le délai légal, l'assuré, représenté par un avocat, a formé opposition contre cette décision: il conclut à son annulation; le taux d'invalidité devait être porté à 65%, s'agissant de la rente d'invalidité, et le taux pour base de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être fixé à au moins 40% du salaire annuel, soit au moins CHF 50'400.-, prestations auxquelles devrait encore s'ajouter la poursuite de la prise en charge des frais de la physiothérapie nécessaire au traitement des conséquences de l'accident du 18 octobre 2010.
10. Par décision sur opposition du 18 novembre 2016, la SUVA a partiellement admis l'opposition, le taux d'invalidité étant porté de 23 % à 33 %. Pour le reste l'opposition était rejetée et la décision du 16 octobre 2014 confirmée.
11. Sur le plan de l'AI, on relèvera les éléments suivants:

A. Par décision du 9 janvier 2015, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assuré.

B. Sur recours interjeté par devant la chambre de céans, l'assuré, représenté par son conseil, avait conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 18 octobre 2011.

C. Le 8 avril 2016, - à l'issue des enquêtes et notamment après l'audition du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, et au vu du rapport complémentaire de ce médecin du 18 mars 2016 -, l'OAI s'est rallié aux conclusions de son service médical (SMR) (avis du SMR du 5 avril 2016), selon lequel au vu des nouveaux éléments médicaux (rapports du 3 novembre 2015 et 18 mars 2016 du Dr E\_\_\_\_\_, rapport du 25 janvier 2016 de Madame F\_\_\_\_\_, ergothérapeute, et rapport du 27 janvier 2016 de la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie), il y avait lieu de constater que le recourant présentait uniquement une capacité de travail de 50% dans une activité strictement adaptée.

D. Par avis du 17 mai 2016, le SMR a estimé qu'il convenait de retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (alternance des positions assis/debout, éviter le port de charge de plus de 5 kg, la marche en terrain irrégulier, les escaliers, les échelles et les escabeaux) dès le mois de mai 2011.

E. Par écriture du 24 mai 2016, l'OAI a indiqué que compte tenu d'une capacité de travail de 50% dans une activité strictement adaptée dès mai 2011, il résultait de la comparaison des revenus, avec et sans invalidité retenus précédemment [(CHF 89'232.- - CHF 34'249.-) / CHF 89'232.-], un degré d'invalidité de 61.6% ouvrant droit à trois-quarts de rente d'invalidité à compter de février 2012;

F. Sur ces bases, la chambre de céans avait admis le recours, et statuant d'accord entre les parties par arrêt du 5 décembre 2016 (ATAS/1009/2016) a octroyé au recourant un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2012.

12. Par mémoire du 6 janvier 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition de la SUVA du 18 novembre 2016. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision entreprise, qu'il soit dit et constaté que les troubles psychiques présentés par le recourant sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 18 octobre 2010, que la diminution de la capacité de gain du recourant est de 63.3 % et qu'il a par conséquent droit à une rente d'invalidité correspondant à 63.3 %, dire que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devra s'élever à au moins 40 % du gain annuel; dire que l'intimée continuera à prendre en charge les frais de physiothérapie nécessaires au traitement consécutif à l'accident survenu le 18 octobre 2010, et condamner en conséquence l'intimée à servir ses prestations, le tout avec suite de dépens, y compris une indemnité équitable à titre d'honoraires d'avocat du recourant.

La lésion principale consécutive à l'accident du 18 octobre 2010 a été une plaie profonde latérale de la cuisse gauche. Le recourant a également souffert d'une fracture à l'épaule gauche et d'un hématome à la cuisse droite. Il a été opéré le jour de l'accident et il est resté hospitalisé jusqu'au 31 octobre 2010. Les séquelles se sont montrées importantes. Il est en effet resté en incapacité de travail totale pendant une année.

Du 13 novembre au 10 décembre 2012, le recourant a séjourné au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR). La CRR a conclu que le poste de réviseur de relais était le plus adapté possible pour le recourant, le travail se faisant en position assise avec la possibilité de surélever le membre inférieur lésé. Toutefois, les douleurs ont été omniprésentes lors de la phase d'observation, une augmentation de la douleur au fil des heures ayant été constatée, rendant impossible le travail sur une durée supérieure à cinq heures, même dans le respect de l'alternance des positions. La CRR a conclu que l'incapacité de travail du recourant dans le poste de réviseur relais était maintenue à 40 %.

En avril 2013, le recourant a fait l'objet d'un examen par le médecin d'arrondissement de l'intimée, la doctoresse H\_\_\_\_\_. (Pièce 232 intimé). Sans pour autant retenir de diagnostic psychopathologique, la Dresse H\_\_\_\_\_ a repris les termes de la CRR selon lesquels le recourant a présenté une importante décompensation anxieuse et dépressive suite à son accident. Bien qu'il soit impossible au recourant, en raison des douleurs, de travailler à plus de 60 % dans l'activité considérée comme adaptée, fait constaté tant par les médecins de la CRR que par ceux du centre de traitement de la douleur des HUG, le médecin d'arrondissement de l'intimée a retenu une capacité de travail complète dans un travail allégé. Les médecins traitants du recourant sont d'un avis totalement opposé: le Dr C\_\_\_\_\_ (pièces 12,13 et 15 rec.) l'évalue à 60 %; la doctoresse G\_\_\_\_\_ (pièces 14, 16 et 17 rec.) a effectué des investigations approfondies sur l'état de santé du recourant. Elle a examiné l'ensemble de son dossier médical, effectué un examen ostéoarticulaire, un examen neurologique des membres inférieurs, un examen neurologique des mains, des tests d'infiltration, une IRM de la cuisse et une radiographie du genou. Selon elle, en janvier 2014 la CT est de 60% voire même réduite probablement à 50%; puis en février 2015, l'incapacité de travail est de 50 % et elle est définitive; dans son bilan d'ergothérapie Madame F\_\_\_\_\_ évoque même 63 % d'incapacité dans l'accomplissement des tâches ménagères (pièce 18 rec.); par rapport à l'état psychique, selon le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant (pièces 19 et 20 [PV d'enquêtes du 14/3/2016 - son audition par la chambre de céans dans le cadre de la procédure AI] rec.) après l'accident, le patient a développé un état de stress post-traumatique, une fragilisation émotive accompagnée d'une symptomatologie dépressive avec des crises d'angoisse ainsi qu'un repli social et un enfermement en lui-même avec un sentiment de méfiance et de

persécution. De son côté l'OAI a finalement admis que l'intéressé présentait bien une capacité de travail de 50 %, et ce uniquement dans une activité strictement adaptée et lui a ainsi accordé trois-quarts de rente dès le mois de février 2012, pour un degré d'invalidité 63.3 %.

S'agissant du taux de la rente d'invalidité, en substance la SUVA minimise l'importance des troubles physiques et ignore les troubles psychiques qui pourtant ont été admis par l'OAI, sur la base du diagnostic, posé par le Dr E\_\_\_\_\_, de modification durable de la personnalité suite à un événement catastrophique (CIM 10 F62.0). Le recourant considère qu'au moins quatre critères jurisprudentiels sont remplis pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, de sorte que ces derniers doivent être pris en considération dans le calcul du taux de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

S'agissant du calcul du taux de la rente, le revenu qu'obtiendrait le recourant sans invalidité se monterait à CHF 89'232.-. Le recourant ne pouvant plus exercer son activité antérieure, c'est le poste de réviseur de relais qui est le plus adapté. A 100%, il représentait initialement un salaire de CHF 68'498.-. Ce montant incluait une indemnité régionale de CHF 3'000.- qui a été versée jusqu'en décembre 2016, qu'il convient dès lors de déduire, portant ainsi le salaire de 100% à CHF 65'498.- La CT du recourant étant de 50% le revenu avec invalidité est dès lors de la moitié de ce dernier montant (CHF 32'749.-) déterminant un degré d'invalidité de 63.3 %.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant reproche à l'intimée d'avoir fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 5 %, selon la table n° 18, applicable aux atteintes à l'intégrité en cas de lésions de la peau. Le recourant observe qu'en cas de pluralité d'atteintes, il faut additionner les pourcentages afférents à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 %, l'atteinte à l'intégrité étant globale (ATF 116 V 156); dans le cas d'espèce, en sus de l'atteinte cicatricielle retenue (5%), il faut encore y rajouter les tables et taux relatifs aux atteintes fonctionnelles physiques (table 2 – 25%) et psychiques (table 19 [20 à 35% pour des troubles légers à modérés]), d'où un total de l'ordre de 40% au lieu de 5%.

13. La SUVA a répondu au recours par courrier du 6 mars 2017: vu l'objet de la décision attaquée, le litige porte exclusivement sur le degré de la rente d'invalidité reconnu à l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due à l'accident du 18 octobre 2010.

Selon sa division médicale, invitée à se prononcer sur la question de savoir si les conclusions de son médecin-conseil devaient être confirmées au regard des avis de ses confrères, elle a observé, par avis du 23 février 2017 de la Dresse I\_\_\_\_\_, que le dossier ne permet pas, dans son état actuel, d'évaluer les conséquences de l'accident assuré sur la capacité de travail de l'assuré. L'intimée a donc conclu à ce

---

que la décision attaquée soit annulée et à ce que le dossier lui soit **renvoyé** pour nouvelle décision après instruction complémentaire.

14. Dans sa réplique du 4 avril 2017, le recourant s'est opposé au renvoi de la cause à l'intimée. Il estime que l'épais dossier sur la situation médicale du recourant serait suffisamment documenté pour que la chambre de céans soit déjà en mesure de statuer dans le sens des conclusions prises sur recours. Si la chambre de céans devait être d'un avis différent il conviendrait alors non pas qu'elle renvoie la cause à la SUVA mais qu'elle procède elle-même à cette instruction complémentaire, ceci aux frais de l'intimée.
15. Dans sa duplique du 28 avril 2017, l'intimée a insisté sur le fait qu'elle ne conteste pas que les séquelles de l'accident ont connu une évolution depuis l'évaluation de l'invalidité en 2014. Cela étant, et ainsi que l'explique la Dresse I\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 23 février 2017, l'état de santé de l'assuré a évolué également, s'agissant d'atteintes étrangères à l'événement du 18 octobre 2010. C'est dans cette mesure que l'intimée a conclu à ce que la cause lui soit renvoyée afin qu'elle se prononce, au moyen d'exams cliniques notamment, sur les limitations dont la prise en charge lui revient, soit exclusivement celles qui présentent une relation de causalité avec l'accident. Cela étant, l'intimée ne s'oppose pas à ce que cette instruction soit diligentée en procédure judiciaire.
16. Par courrier du 23 mai 2017, le recourant a encore formulé des observations. Il sollicite la poursuite de l'instruction par la chambre de céans, à commencer par l'audition de la Dresse G\_\_\_\_\_ et le cas échéant par la mise sur pied d'une expertise médicale bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique. Selon lui la Dresse I\_\_\_\_\_ n'a rien apporté de nouveau, d'autant qu'elle n'a jamais vu le recourant. En complément aux arguments développés dans son recours le recourant revient sur la question du salaire d'invalidé. Il estime que l'activité qu'il déploie actuellement comme contrôleur relais aux B\_\_\_\_\_ est stable; il met d'ailleurs pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, et son gain correspond au travail effectivement fourni sans tenir compte d'éléments d'un salaire dit social; d'ailleurs s'il travaillait à plein temps son salaire serait de CHF 65'498.-, supérieur au revenu d'invalidé retenu par l'intimée à plein temps après abattement de 10 % (CHF 59'807.-), ce qui démontre que ce poste n'est en aucun cas un emploi social offert par l'employeur. Il maintient donc qu'il convient de tenir compte du salaire effectif et non pas des salaires statistiques ESS.
17. Sur quoi la chambre de céans a entendu les parties et la Dresse G\_\_\_\_\_ le 27 juin 2017:

Le représentant de l'intimée a tout d'abord précisé, sur question de la chambre de céans, que la remarque figurant dans ses dernières déterminations, du 27 avril 2017, aux termes de laquelle, si la chambre de céans envisageait de procéder elle-même au complément d'instruction préconisé par le médecin d'arrondissement dans son appréciation du 23 février 2017, « *il s'agirait d'instruire également les autres faits*

*pertinents sur lesquels ni l'intimée ni le recourant ne se sont pour l'heure prononcés* » n'a pas sa place dans cette écriture.

Il a en outre déclaré : « Vous me faites observer que nous ne nous sommes pas prononcés jusqu'ici sur le grief relatif au taux d'atteinte à l'intégrité retenu. C'est exact, mais c'est précisément en fonction des recommandations de la Dresse I\_\_\_\_\_ par rapport à la nécessité d'une instruction complémentaire, que nous avons également appelée de nos vœux, et nous persistons à le faire, que nous considérons que c'est seulement après cette instruction complémentaire que nous pourrions nous prononcer à nouveau sur le taux d'atteinte à l'intégrité et d'ailleurs le taux d'invalidité. »

Sur interpellation de la chambre de céans, le conseil du recourant a déclaré : « Vous m'interpellez par rapport à mon opposition, dans mes dernières observations, à ce que la cause soit renvoyée à l'intimée selon ses conclusions. Je conçois que le principe serait justifié en tout cas pour la question d'une nouvelle appréciation du taux d'atteinte à l'intégrité, mais en ce qui concerne les autres mesures d'instruction, je nourris quelques craintes par rapport au délai dans lequel l'intimée serait à même, après instruction complémentaire, de prendre à nouveau position, d'autant que nous avons, à mon sens, au dossier tous les éléments qui permettraient de statuer, sans même avoir recours à une expertise. Dans cette mesure, je souhaiterais avoir un ordre d'idée pour savoir quand nous pourrions nous attendre à une nouvelle décision ».

Sur cette dernière question, le représentant de l'intimée a précisé : « La mise en œuvre de l'instruction complémentaire à laquelle nous faisons référence, fort du rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_, est à mon sens rapidement réalisable, puisqu'il s'agit d'organiser des tests cliniques, voire l'une ou l'autre radiographie ou examen complémentaire, soit que les médecins de la SUVA examinent personnellement le recourant. Suite à quoi, nous pourrions effectivement nous prononcer à nouveau. »

Le recourant a observé : « Je me demande ce qu'est un examen clinique pour la SUVA car j'ai déjà été convoqué par un médecin de cette assurance, soit par la Dresse I\_\_\_\_\_ et un autre médecin, qui ne m'ont pas même ausculté. Le premier médecin ne m'a pas même touché et le deuxième m'a demandé de m'étendre sur un lit d'examen tandis qu'il se mettait à son ordinateur pour parcourir un document médical et exclure systématiquement les aspects qu'il remarquait. »

Le conseil du recourant a encore déclaré : « Au vu de ce qui précède, je persiste à penser que mieux vaudrait que votre chambre diligente directement une expertise, pour notamment que l'expert se prononce sur l'atteinte à l'intégrité, voire en relation avec l'aspect psychique qui n'a guère été évoqué quant à ses conséquences jusqu'ici. »

Le recourant a confirmé être suivi par un psychiatre, ceci depuis début 2014, à une fréquence de deux fois par mois pour des séances de psychothérapie. Il prend du

Cymbalta deux fois par jour, du Trittico et du Xanax (se référant à la liste produite pièce 17bis)

La Dresse G\_\_\_\_\_ a déclaré:

" Je suis toujours (le recourant), à raison d'une fois par mois, voire toutes les trois à cinq semaines, cela pouvant varier en fonction de son état. La dernière consultation remonte à la semaine dernière. Il s'agissait d'un contrôle périodique, mais j'en ai profité pour approfondir sa situation par un examen clinique détaillé. Il résulte de cet examen que mon patient est aujourd'hui beaucoup moins bien qu'il y a trois ans: il est plus raide, il a plus de douleurs musculaires et plus de rétractions musculaires pendant l'examen, et moins de force dans le membre inférieur gauche. Il travaille toujours à L\_\_\_\_\_, théoriquement à 50 %, mais en pratique je suis obligée de le mettre en arrêt de travail tous les deux mois environ, car les douleurs sont devenues insupportables et il n'arrive plus à marcher comme avant: il marche en effet beaucoup plus lentement, il doit s'arrêter plus fréquemment. Si je fais la comparaison avec la situation que j'avais analysée en janvier 2014, il pouvait alors marcher pendant environ trois heures, même si c'était déjà difficile à supporter à l'époque, mais aujourd'hui, au bout d'une demi-heure, il doit s'arrêter. Pour revenir à l'examen clinique, j'insiste sur le fait que les raideurs et les limitations consécutives à celles-ci sont de plus en plus importantes: elles sont objectivables et j'ai d'ailleurs mesuré celles-ci, tenant d'ailleurs à disposition de votre chambre les résultats auxquels je suis parvenue. Ces limitations consistent évidemment dans une plus grande difficulté à se déplacer, et l'apparition plus rapide de douleurs à la mobilisation. Les douleurs ressenties par mon patient sont d'origine nerveuse: il faut comprendre en effet que la plaie qu'il a subie à la jambe gauche a été très profonde et délabrante surtout, ce qui a provoqué une cicatrisation anarchique, faite d'entremêlements de muscles et de fibres, soit la nature de la cicatrice, qui provoque, quasiment chaque fois qu'il produit le moindre effort, des tiraillements et dans cette mesure, des douleurs musculaires et nerveuses, décrites dans mes précédents rapports et dans d'autres documents médicaux du dossier. Lié à cela, le testing de la force est beaucoup plus douloureux et moins bien tenu qu'il y a trois ans, car ses douleurs le font lâcher plus tôt. Le peu de force qu'il arrive à mettre, en plus, avant de lâcher, est faible: on le situe à 4/5èmes de la force normale. Pour donner une idée, il y a trois ans, on évaluait à « 4+ », ce qui signifie qu'il tenait la résistance un petit moment, mais aujourd'hui, il ne la tient pratiquement plus, ceci étant variable d'un muscle à l'autre, étant précisé que l'on a aujourd'hui plus de muscles faibles qu'il y a trois ans. S'agissant des degrés inférieurs à 4, pour donner une idée, le degré 0 est celui où l'intéressé est paralysé; le degré 1 est celui où l'on voit un petit mouvement du tendon, mais pas du muscle; au degré 2, on voit un petit mouvement du muscle... Je dois encore préciser que ce patient présente d'énormes difficultés par rapport à la médication. De nombreux essais ont été faits, avec des intolérances, des allergies, des augmentations brutales de la tension artérielle, de sorte que pratiquement aujourd'hui il ne prend plus que le Zaldiar, qui est un

mélange de paracétamol et de Tramadol, mais il ne peut le prendre qu'à demi-dose en raison de l'intolérance au Tramadol. Vous me soumettez, à ce sujet, la pièce 17bis recourant. Je peux dire que la plupart des médicaments y figurant sont destinés à traiter son diabète, la HTA et les troubles digestifs le cas échéant provoqués par les autres médicaments. Par rapport à la problématique qui nous occupe, seuls le Zaldiar et le Dafalgan concernent cet aspect. Je rappelle d'ailleurs qu'en son temps, un chirurgien orthopédique, le Dr J \_\_\_\_\_, avait pris contact avec le service des HUG pour examiner si une réintervention était susceptible d'améliorer la situation, mais le résultat en a été qu'au contraire, cela risquait d'aggraver la situation.

*(N.B.: le paragraphe ci-dessous, peu compréhensible dans sa version d'origine, a été complété par la suite, sur la base d'un courriel du témoin du 3 juillet 2017, qui indique qu'il doit se lire comme suit :)*

Pour toutes ces raisons, il ne reste effectivement aujourd'hui que la physiothérapie comme mesure susceptible de soulager temporairement (quelques heures) les douleurs, mais surtout améliorer la souplesse articulaire et l'extensibilité musculaire, soit pour maintenir la capacité de marche et les gestes de la vie quotidienne à long terme.

Pour répondre à votre question s'agissant de l'apparition d'une gonarthrose gauche, j'ai en effet pu constater des signes cliniques en faveur de ce diagnostic, mais je n'ai pas à ce stade procédé à des radiographies car ce n'était pas le problème le plus important pour l'instant. Je ne pense pas que l'on puisse lier l'apparition de cette gonarthrose probable à la situation algique ou hyper-algique de cette jambe gauche, car en effet tout un chacun finit par être atteint de ces dégénérescences, que ce soit au genou ou à la hanche, tôt ou tard, d'intensité dépendant de la condition personnelle et du genre d'activités des personnes intéressées. Je souhaiterais encore aborder un problème touchant la capacité de travail: j'ai entendu dire que la SUVA souhaitait augmenter la capacité de travail reconnue, ce qui me paraît totalement illusoire et d'ailleurs contraire à la réalité. Pour l'heure, et conformément à ce que j'écrivais dans mes précédents rapports, on ne peut concevoir plus que 50 % de capacité résiduelle, mais si j'observe la période entre le 20 octobre 2015 et aujourd'hui, ce qui représente 636 jours, mon patient a subi 204 jours d'incapacité de travail, ce qui représente globalement (sans faire le décompte des seuls jours ouvrables) un taux de travail effectif de 34 % environ. Sur question du conseil du recourant, s'agissant de la question de déterminer si une activité adaptée autre que celle actuelle serait susceptible d'être mieux adaptée à la situation de mon patient, il m'est difficile de répondre à une telle question, d'abord parce que je ne connais pas toutes les activités possibles, ensuite parce que outre les limitations que l'on connaît, il est limité dans le port de charges, car s'il doit marcher en portant des charges, il ne pourra pas le faire, d'autant qu'il doit aujourd'hui marcher avec une canne pour se stabiliser, en faisant des lâchages de plus en plus fréquents. D'autre part encore, s'il devait s'agir d'un travail purement administratif, il sera sans cesse

en train d'alterner les positions assise et debout, ce qui limiterait son efficacité. Je n'ai donc pas en tête d'autres activités mieux adaptées à sa situation. Je précise encore que même dans l'état actuel des choses, compte tenu du fait qu'il doit marcher pour atteindre son travail depuis la gare, il arrive à son poste en étant très algique, ce qui limite encore son rendement. Théoriquement, s'il pouvait travailler plus près de chez lui, il est possible que son efficacité, voire son taux d'activité, puissent être améliorés, mais cela n'est pas chiffrable avant qu'il ait pu essayer. Je n'ai jamais constaté d'exagération des symptômes de la part de mon patient. Je ne fais pas systématiquement des tests de contradiction lors de mes examens, surtout lorsque cela ne m'apparaît pas nécessaire, mais les quelques fois où je l'ai fait, l'examen apparaissait parfaitement cohérent. Dans le cas particulier, j'avais fait ces tests, plus dans une perspective de conscience professionnelle que parce que j'aurais eu des doutes. Sur question du représentant de l'intimée, pour revenir au résultat des derniers tests cliniques que j'ai pratiqués le 21 juin 2017, et pour comparer l'évolution du patient pendant ces deux dernières années, il m'apparaît que la capacité de travail a baissé depuis deux ans, surtout par rapport aux difficultés liées à la marche et à la résistance à l'effort. Il est difficile de chiffrer la capacité résiduelle actuelle, sous réserve des chiffres que j'ai donnés tout à l'heure et qui montrent qu'en pratique il n'est plus capable d'arriver à 50 % sur le long terme. Pour conclure, je souhaiterais encore dire que mon espoir est de pouvoir diminuer fortement les douleurs, celles-ci entraînant généralement une HTA si elles sont intenses et chez ce patient déjà traité pour HTA et diabète, le risque d'infarctus est très important. »

18. Les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.

Par ailleurs, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'accident est antérieur à cette date, le droit du recourant à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
4. Sont litigieux le taux de capacité résiduelle de travail du recourant, le calcul du taux d'invalidité et celui servant de base à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En revanche, la question de la poursuite de la prise en charge des frais de physiothérapie nécessaires au traitement consécutif à l'accident du 18 octobre 2010 ne fait pas partie de l'objet du litige, la décision entreprise ayant précisé que cette question est traitée par la SUVA Genève.
5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-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).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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

---

(raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

6. 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).

Caractère impressionnant et dramatique :

Le Tribunal fédéral a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,7 m d'un immeuble en démolition et lui a percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a encore nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'avait en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références).

A été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des cas graves, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4h00 du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient

enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007).

Pour que la causalité adéquate soit admise, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p.100 [8C\_897/2009] consid.4.5 ; arrêt 8C\_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 5.3.18C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4).

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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.).

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

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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b;

---

ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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 des parties 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).

9. La notion de gain assuré est précisée, en relation avec le calcul des prestations en espèces, par l'art. 15 al. 2 LAA. Est réputé tel, pour le calcul des rentes et des indemnités journalières, le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident, respectivement durant l'année qui a précédé l'accident. L'alinéa 3 let. c de cette disposition confère au Conseil fédéral la compétence d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération lorsque l'assuré ne gagne pas, ou pas encore, le salaire usuel dans sa profession.

Selon l'art. 22 al. 2 OLAA, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, sous réserve, en particulier, des membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, des associés, des actionnaires ou des membres de sociétés coopératives, pour lesquels il est au moins tenu compte du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux (art. 22 al. 2 let. c OLAA) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 197 /01 du 21 décembre 2001 consid. 2b).

Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase). Les bases de calcul sont réglées à l'art. 22 al. 4 OLAA, lequel prévoit que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1ère phrase).

Selon l'art. 15 al. 3 LAA troisième phrase, le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux. L'autorité exécutive a exhaustivement déterminé ces cas à l'art. 24 OLAA (pour les rentes). Cette disposition a pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants. Ainsi notamment, lorsque le droit à la rente naît plus

de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle (art. 24 al. 2 OLAA).

La règle de l'art. 24 al. 2 OLAA - dont notre Haute Cour a confirmé la conformité à la constitution et à la loi (consid. 3 non publié de l'ATF 127 V 456) - a pour seul objectif, l'adaptation du gain assuré à l'évolution générale des salaires, à l'exclusion toutefois d'autres changements intervenus dans les conditions de revenu après l'accident ou qui auraient pu intervenir si celui-ci n'avait pas eu lieu. Il s'agit avant tout de ne pas désavantager les assurés dont le droit à la rente naît plusieurs années après l'événement accidentel par rapport à ceux qui se voient octroyer la rente plus tôt quand une forte augmentation des salaires s'est produite dans l'intervalle (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 212/02 du 19 avril 2004 consid. 3.3 et U 308/04 du 16 janvier 2006).

10. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).
11. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Récemment, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549).

---

D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

12. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 241/00 du 6 février 2002 consid. 2).

13. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). Elle est également versée en cas de maladie

---

professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

---

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

c. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588).

d. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre

---

les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

e. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînant « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2<sup>ème</sup> phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

La jurisprudence a reconnu la légalité de cette disposition réglementaire, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6).

Si un événement assuré se solde par une atteinte à l'intégrité alors qu'un événement antérieur a déjà donné lieu au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le principe veut que les indemnités déjà perçues en vertu de la loi soient imputées en pourcentage et non selon le montant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6.4.4).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230).

14. Il n'est pas exclu que l'indemnité dépasse les 100 % selon l'évaluation du médecin. Dans ces cas, elle sera ramenée à 100 % conformément à l'art. 25 al. 1 LAA et

---

l'art. 36 al. 3 OLAA. En effet, indépendamment du nombre de dommages à prendre en compte, des événements assurés impliqués et de la question de savoir si une partie de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a déjà été versée, il faut limiter à 100 % l'ensemble de l'atteinte à l'intégrité donnant droit à une indemnité en vertu du principe selon lequel les assureurs LAA, tous ensemble, ne peuvent pas verser à une personne assurée, durant sa vie, des indemnités pour atteinte à l'intégrité de plus de 100 % (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6.3; Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, op. cit., p. 210).

15. À teneur de l'art. 36 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident.

Cette disposition légale repose sur l'idée qu'une atteinte à la santé peut ne pas avoir été causée uniquement par un accident mais conjointement à d'autres facteurs étrangers à celui-ci, alors que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents. L'art. 36 al. 2 LAA trouve application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont causé conjointement une atteinte à la santé et si les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable lorsque les facteurs déclenchants ont causé des dommages sans influence réciproque, par exemple lorsque l'accident et l'événement non assuré concernent des parties du corps différentes et qu'ainsi les troubles ne coïncident pas. Dans un tel cas, les conséquences de l'accident assuré sont à évaluer pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3b; ATF 121 V 326 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 4.2).

A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'art. 36 al. 2 LAA ne changeait rien à l'exigence de la causalité adéquate. La réduction des prestations en application de cette disposition présuppose l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 121 V 326; ATF 115 V 413 consid. 12c/bb). En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA limite l'application du principe de la causalité en ce sens seulement qu'un état de santé préexistant, qui n'a jamais eu d'influence sur la capacité de travail, ne saurait être pris en considération afin de justifier la réduction des prestations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 4.2).

16. Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b; ATF 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles

psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c; ATF 115 V 403 consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (ATF 124 V 29 consid. 5c; ATF 124 V 209 consid. 4b).

En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de compenser par le versement d'un montant en espèces les souffrances physiques, ainsi que psychiques ressenties par l'assuré ensuite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4).

17. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre

---

une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

18. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de lui avoir, dans un premier temps, par décision du 16 octobre 2014, alloué une rente d'invalidité de 23 % seulement, calculée sur un gain annuel assuré de CHF 89'055.- dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, et de lui avoir versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 6'300.- seulement, fondée sur un taux de 5 %, décision confirmée, par décision sur opposition du 18 novembre 2016, sauf en ce qui concerne le taux d'invalidité, porté à 33 % sur la seule base de l'avis médical du 16 avril 2014 du médecin d'arrondissement de la SUVA, confirmé par rapport du 26 octobre 2016, dans le cadre de l'instruction de l'opposition, le Dr K\_\_\_\_\_ considérant que seuls les déplacements de l'intéressé empêchent une activité à 100 %, de sorte que ses déplacements ne devaient pas être prise en considération dans le calcul du temps de travail, concluant ainsi que le recourant était parfaitement apte à exercer à 100 % dans une activité adaptée.

A l'appui de ses griefs, le recourant a produit de nouveaux documents médicaux, émanant de ses médecins traitants, respectivement spécialistes pour l'aspect somatique de l'atteinte à la santé, son psychiatre traitant ayant notamment été entendu par la chambre de céans dans le cadre d'un recours interjeté contre une décision de l'OAI, ainsi que du médecin-conseil de l'employeur.

Dans sa réponse au recours, l'intimée a indiqué avoir soumis ces nouveaux éléments médicaux à son médecin d'arrondissement, en l'occurrence la Dresse I\_\_\_\_\_. Elle a rappelé que pour reconnaître une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, elle s'était fondée essentiellement sur les prises de position du Dr K\_\_\_\_\_ des 21 octobre 2016 et 27 janvier 2015 renvoyant aux conclusions retenues par ce médecin le 25 janvier 2014 sur la base de ses constatations cliniques du même jour. Elle a toutefois constaté que depuis lors, de nombreux spécialistes s'étaient exprimés sur l'état de santé de l'assuré, divergeant sur certains aspects des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_. La Dresse I\_\_\_\_\_, précisément interpellée sur la question de savoir si les conclusions du médecin-conseil devaient être confirmées au regard des avis de ses confrères, a observé dans une appréciation du 23 février 2017, que le dossier ne permettait pas, dans son état actuel, d'évaluer les conséquences de l'accident assuré sur la capacité de travail de l'assuré. Dans ces conditions, l'intimée, considérant que la cause n'était pas en état d'être jugée, a

conclu à ce que la décision attaquée soit annulée et à ce que le dossier lui soit renvoyé pour nouvelle décision après instruction complémentaire.

Entendue en comparution personnelle, l'intimée a persisté dans sa proposition d'annulation de la décision entreprise, le dossier lui étant retourné pour instruction complémentaire. Elle a encore précisé, sur interpellation de la chambre de céans, que si elle ne s'était jusqu'ici pas prononcée sur le grief relatif au taux d'atteinte à l'intégrité retenu, c'était précisément parce qu'en fonction des recommandations de la Dresse I\_\_\_\_\_, qui considère une instruction complémentaire nécessaire, elle pourrait à nouveau se prononcer sur le taux d'atteinte à l'intégrité, comme d'ailleurs sur le taux d'invalidité. Le recourant s'exprimant par son conseil a alors considéré qu'il concevait que le principe du renvoi se justifiait en tout cas pour la question d'une nouvelle appréciation du taux d'atteinte à l'intégrité, mais qu'en ce qui concerne les autres mesures d'instruction il nourrissait quelques craintes par rapport au délai dans lequel l'intimée serait à même, après instruction complémentaire, de prendre à nouveau position, d'autant que selon lui, le dossier permettrait de statuer « sans même avoir recours à une expertise ». Souhaitant avoir un ordre d'idée pour savoir quand le recourant pourrait s'attendre à une nouvelle décision, le représentant de l'intimée lui a indiqué que forte du rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ l'instruction complémentaire ne pourra être rapidement réalisable, puisqu'il s'agit d'organiser des tests cliniques, voir quelques radiographies et examens complémentaires par les médecins de la SUVA, suite à quoi une nouvelle décision pourrait être rendue.

Ayant encore entendu le même jour la Dresse G\_\_\_\_\_, dont le témoignage a apporté des compléments utiles à ses rapports précédents, notamment par rapport à l'évolution de l'état de santé du recourant (déjà dans la période antérieure à la décision entreprise), et le recourant ayant encore confirmé qu'il était suivi par un psychiatre depuis 2014, à raison de deux séances de psychothérapie par mois, la chambre de céans estime qu'au vu des mesures d'instruction ainsi diligentées, il apparaît judicieux, dans le cas d'espèce, de retourner le dossier à l'intimée pour complément d'instruction sur le plan médical, plutôt que de procéder elle-même à la mise en œuvre d'une expertise. À cet égard, il y a lieu de constater que si le recourant a évoqué voire conclu à la mise en œuvre d'une telle mesure d'instruction, il a varié, en cours d'instruction, au sujet de la nécessité d'une expertise médicale. Il a tour à tour considéré que l'état du dossier permettait de s'en dispenser; il a ensuite évoqué ce moyen pour justifier son opposition à un retour à l'intimée pour complément d'instruction sur le plan médical. En définitive la chambre de céans considère que l'annulation de la décision entreprise et le retour du dossier à l'intimée dans le sens qui précède, apparaît être une mesure adéquate, plus économique, et très vraisemblablement plus rapide dans la perspective de la nouvelle décision que devra rendre l'intimée au terme de cette instruction complémentaire, décrite par elle lors de la comparution personnelle. Dans ce sens, la chambre de céans invite d'ores et déjà l'intimée à faire diligence auprès de son

service médical pour que la mise en œuvre et l'exécution de ce complément d'instruction soit effectuées dans les plus brefs délais.

19. Le principe du renvoi du dossier à l'intimée, pour complément d'instruction étant acquis, il y a lieu de fixer un cadre au sens du renvoi ainsi prononcé, en fonction du résultat de l'examen des griefs formulés par le recourant. Ainsi :

a. En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail du recourant, des suites de l'accident du 18 octobre 2010, il convient d'observer que la décision entreprise ne se fonde, en ce qui concerne les troubles psychiques, pour l'essentiel que sur un rapport médical succinct du Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 10 novembre 2014, indiquant que l'assuré avait développé, suite à l'accident susmentionné, un état de stress post-traumatique. Mais l'intimé avait en définitive laissé ouverte la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques, dans la mesure où elle aboutissait à la conclusion que le lien de causalité adéquate devait être nié: si la classification de l'accident en cause ne fait pas l'objet de contestation entre les parties, - toutes deux admettant qu'il faut considérer celui-ci comme étant de gravité moyenne, dans ce cas, conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, trois critères sur les sept retenus par la jurisprudence doivent être réunis pour que l'on puisse admettre un lien de causalité adéquate. C'est précisément cet aspect qui divise les parties. Au moment de rendre sa décision sur opposition (du 18 novembre 2016) l'intimée a considéré que le critère des douleurs persistantes pourrait être retenu, voire éventuellement aussi celui de la durée de l'incapacité de travail, considérant, pour l'un et pour l'autre de ces critères, que l'on ne pouvait admettre une intensité particulière, de sorte que ces deux critères ne pouvaient pas à eux seuls emporter la causalité adéquate. Quant au recourant, il considère que quatre critères au moins sont réunis; mais force est de constater qu'au-delà de cette simple affirmation (recours page 18 § 4), le recourant n'évoque tout au plus que trois (les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant, les douleurs physiques persistantes et enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques).

Le recourant a toutefois produit un certain nombre de documents médicaux dont l'intimée n'avait pas connaissance, respectivement n'avait pas pris en compte, au stade de la décision sur opposition. C'est en particulier le cas du témoignage du Dr E\_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure de recours AI (14 mars 2016) et son rapport complémentaire (18 mars 2016) adressé à la chambre de céans, ainsi que les avis médicaux des 25 avril et 17 mai 2016 du SMR prenant en compte non seulement l'avis du psychiatre, mais également celui de la Dresse G\_\_\_\_\_, interniste et rhumatologue traitante du recourant. Or, c'est notamment sur ces bases que la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée dans son appréciation chirurgicale du 23 février 2017, a considéré que la SUVA n'était pas en mesure, en l'état du dossier, de statuer sur la capacité de travail du recourant, sans la mise sur pied d'une instruction complémentaire. La chambre de céans

observe que le psychiatre traitant a retenu l'existence persistante d'un syndrome de stress post-traumatique, décrivant les réminiscences, souvenirs et cauchemars qui doivent être présents pour que l'on puisse admettre l'existence de ce syndrome. Le médecin a mentionné notamment les phénomènes de flash-back revenant fréquemment et actuellement encore, - le recourant se revoyant pris entre le wagon et la barrière, sa jambe déchirée par la poignée de la porte, et devant alors se jeter de côté pour éviter que la roue du wagon ne lui passe dessus, et évoquant également ses « blessures en étoile »; ce qui était significatif, pour le psychiatre traitant, pour expliquer les autres symptômes liés au syndrome post-traumatique, soit la fatigue, le sentiment dépressif, l'anxiété et la peur, le retrait social, la perte de plaisir, la méfiance, la perte d'initiative... Le psychiatre a également expliqué comment, en présence de ces mêmes symptômes, on distingue la dépression grave du syndrome post-traumatique. Il a également décrit de façon précise - et posé le diagnostic y relatif - de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0), constatations d'ailleurs confirmées, en ce qui concerne ce dernier diagnostic, par le témoignage de la fille du recourant, devant la chambre de céans (1<sup>er</sup> février 2016).

A ces éléments s'ajoute l'audition de la Dresse G\_\_\_\_\_, devant la chambre de céans, dans le cadre de la présente procédure. Ce médecin a confirmé que l'état de son patient s'était péjoré depuis trois ans: il est plus raide, il a plus de douleurs musculaires et plus de rétractions musculaires pendant l'examen, et moins de force dans le membre inférieur gauche. Il travaille toujours à L\_\_\_\_\_, théoriquement à 50 %, mais en pratique elle est obligée de le mettre en arrêt de travail tous les deux mois environ, car les douleurs sont devenues insupportables. Elle aboutit à un taux effectif de travail d'environ 34% sur les deux dernières années environ (204 jours d'incapacité de travail sur 636 jours) : son patient n'arrive plus à marcher comme avant; il marche beaucoup plus lentement, doit s'arrêter plus fréquemment. En janvier 2014, lors des examens de l'époque, il pouvait marcher pendant trois heures, même si c'était déjà difficile à supporter à ce moment-là ; à l'heure actuelle il doit s'arrêter au bout d'une demi-heure. Les raideurs et limitations consécutives à celles-ci sont de plus en plus importantes: elles sont objectivables et elle a d'ailleurs mesuré celle-ci, tenant à disposition les résultats auxquels elle est parvenue. Il y aura lieu, à ce sujet, que l'intimée, respectivement son service médical, sollicite au besoin ces éléments complémentaires du médecin traitant, dans le cadre du complément d'instruction médicale auquel il devra procéder.

Enfin, l'intimé devra également prendre en considération les avis médicaux du SMR, en ce qui concerne les conclusions auxquelles ce service médical est parvenu. En dépit du fait que certains critères d'appréciation ne sont pas les mêmes dans le cadre de l'assurance-invalidité et dans le cadre de l'assurance-accidents, tel étant notamment le cas des incidences éventuelles des aspects dégénératifs (par exemple la gonarthrose gauche récemment apparue - dont la Dresse G\_\_\_\_\_ ne pense pas que ce diagnostic puisse être mis en lien avec la situation algique ou hyper-algique

de la jambe gauche -) ; les conclusions du SMR ne devraient pas être très différentes de celles que devra retenir l'intimée: en effet, le SMR n'évoque pas la gonarthrose, apparemment d'apparition plus récente, et considère que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques est acquise depuis le mois de mai 2011.

b. En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, une fois déterminée la capacité résiduelle de travail, l'intimée devra procéder à un nouveau calcul. A cet égard, elle devra se fonder sur les principes rappelés ci-dessus (consid. 14), aux termes desquels, selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, que la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La chambre de céans considère, comme le soutient le recourant, que le revenu avec invalidité devra en effet se fonder, non pas sur les salaires statistiques de l'enquête suisse sur les salaires (ESS), mais sur la base de l'activité de réviseur de relais qu'il exerce à 50 %, de façon stable, depuis qu'il a pu reprendre une activité après l'accident, cette activité de réviseur étant considérée comme la mieux adaptée à sa situation actuelle et, comme le rappelle le recourant, qui ne contient aucun élément de salaire social. Le poste qu'il occupe actuellement représente un salaire annuel à 100 % de CHF 65'498.- qui, réduit à 50 %, s'élève à CHF 32'749.-. C'est donc sur cette base (sous réserve d'un pourcentage différent retenu par l'intimée après instruction complémentaire) que devrait s'établir la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 89'232.-), et avec invalidité (CHF 32'749.-).

c. S'agissant enfin du taux servant de base à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), celui-ci devra être recalculé par l'intimée, après le complément d'instruction. Ce taux devra prendre en compte l'atteinte psychique évoquée ci-dessus, conformément aux principes dégagés par la jurisprudence (notamment ATF 124 V 209 consid. 4b, ATF 124 V 29) et, sur les éléments ressortant de l'avis du psychiatre traitant, le Dr E\_\_\_\_\_, ce qui a été relevé précédemment valant également pour ce qui est de l'établissement du taux servant de base à la fixation de l'IPAI. Il découle en effet des explications du psychiatre traitant que l'on doit considérer les atteintes psychiques dont le recourant est affecté, comme des atteintes durables dont on doit s'attendre qu'elles persistent pour toute sa vie.

La fixation de ce taux devrait également tenir compte des principes rappelés ci-dessus (consid. 15), en ce qui concerne en particulier le rappel des règles à observer en cas de pluralité d'atteintes, ou si celle(s)-ci ne figure(nt) pas sur la liste des tables, de procéder par analogie avec les rubriques existantes dans les tables spécifiques, tenant compte de la gravité de l'atteinte.

---

La décision entreprise relève que, selon l'estimation du Dr H\_\_\_\_\_ du 23 avril 2013, et l'appréciation médicale du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2015, observant que le Dr H\_\_\_\_\_, tenait compte d'une cicatrice avec des séquelles à type d'allodynie ainsi que le taux de 5 % selon la table n° 18 pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions de la peau, était adapté aux séquelles rencontrées par l'assuré; l'intimée avait donc retenu ce taux, relevant qu'aucun avis divergent médicalement motivé ne mettait en doute l'avis des médecins d'arrondissement fondé sur le seul dommage organique important et durable résultant de l'accident assuré.

Force est toutefois de retenir les explications convaincantes de la Dresse G\_\_\_\_\_ ; selon ce médecin, les raideurs et les limitations consécutives à celles-ci sont de plus en plus importantes. Les douleurs ressenties par son patient sont d'origine nerveuse : elle explique que la plaie subie à la jambe gauche a été très profonde et surtout délabrante, ce qui a provoqué une cicatrisation anarchique, faite d'entremêlements de muscles et de fibres. Ainsi la nature de la cicatrice provoque, quasiment chaque fois que le patient produit le moindre effort, des tiraillements et dans cette mesure, des douleurs musculaires et nerveuses, décrites dans de précédents rapports et autres documents médicaux du dossier. Lié à cela, le testing de la force est beaucoup plus douloureux et la force moins bien tenue qu'il y a trois ans, car ses douleurs le font lâcher plus tôt. Le peu de force qu'il arrive à mettre, en plus, avant de lâcher, est faible. On la situe au 4/5 de la force normale. Il y a trois ans il tenait la résistance un petit moment, mais aujourd'hui il ne la tient pratiquement plus; ceci étant variable d'un muscle à l'autre, étant précisé que l'on a aujourd'hui plus de muscles faibles qu'il y a trois ans. Il convient d'observer que d'une part les explications détaillées de la Dresse G\_\_\_\_\_ n'ont pas encore été portées à la connaissance du service médical de l'intimée. D'autre part, selon les explications de cette dernière, les séquelles actuelles et durables du recourant, au membre inférieur gauche en particulier, ne tiennent pas seulement aux douleurs de type allodynique au niveau de la peau, à l'endroit de la cicatrice (fondement de l'appréciation médicale des médecins d'arrondissement de l'intimée et de l'évaluation de l'IPAI de 5 %, rappelé ci-dessus), mais bien plutôt d'une atteinte beaucoup plus importante, résultant précisément de cette cicatrisation anarchique ayant provoqué des enchevêtrements de muscles et de fibres, avec les conséquences décrites ci-dessus. A quoi s'ajoute l'impossibilité de résoudre cette situation par la chirurgie, sauf à risquer de provoquer des dégâts plus conséquents encore, comme elle le décrivait dans un précédent rapport, du 27 janvier 2016. Certes, le Dr K\_\_\_\_\_ s'était déjà prononcé sur ce rapport (voir à ce sujet l'évaluation de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 28 février 2017 p. 8). Il n'empêche que cette dernière, invitée à se prononcer sur cette question, en février 2017, reprenant les considérations du Dr K\_\_\_\_\_, a remarqué que, dans le cas présent, il ne s'agissait pas d'une plaie réalisée par un chirurgien, mais d'une plaie traumatique profonde allant jusqu'à l'os, s'accompagne de pertes musculaires, s'étant compliquées de douleurs de type allodynique. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la question du taux de l'IPAI comme cela lui était demandé, mais elle a conclu sur ce point que « nous (SUVA) ne sommes pas en

droit de minimiser les plaintes de (l'assuré) ». Or, dans la mesure où les explications du médecin traitant, entendu lors des enquêtes, vont plus loin que la description de simples douleurs allodymiques, la chambre de céans considère que l'intimée, aux termes de l'instruction complémentaire, devra réexaminer l'évaluation du taux de l'IPAI, comprenant également pour base la table 2 régissant l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, appliquée par analogie.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 18 novembre 2016 sera annulée. La cause est ainsi renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède au complément d'instruction sur le plan médical, au sens de ce qui précède, avant de rendre une nouvelle décision.
21. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
22. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 18 novembre 2016, et renvoie le dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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