

# GE\_GERICHTE A/1352/2015 vom 20. Januar 2016

GE Cour de justice, 2016-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1352\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1352_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1352/2015 du 20 janvier 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1352/2015 del 20 gennaio 2016

## Erwägungen

### E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mike HORNUNG recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1984, a travaillé en tant que manœuvre. En 2005, il a subi un accident qui a entraîné une lésion à la main droite, dont les suites ont été prises en charge par la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'intimée).!endif]>![if> 2. L'assuré a suivi une formation de sertisseur prise en charge par l'office d'assurance-invalidité (OAI) dès le 1 er mars 2009. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles par la Suva. !endif]>![if> 3. Le 23 mai 2010, l'assuré a subi un accident alors qu'il circulait à moto. Il a dérapé sur du gravier et heurté les rails de sécurité. !endif]>![if> 4. L'assuré a été hospitalisé au centre hospitalier de la région d'Annecy du 23 mai au 4 juin 2010. Le diagnostic retenu par les médecins était celui de fracture comminutive trochantéro-dyaphysaire du fémur droit. Une réduction orthopédique et une ostéosynthèse par clou centro-médullaire avaient été réalisées.!endif]>![if> 5. Une radiographie réalisée le 1 er juillet 2010 par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence une fracture spiroïde comminutive du tiers proximal du fémur avec status post enclouage centro-médullaire verrouillé. Le matériel était intact, sans signe de résorption autour de celui-ci. Il n'y avait pas de signe de consolidation pour l'heure. !endif]>![if> 6. Dans son rapport du 2 juillet 2010, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de fracture du tiers moyen du fémur droit. Le traitement actuel consistait en une décharge avec des cannes. Il était trop tôt pour se prononcer sur un éventuel dommage. !endif]>![if> 7. Une nouvelle radiographie du 30 août 2010, réalisée par le Dr B\_\_\_\_\_, a révélé l'absence de signe net de consolidation. !endif]>![if> 8. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une IRM du genou de l'assuré en date du 2 septembre 2010. Il a conclu à l'absence de lésion cartilagineuse, méniscale ou ligamentaire et à une minime lame d'épanchement intra-articulaire, non significative. !endif]>![if> 9. Dans son rapport de radiographie du 1 er octobre 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté qu'en comparaison avec la radiographie du 30 août précédent, on observait un début de formation de cal osseux, notamment antérieurement. Le trait de fracture restait bien visible postérieurement.!endif]>![if> 10. A la même date, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une consolidation distale en cours et d'un retard dans la consolidation proximale. Le traitement actuel consistait en une décharge partielle. !endif]>![if> 11. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, la radiographie du 1 er novembre 2010 mettait en évidence un cal osseux en voie de formation. Il n'y avait pas de descellement du matériel. !endif]>![if> 12. Dans son

rapport du 7 décembre 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était lente. L'utilisation de cannes était progressivement arrêtée. L'assuré suivait des séances de physiothérapie. ![/endif]>![if> 13. La doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que la radiographie du 15 décembre 2010 révélait une discrète progression des signes de consolidation. Le matériel d'ostéosynthèse était toujours en position, sans argument en faveur d'un descellement. ![/endif]>![if> 14. Le 27 janvier 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50 % de l'assuré en tant que sertisseur dès le 1<sup>er</sup> février 2011. ![/endif]>![if> 15. Dans son avis du 28 janvier 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a rappelé que l'assuré était en stage pour être sertisseur. L'entreprise auprès de laquelle il était placé n'avait pour l'heure plus de travail à lui confier. Il y avait ainsi lieu de continuer à servir des indemnités journalières complètes jusqu'à l'abandon des cannes et à la consolidation osseuse. ![/endif]>![if> 16. Par entretien téléphonique du 28 janvier 2011, la Suva a informé l'assuré du fait qu'elle continuerait à lui reconnaître une pleine incapacité de travail jusqu'à l'abandon des cannes et à la consolidation osseuse. ![/endif]>![if> 17. La Suva a eu un entretien avec l'assuré en date du 4 février 2011. Ce dernier avait encore beaucoup de douleurs. Il se déplaçait à l'aide d'une canne. Il avait de plus en plus de mal à rester à la maison sans rien faire. ![/endif]>![if> 18. Le Dr B\_\_\_\_\_ a réalisé une radiographie de contrôle le 1<sup>er</sup> mars 2011, sur laquelle le trait de fracture dans la portion distale du site fracturaire était encore partiellement visible. ![/endif]>![if> 19. Le 31 mars 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ a signalé au Dr C\_\_\_\_\_ que sur les radiographies réalisées la veille, les traits de fracture étaient encore partiellement visibles, notamment dans la région distale du site fracturaire. ![/endif]>![if> 20. Dans son rapport du même jour, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le scanner du 30 mars 2011 permettait de conclure à un défaut osseux étendu sur le versant latéral du site fracturaire, ainsi qu'à des traits de fracture partiellement visibles dans la portion inférieure du site. Le reste des éléments osseux paraissait consolidé. ![/endif]>![if> 21. Le 4 avril 2011, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que le lien de causalité entre les troubles nécessitant une greffe était certain ou vraisemblable. Une incapacité de travail jusqu'à consolidation complète était prévisible selon le poste de travail. ![/endif]>![if> 22. Le 6 avril 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fracture du fémur droit et de pseudarthrose fémorale. Une reprise chirurgicale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse, greffe et nouveau clou s'imposait. ![/endif]>![if> 23. Le 10 mai 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a pratiqué une ablation de clou, un alésage, un réenclouage et une décortication-greffe. Le diagnostic était celui de pseudarthrose et défaut osseux cortical du fémur moyen droit. ![/endif]>![if> 24. Selon le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 15 juin 2011, la radiographie montrant le status à un mois de la décortication, de la greffe et du changement de clou révélait un matériel intact sans résorption et des îlots osseux compatibles avec les éléments greffés dans la zone de greffage, sans signe de consolidation pour l'heure. ![/endif]>![if> 25. Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué dans son rapport du 21 juillet 2011 que la radiographie réalisée trois jours plus tôt révélait un clou centro-médullaire bien en place et sans particularité. La décortication mi-diaphysaire latérale était inchangée par rapport aux comparatifs. La greffe osseuse était bien en place avec disparition du trait de pseudarthrose et un aspect plus dense de la greffe par rapport aux comparatifs, ce qui témoignait d'un processus de consolidation en cours. ![/endif]>![if> 26. Dans son rapport du 19 juillet 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que la consolidation était en bonne voie selon les radiographies. Un scanner était prévu à fin septembre. ![/endif]>![if> 27. Le scanner réalisé le 28 septembre 2011 par le Dr B\_\_\_\_\_ a révélé un

status satisfaisant post-cure de pseudarthrose, des ponts osseux étendus et la persistance d'une petite zone de perte de substance avec intégration partielle du matériel greffé visible sur le versant latéral du site fracturaire sur environ 4 cm de hauteur. Le matériel était intact. ![endif]>![if> 28. Dans son rapport à l'OAI du 14 novembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle dès le 3 octobre 2011, et totale dans une activité adaptée, assise, sans utilisation de pédale et ne nécessitant pas que l'assuré se lève sans arrêt. L'assuré pouvait ressentir des douleurs à la marche. ![endif]>![if> 29. Dans son rapport du 18 novembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que la consolidation était lente mais en cours. L'assuré présentait des douleurs aux adducteurs. Il a confirmé que la reprise du travail était possible à 50 % depuis le 3 octobre 2011. ![endif]>![if> 30. Dans son appréciation du 29 novembre 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ a résumé le dossier médical de l'assuré. Il a retenu qu'en cas de consolidation osseuse aboutie, une reprise du stage de formation dans l'horlogerie et sertissage pourrait être décidée, dès lors qu'il s'agissait d'une activité essentiellement assise. ![endif]>![if> 31. Le 19 janvier 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge un reclassement professionnel sous forme d'un stage pratique en tant que sertisseur du 16 janvier au 12 février 2012. Cette mesure a été prolongée au 30 avril 2013 par la suite. ![endif]>![if> 32. Lors de l'entretien du 14 février 2012 avec la Suva, l'assuré a signalé la persistance de douleurs. Il ne faisait plus de physiothérapie et ne prenait plus d'antalgiques, sauf en cas de douleurs vraiment trop fortes. ![endif]>![if> 33. Selon le rapport de réadaptation de l'OAI du 6 mai 2012, l'assuré avait démontré un très bon engagement lors du stage. Il rendait un travail d'une qualité irréprochable avec un bon auto-contrôle, mais un rendement encore faible, en progression. Selon l'entreprise, il devrait parvenir à une production permettant un engagement au mois de septembre. ![endif]>![if> 34. L'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de la Suva le 6 juin 2012. Il a déclaré qu'il ressentait encore quelques douleurs à la jambe, plus présentes au genou et à la hanche en fonction du temps. Il n'avait plus de traitement de physiothérapie. ![endif]>![if> 35. Le 17 juillet 2012, la Dresse E\_\_\_\_\_ a réalisé une radiographie de l'assuré. Par rapport à l'examen du 18 juillet 2011, l'évolution radiologique était favorable, avec pour l'heure un aspect dense et consolidé de la greffe osseuse au niveau de la diaphyse moyenne du fémur sur son versant latéral. ![endif]>![if> 36. Lors d'un entretien du 11 octobre 2012, l'assuré a indiqué que les douleurs persistaient. Il les ressentait dès qu'il marchait un peu plus longtemps. Il commençait à s'y faire. ![endif]>![if> 37. Le 21 février 2013, l'assuré a déclaré à la Suva qu'il ressentait toujours des douleurs, surtout lors des changements climatiques. Sa pratique du fitness lui permettait de récupérer de la force petit à petit. ![endif]>![if> 38. Le Dr G\_\_\_\_\_ a réalisé des radiographies du fémur de l'assuré en date du 8 mars 2013. Il a décrit une bonne consolidation de la fracture, sans argument de pseudarthrose ou de déplacement secondaire. ![endif]>![if> 39. Dans son rapport du 11 avril 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était bonne. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse aurait lieu à l'automne. ![endif]>![if> 40. L'assuré a été engagé en tant que sertisseur dès le 1 er mai 2013. Le salaire convenu était de CHF 6'000.- versé 12 fois l'an. ![endif]>![if> 41. Le Dr C\_\_\_\_\_ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 février 2014. ![endif]>![if> 42. Le 13 mars 2014, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel ce dernier avait droit à une rente entière d'invalidité du 1 er mai 2011 au 31 janvier 2012, sous réserve des indemnités journalières allouées pendant les mesures de reclassement. Le degré d'invalidité actuel était de 7 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. ![endif]>![if> 43. Selon les informations données par l'assuré à la Suva en date du 4 avril 2014, le

Dr C\_\_\_\_\_ lui avait prescrit un ultime bon pour des séances de physiothérapie, à l'issue desquelles le traitement pourrait être considéré comme terminé.![endif]>![if> 44. Dans son rapport du 14 avril 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a qualifié l'évolution de bonne, avec quelques douleurs aux cicatrices de la cuisse. Le traitement était terminé et le pronostic était bon. La reprise du travail était totale depuis le 31 mars 2014. Il a coché la case « Non » à la question « Faut-il s'attendre à ce qu'un dommage demeure ? Si oui, lequel ? », tout en mentionnant un raccourcissement du membre inférieur droit d'environ 1.5 cm. ![endif]>![if> 45. Dans son appréciation du 4 juillet 2014, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a noté que le bilan radiographique du 10 février 2014 confirmait la consolidation satisfaisante et définitive de la fracture du fémur droit. Il n'y avait pour l'heure pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité à proposer.![endif]>![if> 46. Par décision du 19 août 2014, la Suva a mis un terme au paiement des soins médicaux, hormis les médicaments antalgiques pour la main droite nécessaires en raison de l'accident de 2005. Selon l'appréciation médicale, il subsistait une atteinte à l'intégrité de 6 % pour les suites de l'accident de 2005, qui avait été versée en 2009. Le préjudice économique de l'assuré était inférieur à 10 % au vu de son engagement en tant que sertisseur. Les conditions d'octroi d'une rente n'étaient ainsi pas réalisées. ![endif]>![if> 47. Le 17 septembre 2014, l'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision en tant qu'elle ne lui octroyait pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité et refusait la prise en charge du traitement futur pour les suites de son accident de 2010. Sa jambe droite avait été raccourcie de quelque deux centimètres, et il devait porter une semelle orthopédique à vie, laquelle devait être remplacée environ deux fois par an. Malgré la stabilisation de son état, des hernies musculaires et un manque de force persistaient. Il souffrait de plus de douleurs constantes, nécessitant périodiquement des séances de physiothérapie. ![endif]>![if> Il a joint à son écriture un certificat du 16 septembre 2014 du Dr C\_\_\_\_\_, attestant de séquelles de l'accident avec un raccourcissement du membre inférieur droit de 2 cm, de hernies musculaires et d'un manque de force. Le défaut de longueur forçait l'assuré à porter des semelles orthopédiques à vie. 48. Les radiographies des membres inférieurs réalisées le 23 octobre 2014 par le service de radiologie des HUG à la demande de la Suva ont révélé que le fémur était de 49 cm à droite et de 50 cm à gauche. ![endif]>![if> 49. Le Dr I\_\_\_\_\_ s'est une nouvelle fois déterminé sur le cas de l'assuré en date du 28 octobre 2014. Les nouveaux éléments radiologiques, qui selon lui mettaient en évidence une différence de longueur de 14 mm, ne modifiaient pas son appréciation s'agissant de l'atteinte à l'intégrité. Ce point pourrait être revu en cas d'apparition d'arthrose ou de rechute. En revanche, il proposait d'accepter le remplacement des semelles orthopédiques et la poursuite de la prise en charge d'antalgiques à raison de deux emballages originaux par mois. Le traitement par physiothérapie n'était pas nécessaire en cas de port de la semelle. ![endif]>![if> 50. Par courrier du 31 octobre 2014, la Suva a communiqué à l'assuré les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_, et lui a demandé de lui indiquer s'il maintenait son opposition au vu de ces éléments.![endif]>![if> 51. Le 28 novembre 2014, l'assuré a pris note de la prise en charge de la semelle orthopédique et des médicaments antalgiques. Il maintenait toutefois son opposition au refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à la prise en charge de séances de physiothérapie. Il a contesté la différence de longueur des membres inférieurs retenue par le Dr I\_\_\_\_\_, affirmant qu'elle était de deux centimètres. Cette différence s'accompagnait d'un manque de force et de résistance, et de douleurs constantes. Le refus de séances de physiothérapie était contradictoire dès lors que la Suva admettait la prise en charge d'antalgiques. ![endif]>![if> 52. Par courrier du 29

janvier 2015, l'assuré a fait parvenir à la Suva un certificat établi le 23 janvier 2015 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, attestant d'une inégalité de longueur des membres inférieurs de 2.2 cm, mesurée sur une radiographie du bassin debout. L'assuré a précisé que le Dr J\_\_\_\_\_ se fondait sur de nouvelles radiographies réalisées le 22 janvier 2015. Par conséquent, il maintenait son opposition.![endif]>![if> 53. Le 25 février 2015, la Suva a obtenu les radiographies du bassin de face réalisées le 22 janvier 2015 par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie. Ce dernier décrivait une bascule du bassin à droite de 2.25 cm. ![endif]>![if> 54. Le Dr I\_\_\_\_\_ a procédé à une nouvelle appréciation du cas en date du 6 mars 2015. Après avoir examiné les radiographies du 22 janvier 2015, il a indiqué que l'évaluation la plus fiable pour mesurer la longueur des membres inférieurs était une radiographie des membres inférieurs en entier, de face. La radiographie du bassin ne permettait pas une mesure objective de la situation, car elle n'évaluait pas la globalité des membres inférieurs. L'examen des radiographies du Dr K\_\_\_\_\_ montrait simplement une bascule du bassin, mais ne reflétait pas la différence de longueur globale. La bascule du bassin n'était pas suffisante pour modifier la position de la Suva concernant le refus d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Quant à la physiothérapie, elle n'était pas utile car la situation post-traumatique était largement stabilisée. Sur le plan médical, on ne pouvait s'attendre à une amélioration musculaire après plusieurs années. Le Dr I\_\_\_\_\_ s'en tenait par conséquent à sa précédente appréciation.![endif]>![if> 55. Par décision du 11 mars 2015, la Suva a partiellement admis l'opposition en ce sens qu'elle prenait en charge les frais de traitement conformément aux conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ du 28 octobre 2014. Elle a relevé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé lors de la décision querellée. En l'absence de rente, l'assuré n'avait pas droit au traitement. Il ne pouvait ainsi prétendre à la prise en charge d'un traitement de physiothérapie, qui n'était de plus pas susceptible d'améliorer la musculature selon le Dr I\_\_\_\_\_. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué ne donnaient droit à aucune indemnité. La Suva ne pouvait se fier à la différence de longueur de 2.25 cm rapportée par le Dr J\_\_\_\_\_, conformément aux explications du Dr I\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 56. Par écriture du 24 avril 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer le raccourcissement du membre inférieur droit, et principalement à l'annulation de la décision, et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Il a répété que le raccourcissement de sa jambe était de 2.2 cm, et s'est prévalu d'un courrier du Dr J\_\_\_\_\_ du 7 avril 2015, qu'il a produit à l'appui de son recours. Afin de couper court à la controverse, une expertise devait être réalisée sur ce point. Le raccourcissement de 2.2 cm, accompagné d'une perte de résistance et de force, donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, conformément à la table 2 édictée par l'intimée. ![endif]>![if> Dans le courrier joint du 7 avril 2015 du Dr J\_\_\_\_\_, ce médecin a indiqué que s'il n'y avait pas de déformation de la cheville, du genou ou de la hanche dans le plan frontal ou sagittal, comme c'était le cas chez le recourant, le cliché du bassin debout de face était aussi fiable pour mesurer une égalité de longueurs qu'un cliché des membres inférieurs en entier, puisqu'on mesurait la différence de hauteur entre le centre des deux têtes fémorales par rapport au sol ou à toute autre référence au sol, dans le cas du bassin la partie supérieure du cliché radiologique, puisque ce dernier était effectué parallèlement au sol. Le cliché des membres inférieurs permettait de déterminer l'origine d'une inégalité des longueurs. Réaliser de nouvelles radiographies serait inutile. 57. Dans sa réponse du 26 mai 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Reprenant la teneur des rapports du Dr I\_\_\_\_\_, elle

a affirmé qu'aucun élément ne permettait de douter du bien-fondé de ces rapports, qui revêtaient ainsi une pleine valeur probante. 58. Par réplique du 16 juin 2015, le recourant a rappelé que les avis du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2014 et du Dr J\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2015 permettaient de mettre en doute l'avis du Dr I\_\_\_\_\_. Ce dernier n'avait d'ailleurs jamais rencontré le recourant. Il n'avait ainsi pas procédé à son anamnèse, n'avait pas entendu ses plaintes ni constaté les séquelles de l'accident. Il a persisté dans ses conclusions pour le surplus. 59. Dans sa duplique du 15 juillet 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a répété que selon son médecin d'arrondissement, seule une radiographie des deux membres inférieurs permettait une évaluation objective des membres inférieurs. Par ailleurs, il était inutile que le médecin d'arrondissement examine personnellement le recourant dans le cas d'espèce. Il y avait également lieu de tenir compte du fait que les médecins de famille étaient en cas de doute plutôt enclins à se prononcer en faveur des assurés. 60. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 16 juillet 2015. 61. A la même date, les parties ont été informées 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 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des séquelles de son accident du 23 mai 2010. 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). 6. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). 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 (al. 3, 1 ère phrase). L'annexe 3 à

l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le 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). 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. En cela, elle se distingue 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. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd. 2007, n. 235; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27).

7. Selon la table 2 d'indemnisation de l'intimée, concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, un raccourcissement du membre inférieur de 2 cm au maximum, sans autres altérations morphologiques ou fonctionnelles (par exemple un défaut de rotation ou un déplacement de l'axe), ne donne droit à aucune indemnisation. Un raccourcissement du membre inférieur de 3 à 4 cm correspond à une indemnité de 10 %, et un raccourcissement de 6 cm à une indemnité de 15 %.

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent

généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. En l'espèce, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu à un raccourcissement de 1.4 cm du membre inférieur droit du recourant dans son appréciation du 28 octobre 2014, se fondant sur des radiographies réalisées sur les membres inférieurs. Le recourant y oppose l'avis du Dr J\_\_\_\_\_, lequel se base sur une radiographie du bassin. Or, le Dr I\_\_\_\_\_ a exposé de manière circonstanciée pour quels motifs les clichés radiologiques de l'intégralité des membres inférieurs étaient plus sûrs que la méthode consistant à mesurer une différence de longueur sur la base d'une image du bassin dans son rapport du 22 janvier 2015. Ses explications sont motivées, claires et convaincantes. On ajoutera que dans son certificat du 7 avril 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ n'a pas nié la fiabilité de la méthode préconisée par le médecin d'arrondissement de la Suva. Celui-ci a toutefois affirmé que les radiographies du bassin

permettaient également d'apprécier une différence de longueur de manière fiable, en l'absence de déformation de la cheville, du genou ou de la hanche. Cela démontre cependant que la fiabilité d'une image du bassin n'est pas absolue – au contraire d'un cliché des membres inférieurs – puisqu'elle est assortie d'une réserve. Les indications du Dr J\_\_\_\_\_ tendent ainsi à corroborer les explications du Dr I\_\_\_\_\_ sur les mérites respectifs des examens radiologiques des membres inférieurs et du bassin. De plus, bien que le Dr J\_\_\_\_\_ ait précisé que le recourant ne présentait pas de déformation, on doit relever qu'il semble se fonder sur les seuls examens radiologiques du bassin, de sorte qu'on ignore comment il peut l'exclure de façon catégorique pour les chevilles ou les genoux. Le Dr J\_\_\_\_\_ a en outre souligné que les clichés des jambes entières permettaient de déterminer l'origine du raccourcissement. Cela signifie donc a contrario qu'une radiographie du bassin, si elle est à même, sous les réserves mentionnées par le Dr J\_\_\_\_\_, de mettre en évidence une différence de longueur globale, est moins précise que l'examen des membres inférieurs dans leur intégralité. En effet, elle ne permet pas d'isoler les éventuelles différentes origines de raccourcissement du membre inférieur pouvant contribuer à l'inégalité de longueur totale, alors que l'intimée ne répond en l'espèce que de la réduction imputable à l'accident, soit celle du fémur. ![endif]>![if> De plus, si les deux méthodes sont fiables et qu'aucune déformation ne permet d'écarter les résultats de l'imagerie du bassin, il aurait été utile que le Dr J\_\_\_\_\_ explique la différence de résultats. On soulignera qu'il ne semble pas imputer cette divergence à la qualité des examens et des documents radiologiques à disposition, puisqu'il a précisé que de nouvelles radiographies étaient inutiles dans son attestation d'avril 2015. La chambre de céans relève de plus que l'évaluation du Dr I\_\_\_\_\_ est quasiment identique à celle d'avril 2014 du Dr C\_\_\_\_\_, qui, alors que cette question n'était pas litigieuse, avait fait état d'un raccourcissement d'environ 1.5 cm et exclu un dommage permanent. Ce médecin a certes mentionné par la suite une diminution de longueur de 2 cm. Cette nouvelle évaluation figure toutefois dans un certificat établi à la demande du recourant, qui entendait s'en prévaloir dans son opposition, et le Dr C\_\_\_\_\_ n'expose pas pour quels motifs il s'écarte de sa première appréciation. Partant, on ne peut reconnaître de valeur probante à son certificat. Le recourant fait encore grief à l'intimée de s'être fondée sur l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, alors que ce médecin ne l'a pas examiné. C'est cependant le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 474/04 du 4 mai 2005 consid. 4.1). Au vu de l'aspect technique du point à élucider en l'espèce, il était inutile d'examiner personnellement le recourant. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas de l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant présente un raccourcissement du membre inférieur droit de 1.4 cm. Le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer la différence de longueur de ses membres inférieurs. Un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts, 2 ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, au vu du caractère probant des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_, une nouvelle expertise s'avère inutile. La requête du recourant sera ainsi rejetée. 10. Par surabondance, on soulignera que même s'il fallait retenir un raccourcissement du membre inférieur de 2.2 cm, comme le suggère le Dr J\_\_\_\_\_, une différence de longueur inférieure à 3 cm ne donne pas droit à une indemnisation. L'annexe 3 à l'OLAA précise certes que pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il convient d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte. Cependant, même s'il fallait admettre qu'un raccourcissement inférieur à 3 cm mais supérieur à 2 cm peut donner droit à une indemnisation - bien que la table 2 ne la prévoie pas -, la comparaison des différents taux d'indemnisation fixés révèle qu'au-delà de 2 cm, chaque incrément de 2 cm donne droit à une indemnisation de 5 % au plus. Dans ces conditions, les 2 millimètres dépassant 2 cm donnent droit proportionnellement à une indemnité de moins de 5 %. Or, l'annexe 3 à l'OLAA dispose que les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué ne donnent droit à aucune indemnité. La décision de l'intimée doit ainsi être confirmée pour ce motif également. 11. Mal fondé, le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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