

GE_GERICHTE ATAS/1511/2009 vom 30. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1511_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1511/2009 du 30 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1511/2009 del 30 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les séquences tardives invoquées sont postérieures à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours interjeté le 12 janvier 2009 contre la décision sur opposition du 11 décembre 2008 l'a été en temps utile, les délais étant suspendus du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c, 39 al. 1 et 60 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 3.1

et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre

A/85/2009 - 10/19 - l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 12 juin 2007.

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel et de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une

rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid.

E. 6

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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c; RAMA 2006 N° U 570 p. 74 consid. 1.5.2, U 357/04; 2005 N° U 557 p. 388 consid. 3.2, U 244/04). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; ATF non publié U 192/06 du 10 avril 2007, consid. 3.2.2).

E. 7

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que

A/85/2009 - 11/19 - l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur

des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 8

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, 1ère 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, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Cette indemnité sert à compenser un préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224, consid. 5.1). Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la

A/85/2009 - 12/19 - gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. 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, 113 V 221 consid. 4b, et les références; voir aussi ATF 125 II 175 consid. 2d). Selon l'art. 36 OLAA

édicte 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, 1ère 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, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). 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 (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. 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 124 V 209, consid. 4 a/cc et 116 V 157 consid. 3a).

E. 9

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'ins-truction 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 158 consid. 1b; ATF non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

A/85/2009 - 13/19 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procé-dure 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 li-tigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'af-faire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour les- quelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément dé- terminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa dé- signation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux impor- tants 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 in- terférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépen- dant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi long- temps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 10

En l'espèce, il y a d'abord lieu de se pencher sur la question de savoir quelle valeur probante peuvent se voir reconnaître les deux expertises auxquelles il a été procédé. a) Il convient de relever qu'au vu de la spécialisation de chirurgien-orthopédiste du Dr O _____, la pertinence des conclusions prises par ce dernier sur le plan psychiatrique est pour le moins douteuse, d'autant qu'il ne les motive aucunement. Dans la mesure où ce médecin a toutefois expressément réservé l'appréciation d'un expert psychiatre, cela ne saurait remettre en cause pour le reste la valeur probante de son rapport. En effet, ce dernier contient une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes du recourant et repose sur des examens cliniques complets. Le Dr O _____ a pris ses conclusions finales au terme d'une analyse exhaustive du dossier médical et radiologique, pour finir par une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et une appréciation justifiant la conclusion selon laquelle l'assuré dispose encore d'une capacité de travail entière. Les conclusions de l'expert sont cohérentes et motivées, en tant que, notamment, il explique que les nouvelles radiographies ne font pas état d'anomalie au niveau de la colonne lombaire pouvant expliquer les plaintes du recourant. Il précise qu'elles révèlent un très discret défaut de la réduction de l'articulation sacro-iliaque gauche et des calcifica-

A/85/2009 - 14/19 - tions au niveau de pubis qui, au vu de leur localisation, sont davantage attribuables au passé de footballeur du recourant qu'à l'accident. Il relève la discrépance entre les plaintes de l'expertisé et la clinique. Au recourant qui reproche au Dr O _____ un « raccourci méthodologique inacceptable » en concluant que ses atteintes n'ont pas de substrat somatique tout en admettant que l'assuré souffre physiquement, il convient d'expliquer que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. En l'occurrence, c'est donc à juste titre que l'expert a tenu compte des douleurs alléguées par le recourant, mais en a relativisé l'intensité en se fondant sur les limitations fonctionnelles objectivées, la mobilité mesurée lors de son examen clinique et les radiographies, c'est-à-dire sur des éléments objectifs, seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. ATF non publié I 366/05 du 12 juillet 2005). Partant, il est tout à fait cohérent que l'expert n'ait retenu aucune incapacité de travail. Quant au reproche fait à l'expert de n'avoir pas retenu de diminution de rendement alors qu'il a été reconnu que l'assuré doit alterner régulièrement les positions, il est également infondé. En effet, la douleur vient du fait de conserver longtemps la même position et le soulagement du simple fait d'en changer, de sorte qu'on ne saurait comprendre l'exigence de pauses régulières comme la nécessité d'interrompre ses occupations à intervalles donnés, mais comme le besoin de varier les angles de pression sur la zone corporelle lésée (ATF non publié 9C_33/2007 du 21 janvier 2008, consid. 4). Le recourant voit ensuite une imprécision dans le fait que le Dr O _____ ait finalement suivi l'avis du Dr P _____, qui préconisait la prise en charge d'un traitement de physiothérapie limité dans le temps. Ce

grief n'est pas non plus fondé car on ne voit pas en quoi ce changement d'opinion constituerait une imprécision ; il s'explique simplement par le nouvel éclairage que le Dr P_____ a donné en tant que rhumatologue. Qui plus est, le Dr O_____ a précisé dans son rapport complémentaire que le Dr P_____ partageait pour le reste ses conclusions. Par conséquent, il y a unanimité de vues entre l'expert et le Dr P_____.

A/85/2009 - 15/19 - En revanche, il est exact que les conclusions du Dr O_____ sont contraires à l'avis du Dr N_____. Toutefois, le médecin traitant n'a jamais produit que de brefs certificats médicaux (dans lesquels ne figuraient ni l'anamnèse, ni les plaintes du patient, ni les résultats de ses propres observations ou examens) sans jamais motiver les raisons qui l'ont conduit à reconnaître au recourant une incapacité totale de travail. Interrogé par le Tribunal de céans, il a du reste admis être dans l'incapacité d'évaluer précisément la capacité de travail de son patient. Il a simplement expliqué ne pouvoir imaginer quelle activité serait accessible à ce dernier dans la mesure où il est obligé de changer de position toute les quinze minutes. Or, le fait de devoir changer de position plusieurs fois par heure ne saurait rendre illusoire la mise en valeur de la capacité de travail d'un assuré (ATF non publié 9C_749/2007 du 25 juin 2008, consid. 2.2). En effet, alterner les positions signifie passer d'une position à l'autre au moins une fois dans le laps de temps défini pour soulager les tensions qu'une telle position est susceptible d'exercer sur la zone corporelle sensible (ATF non publié 9C_33/200, op. cit.). Enfin, 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 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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. Tel n'est pas le cas en l'espèce puisque le Dr N_____ ne fait mention d'aucun élément objectivement vérifiable que le Dr O_____ aurait omis de prendre en considération dans son rapport d'expertise. Par conséquent, ce dernier remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que le Tribunal de céans suivra ses conclusions et retiendra, en relation avec les troubles ostéo-articulaires, que l'assuré dispose encore d'une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire permettant l'alternance des positions assise et debout. b) Le Dr Q_____ a quant à lui mentionné une majoration de troubles physiques pour raisons psychologiques, des difficultés liées à l'emploi et au chômage ainsi que des difficultés liées aux conditions économiques. Il a précisé que les symptômes physiques paraissaient amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient de façon partiellement inconsciente et a finalement conclu à l'absence de diagnostic invalidant. Il a précisé que si certains rapports médicaux datant de 2000 mentionnaient les symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique avec altération relative de l'humeur, ces symptômes s'étaient amendés spontanément puisqu'il n'avait pu les observer lors de son examen. Le rapport du Dr Q_____ contient une anamnèse complète et un condensé des renseignements tirés du dossier. Il fait état des indications subjectives données par

A/85/2009 - 16/19 - le recourant, notamment de ses plaintes ainsi que du résultat des observations faites au cours des examens cliniques, corroborées par les résultats de tests psychométriques et d'examen paracliniques. Il procède à une discussion de l'ensemble

des renseignements recueillis et à une appréciation de la capacité résiduelle de travail. Enfin, ses conclusions sont motivées. Il explique notamment les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'incapacité de travail. Ses constatations sont, au demeurant, confirmées par le médecin traitant qui a déclaré, lors de son audition par le Tribunal de céans, que, dans les pires moments, les troubles du recourant pouvaient être qualifiés de dépression légère. Or, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance sociale, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans le cas de l'assuré. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Par conséquent, on ne saurait admettre, en accord avec les critères dégagés par la jurisprudence citée, que l'affection psychique présentée par le recourant revête un caractère incapacitant. Le recourant reproche à l'expert de n'avoir eu qu'une brève discussion avec lui. Ce grief n'est pas fondé. En effet, la durée de l'examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. La durée d'observation n'entre pas dans les critères retenus par la jurisprudence pour reconnaître un caractère probant à une expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). Le recourant voit ensuite une contradiction entre le fait que l'expert ait conclu à l'absence de troubles psychiatriques invalidants mais mentionné dans le même temps une majoration des troubles physiques pour des raisons psychologiques. On ne voit pas en quoi cela constitue une contradiction puisqu'aux yeux de l'expert, ce dernier diagnostic n'a pas de caractère invalidant. Par ailleurs, les considérations du recourant s'agissant de l'école psychiatrique de l'expert sont dénuées de pertinence dès lors que ce critère ne fait pas partie des

A/85/2009 - 17/19 - éléments déterminants pour évaluer la valeur probante d'un rapport d'expertise psychique. Enfin, l'argument du recourant selon lequel, sans l'accident, il ne serait pas dans l'état dans lequel il se trouve désormais est également dénué de pertinence. En effet, ce faisant, il tient un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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 (ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 3.2). Au vu des conclusions du Dr Q_____, il convient de retenir que les troubles psychiques dont souffre le recourant ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. c) En définitive, il n'existe donc aucune raison de s'écarter des conclusions des

ex- perts, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en oeuvre une nouvelle expertise (cf. appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et 119 V 344 consid. 3c). Il ressort des deux expertises qu'il n'y a pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée tant sur le plan physique que psychique et qu'un lien de causalité naturelle est seulement possible entre les plaintes actuelles du recourant concernant la sacro- iliaque et la colonne lombaire et l'accident. Or, un rapport de causalité qui n'est pas considéré comme au moins vraisemblable ne suffit pas pour retenir l'existence d'un lien de causalité entre des séquelles tardives et un accident d'autant plus qu'il s'est écoulé plus de sept ans entre la fin de l'incapacité de travail en 2000 et la nouvelle incapacité de travail attestée depuis le 12 juin 2007. Au vu de ce qui précède, la question du lien de causalité adéquate ne se pose pas. Enfin, il n'y a pas lieu d'examiner la question d'une éventuelle rente d'invalidité car, au vu du salaire mensuel de 2'143 fr. 40 réalisé par le recourant en 1999 et de celui qu'il pourrait obtenir dans une activité adaptée simple et répétitive, à savoir 4'437 fr. par mois (ESS, 2000, TA1, p. 31, niveau de qualification 4), il n'est pas concevable qu'il subisse une perte de salaire.

E. 11

Dans un deuxième grief, le recourant conteste le taux de son atteinte à l'intégrité fixée à 5%. Il reproche au Dr O_____ de ne pas avoir pris en considération ses douleurs orthopédiques et les problèmes d'ordre psychique provoqués par les sé- quelles esthétiques qui l'atteignent fortement dans son intimité.

A/85/2009 - 18/19 - En vertu de l'annexe 3 à l'OLAA, une très grave défiguration représente un taux d'atteinte à l'intégrité de 50%. Toutefois, selon son chiffre 2, en cas de perte par- tielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence. Il convient également de se référer par analogie à la table 18 de la SUVA (atteinte à l'intégrité en cas de lésions de la peau). D'après cette dernière, les cicatrices consécutives à des brûlures graves ne doivent être évaluées que lorsqu'el- les sont guéries et qu'elles ne sont plus susceptibles de se modifier sensiblement quant à leur aspect et au handicap fonctionnel qu'elles entraînent. En fonction de leur gravité et de leur étendue, l'atteinte à l'intégrité se situera entre 5% et 50% (grave défiguration). L'atteinte cosmétique sera également fixée en se référant à la perte du nez (30%) ou du pavillon de l'oreille (10%). Les cicatrices du visage et des mains constituent des atteintes nettement plus graves que celles des parties couver- tes. En dehors de l'aspect cosmétique, on prendra en compte le handicap fonction- nel causé par la cicatrice, en raison de rétractions, de vulnérabilité accrue de la peau; ainsi que de diminution durable de la sensibilité cutanée. Les atteintes partiel- les seront évaluées de la même façon que les troubles fonctionnels des extrémités (tables 1 et 2 de la SUVA). En l'espèce, les photographies prises par le Dr O_____ démontrent que la ci- catrice du flanc gauche est une atteinte importante à l'intégrité du point de vue es- thétique, qui, selon ses conclusions, est également durable. S'agissant de sa quotité, elle est moins importante que la perte d'une partie du visage telle que le nez ou le pavillon de l'oreille puisqu'elle est recouverte par les habits. L'expert a retenu qu'elle provoque un problème fonctionnel puisqu'elle se situe au niveau de la cein- ture des pantalons. Par conséquent, c'est à juste titre que le Dr O_____ l'a fixée à 5%. Les douleurs de la région lombaire et sacro-iliaque que le recourant in- voque ne sont pas en rapport de causalité vraisemblable avec l'accident de sorte qu'elles ne doivent pas être prises en considération pour fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité pas plus que l'aspect psychique. En effet, contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr Q_____ n'a pas

retenu que l'accident l'avait détruit psychiquement, mais au contraire, qu'il n'y avait ni plainte émise par le recourant, ni diagnostic invalidant et que les plaintes douloureuses s'inscrivaient dans une situation psychosociale complexe (cf. ATFA non publié U 143/02 du 25 octobre 2002, consid. 4.2).

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/85/2009 - 19/19 -

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