

## GE\_GERICHTE A/85/2009 vom 30. November 2009

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_85\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_85_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/85/2009 du 30 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE A/85/2009 del 30 novembre 2009

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.11.2009  
A/85/2009

A/85/2009 ATAS/1511/2009 du 30.11.2009 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/85/2009  
ATAS/1511/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES Chambre 3 du 30 novembre 2009 En la cause Monsieur G \_\_\_\_\_,  
domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel  
MEYER recourant contre VAUDOISE ASSURANCES, sise Place de Milan, LAUSANNE  
intimée EN FAIT Monsieur G \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981,  
a travaillé en tant qu'aide de cuisine non qualifié dès le 25 avril 1999 au service de  
X \_\_\_\_\_ SA. À ce titre, il était couvert contre le risque d'accidents professionnels et  
non professionnels par LA VAUDOISE ASSURANCES (ci-après : l'assurance). Le 16 juin  
1999, l'assuré - qui circulait sur un vélomoteur volé et sans permis de conduire - a remonté  
par la droite une file de véhicules. Arrivé à la hauteur d'un camion, la pédale droite de son  
engin a heurté le trottoir ce qui a provoqué un choc entre ce dernier et la roue arrière droite  
du camion et, par voie de conséquence, la chute de l'assuré. Celui-ci a été admis aux soins  
intensifs de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) où il a  
séjourné jusqu'au 25 juin 1999. Durant son hospitalisation, l'intéressé a subi une  
ostéosynthèse de la symphyse pubienne; s'y sont ajoutés la confection d'une colostomie  
terminale, la réparation de l'appareil sphinctérien puis un débridement du flanc et de la  
fesse gauches, un débridement journalier du 20 au 22 juin 1999 et enfin, un dernier  
débridement et la fermeture du décollement du flanc gauche. Dans son rapport de sortie du  
28 juin 1999, la Dresse L \_\_\_\_\_, interniste, a mentionné une fracture ouverte du bassin  
avec disjonction symphysaire et fracture sacro-iliaque droite, une plaie périnéale avec  
rupture postérieure du sphincter externe et un important décollement pariétal du flanc, du  
dos, de la cuisse et de la fesse gauches. L'assuré a été à nouveau hospitalisé du 1<sup>er</sup> juillet  
au 1<sup>er</sup> septembre 1999, cette fois à la clinique d'orthopédie des HUG. Dans son rapport de  
sortie, le Dr M \_\_\_\_\_, chef de clinique, a indiqué que le patient avait été opéré le 15  
juillet 1999 pour évacuer un volumineux abcès de la région pré-sacrée, du flanc et de la  
fesse gauches. Suite à cette dernière intervention, l'assuré avait subi journellement jusqu'au  
21 juillet 1999 des débridements et lavages sous anesthésie générale. Le 30 juillet 1999, une  
nouvelle intervention avait été pratiquée pour fermer la plaie iliaque droite. Puis, le 6 août  
1999, les plaies lombaires et iliaques à gauche avaient été fermées avant qu'il ne soit  
procédé, le 20 août 1999, à l'obturation de la plaie pré-sacrée. Dans un rapport ultérieur  
établi en date du 15 février 2000, le Dr M \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics  
précédemment posés et attesté une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> juillet 1999 et pour  
une durée indéterminée. Dans un nouveau rapport du 27 juin 2000, le Dr M \_\_\_\_\_ a  
indiqué avoir examiné pour la dernière fois le patient le 16 février 2000. Toutes les plaies

étaient fermées. Des douleurs résiduelles dans la région sacro-iliaque persistaient, ainsi que des deux côtés en cas de station debout prolongée. Le contrôle radiologique montrait une ostéosynthèse de la symphyse en place avec consolidation des différentes fractures. Il n'y avait pas de signe de résorption ou de lyse osseuse. Le problème majeur pour lequel l'assuré avait été adressé à son médecin traitant était un trouble dysthymique post-traumatique. L'assureur accidents a versé à l'intéressé une indemnité journalière pour incapacité de travail totale du 17 juin 1999 au 4 avril 2000 et pris en charge les divers traitements. Dans un rapport du 22 octobre 2007, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin traitant, a fait état de douleurs sacro-iliaques et sacrées chroniques et d'une perte de substance importante de la région lombosacrée et lombaire et de la fesse gauches. Il a indiqué que son patient devait alterner les positions couchée et debout et la marche pour éviter des douleurs permanentes. Le 23 novembre 2007, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté une totale incapacité de travail du 12 juin au 20 décembre 2007. Le 9 janvier 2008, un gestionnaire de l'assurance-accidents a procédé à l'audition de l'assuré. Ce dernier a déclaré qu'en 2000, après sa convalescence, il avait pu vivre normalement et n'avait été limité que par des douleurs dorsales à l'effort. Il avait alors vécu de missions temporaires (chantier, vente, informatique) auxquelles s'était ajoutée une activité nocturne de disc jockey dans diverses discothèques ; il était parti au Portugal à la fin 2004, puis au Brésil avec sa femme dès février 2005 ; ils y avaient géré un salon de beauté et un magasin de cosmétiques ; à son retour en Suisse, il avait déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-chômage qui l'avait rejetée, de sorte que, depuis le printemps 2006, il vivait de l'aide sociale. Les douleurs dans le bas du dos, entre le bassin et la colonne, étaient réapparues petit à petit depuis 2007. Elles le faisaient désormais souffrir en permanence et l'empêchaient de rester debout plus d'une heure. Au début de l'année 2007, le Dr N\_\_\_\_\_ lui avait prescrit des médicaments mais n'avait procédé à aucun examen radiologique. A la demande de l'assureur-accidents, le Dr O\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH a procédé à une expertise et rendu son rapport en date du 26 février 2008. L'assuré lui a précisé avoir repris une activité en septembre 2000 et avoir dû y renoncer en 2004 en raison de l'augmentation progressive des douleurs. Il s'est plaint de souffrir aux niveaux de la région lombaire, de l'hémi-bassin et de la fesse gauches, expliquant que les douleurs survenaient après cinq minutes de position statique ou 15 minutes de marche, ce qui nécessitait de fréquents changements de position. A l'examen clinique, l'expert a constaté d'importantes cicatrices du flanc et du haut de la cuisse gauches, une palpation de la cicatrice douloureuse au moindre contact, un aspect dépressif de l'assuré, tant dans ses paroles que dans son comportement, et un certain manque de cohérence dans ses propos. Le bassin était équilibré et la mobilité de la colonne lombaire satisfaisante. L'assuré se relevait sans douleur et l'inclinaison latérale était normale. Il n'avait pas manifesté le désir de changer de position ou de se lever pendant la durée de l'expertise. L'expert a fait procéder à des radiographies du rachis lombaire et du bassin qui ont révélé une sclérose des articulations des inter-apophysaires de la jonction lombo-sacrée et sacro-iliaques d'allure mécanique banale. En définitive, l'expert a retenu à titre de diagnostics ayant un rapport avec l'accident, des douleurs lombaires lombo-pelviennes post-traumatiques, un status après fracture ouverte du bassin en 1999, des séquelles cicatricielles au niveau du flanc et de la fesse gauches et un syndrome psycho-organique post-traumatique. Il a conclu que le rapport de causalité entre les plaintes et l'accident n'était que possible à l'exception du préjudice esthétique avec lequel le lien de causalité était certain. Selon l'expert, le patient pouvait être considéré comme stabilisé sur le plan ostéoarticulaire et l'on pouvait exiger de lui qu'il exerçât à 100% une activité dans un

travail sédentaire ou suivre un stage de réadaptation professionnelle à temps complet sous réserve d'un problème psychologique à investiguer par un spécialiste. L'expert a conclu à une atteinte à l'intégrité physique de 5% sur la base de la table 18 de l'annexe 3 à l'ordonnance applicable en la matière. Dans un rapport du 29 février 2008, le Dr P \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a indiqué avoir examiné l'assuré le 28 février 2008. L'intéressé se plaignait de douleurs à la fesse gauche en position statique, accentuée à la marche. A l'examen, le médecin a dit avoir constaté un dos plat avec une importante contracture paralombaire large, une rétraction de l'ilio-psoas, une discrète boiterie gauche à la marche, une nette diminution de la possibilité de la mobilisation de la charnière lombo-sacrée à gauche et des articulations sacro-iliaques ainsi que de « nettes tensions des structures fessières à droite (gauche ?) ». Il a estimé que l'anamnèse était compatible avec la décompensation progressive post-traumatique d'importantes contractures/rétractions musculaires régionales (muscles ilio-psoas, fessiers) et du sacrum. Il a préconisé une prise en charge en physiothérapie de réadaptation à raison de 15 à 20 séances s'inscrivant dans les suites directes de l'accident. Dans un complément d'expertise rédigé le 10 mars 2008, le Dr O \_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'assureur-accidents pouvait prendre en charge le traitement de physiothérapie en le limitant à 15 séances sur une durée de trois mois. Il a précisé que le Dr P \_\_\_\_\_ était pour le surplus d'accord avec les conclusions de son expertise. A la demande de l'assureur-accidents, le Dr Q \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH auprès de la clinique CORELA, a procédé à son tour à une expertise. Dans son rapport du 8 mai 2008, l'expert dit avoir observé que l'assuré ne formulait pas de plaintes particulières sur le plan psychique, mais exprimait un sentiment de révolte et d'injustice envers les instances asséculo-logiques. A l'examen clinique, l'expert a été frappé par une certaine passiveté, sans altération concomitante de l'humeur. Il a indiqué qu'aucun des éléments permettant de poser le diagnostic d'épisode dépressif n'était présent. Hormis quelques inquiétudes réactionnelles à un manque d'argent, les symptômes psychiques étaient particulièrement rares puisque l'expertisé était capable d'être détendu et à l'aise dans une situation psychosociale pourtant difficile. Sur l'échelle de Hamilton, le score était de 6 et donc insuffisant pour conclure à un trouble anxieux spécifique au sens de l'ICD-10. Il n'y avait pas non plus de trouble de somatisation ou apparenté, car même s'il était difficile de se déterminer quant à une explication médicale objective des plaintes du patient, il existait une discrédance entre lesdites plaintes et l'éventuelle cause organique sous-jacente ; qui plu est, l'expert n'avait pu relever six symptômes de type gastro-intestinal, cardio-vasculaire ou génito-urinaire surajoutés aux troubles déjà décrits. Le Dr Q \_\_\_\_\_ a fait remarquer que de toute façon, les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à ce type de douleurs n'étaient pas réalisés puisqu'il n'y avait aucune comorbidité psychiatrique, perte d'intégration sociale ou état psychique cristallisé mais qu'en revanche, l'assuré retirait de nombreux bénéfices secondaires de sa situation (s'il travaillait, ses salaires seraient saisis pour éponger ses dettes). L'expert a relevé un faisceau d'indices en faveur de traits d'une personnalité dyssociale. En définitive, l'expert a retenu les diagnostics de majoration de troubles physiques pour raisons psychologiques (F68.0), difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et difficultés liées aux conditions économiques (Z59). Il a conclu, sur le plan psychique, à l'absence de diagnostic invalidant, expliquant que les plaintes douloureuses émises par le patient s'inscrivaient dans le cadre d'une situation psychosociale complexe permettant de soupçonner un certain degré de surcharge psychique et, par conséquent, la présence d'une amplification des plaintes. De nombreux facteurs étrangers à l'accident

influençaient le cours de la guérison en ce sens qu'il existaient d'importants bénéfices secondaires à l'incapacité de travail. Par courrier du 26 mai 2008, l'assureur-accidents a communiqué à l'assuré une copie des rapports d'expertise et l'a informé qu'au vu des conclusions de ces derniers, il ne pouvait pas lui reconnaître d'incapacité de travail. Par décision séparée du même jour, l'assurance a accordé à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 5% correspondant à une somme de 4'860 fr. Les 21 juin et 4 juillet 2008, l'assuré a formé opposition à cette décision, alléguant que les deux experts étaient de mauvaise foi et avaient déformé ses propos. Il a admis avoir travaillé en tant que disc-jockey pendant une année et demie, expliquant qu'après sa convalescence, les douleurs lombaires et sacro-iliaques avaient disparu au point qu'il avait pu reprendre le football mais qu'elles s'étaient manifestées à nouveau à la fin de l'année 2005. Il a affirmé ne pouvoir rester assis pendant plus de 15 minutes et ne pouvoir pas se concentrer. Le 10 juillet 2008, l'assureur-accidents a rendu une décision refusant le versement d'une indemnité journalière au motif que, selon les expertises médicales, l'assuré était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à son état de santé. Dans un courrier du 11 juillet 2008, l'assuré a précisé que son désaccord avec les expertises concernait l'évaluation de sa capacité de travail et non celle de l'atteinte à son intégrité. Il a produit un certificat du Dr N \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail du 12 juin 2007 au 6 août 2008. Dans un rapport du 2 septembre 2008, le Dr P \_\_\_\_\_ a indiqué que la physiothérapie de réadaptation débutée le 9 mai 2008 avait permis progressivement une amélioration de l'examen clinique mais avait eu peu d'effets sur la symptomatologie rapportée à l'anamnèse. Lors de la dernière consultation du 29 août 2008, seule persistait une très discrète dysfonction au niveau du bassin, de type essentiellement musculaire. Dans son complément d'opposition du 30 septembre 2008, l'assuré a relevé que la décision de l'assurance ne mentionnait pas précisément en quoi consisterait l'activité adaptée qu'il était prétendument capable d'exercer. Il a allégué qu'il faudrait tenir compte de ses diverses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire de la nécessité d'éviter les déplacements à pied, les positions statiques et le port de charges. Selon lui, l'importance de ces limitations fonctionnelles ne permettait pas d'exiger de sa part la reprise d'une activité sédentaire à plein temps. L'assuré a en outre fait grief à l'assureur de n'avoir pas pris en compte sa symptomatologie dépressive. Sur ce point, il a allégué que la procédure de l'expertise psychiatrique était hautement critiquable puisque les experts de la clinique CORELA avaient une approche cognitivo-comportementaliste impliquant que toute personne était examinée selon un schéma identique. Par ailleurs, il a contesté les conclusions de cette expertise au motif que ses problèmes de concentration ne lui permettraient pas d'exercer une activité de bureau. Il a demandé à être mis au bénéfice d'indemnités journalières en attendant une stabilisation de son état de santé et à ce que le taux de l'atteinte à son intégrité soit porté à 30% pour tenir compte des répercussions négatives que sa mutilation entraînait sur le plan psychique et des douleurs qu'elle générait. Le 20 octobre 2008, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OCAI) a rejeté la demande de prestations dont il avait été saisi. Son service médical, se basant sur les expertises effectuées pour le compte de l'assurance-accidents, avait conclu que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte incapacitante. L'assuré a interjeté recours contre cette décision (procédure ouverte sous le n°A/4194/2008). Par décision sur opposition du 11 décembre 2008, l'assureur accidents a confirmé sa décision du 10 juillet 2008. Il a souligné que la question du lien de causalité n'était pas contestée, raison pour laquelle il avait accepté de prendre en charge le traitement de physiothérapie proposé par le Dr P \_\_\_\_\_, et que le litige portait uniquement sur la

question du droit à une indemnité journalière et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'assurance a estimé que les expertises des Drs O \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle a fait remarquer que, contrairement à ce que soutenait l'assuré, il n'y avait pas de contradiction manifeste entre elles, le Dr O \_\_\_\_\_ n'étant pas à même de se prononcer sur un diagnostic relevant de la psychiatrie. Il ressortait clairement de leurs conclusions que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire de type sédentaire et permettant l'alternance des positions assise et debout. La question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré n'était pas déterminante pour la question du droit à l'indemnité journalière. Quant à l'atteinte à l'intégrité, il ne faisait aucun doute que, sur le plan esthétique, l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé. Le taux de 5% ne pouvait être que confirmé puisqu'à la suite du traitement de physiothérapie, la clinique s'était améliorée et la symptomatologie douloureuse avait diminué modérément en intensité. Par acte du 12 janvier 2009, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans. Il conclut, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, principalement et sous suite de dépens, à l'octroi soit d'indemnités journalières pour une perte de gain de 100% soit d'une rente d'invalidité complémentaire de 50% au moins à compter du 1er juillet 2007 et enfin, à ce que lui soit allouée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%. Il allègue souffrir notamment d'apathie et de dépression liées surtout à son handicap mais aussi à l'aspect inesthétique des séquelles. Il invoque également une fatigue ainsi que des troubles de la concentration et du sommeil dus essentiellement à la symptomatologie algique. S'agissant de l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, le recourant ne conteste pas les diagnostics retenus. En revanche, il fait grief au Dr O \_\_\_\_\_ d'une part, d'avoir estimé, après avoir admis qu'il souffrait physiquement, que ses atteintes étaient sans substrat somatique, d'autre part, d'avoir émis des conclusions en contradiction avec le fait d'avoir finalement reconnu que des séances de physiothérapie étaient nécessaires et avec l'avis de son médecin traitant. S'agissant de l'expertise psychiatrique, le recourant reproche au Dr Q \_\_\_\_\_ de s'être forgé une appréciation erronée de sa situation médicale et personnelle sur la base d'une seule brève discussion avec lui. Il allègue que les conclusions de cet expert sont hâtives et contradictoires dans la mesure où le médecin pose le diagnostic d'absence de troubles psychiatriques invalidants mais retient une majoration de troubles physiques pour raisons psychologiques. Selon le recourant, il convient dès lors de se référer à l'appréciation de son médecin traitant, plus réaliste. Eu égard à son statut de manuel et à ses multiples atteintes physiques, il soutient ne plus disposer d'aucune capacité résiduelle de travail dans son domaine d'activité et fait grief aux experts de ne pas avoir admis de diminution de rendement. Il relève qu'avant son accident, il n'avait rien d'une personne dépressive ou physiquement affectée et affirme que son plus grand désir est de pouvoir retravailler. Il en veut pour preuve le fait d'avoir réintégré la vie active rapidement après son accident. Quant à l'atteinte à l'intégrité, le recourant conteste que les douleurs aient diminué à la suite du traitement de physiothérapie et soutient avoir été moralement brisé par l'accident. Dans sa réponse du 10 février 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a observé que, sur le plan psychique, en l'absence de plaintes et de diagnostic psychique invalidant, l'éventuelle amplification des plaintes d'origine psychologique ne saurait constituer une atteinte véritable pour laquelle il y aurait lieu de déterminer le lien de causalité avec l'accident. Quant à la capacité de travail de l'assuré, l'intimée fait valoir que les considérations du Dr N \_\_\_\_\_, non motivées et fondées pour l'essentiel sur les plaintes du patient, ne sont pas suffisantes pour mettre en doute le bien-fondé des

conclusions unanimes des experts. Elle ajoute que même si le recourant est avant tout un manuel, plusieurs activités lui restent ouvertes, dans le domaine de la vente ou de la surveillance, par exemple. Par écriture du 20 mars 2009, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes. Dans le cadre de la procédure ouverte en matière d'assurance-invalidité (A/4195/2008), le Dr N\_\_\_\_\_ a été entendu par le Tribunal de céans, le 7 mai 2009. Le témoin a déclaré que l'arrêt de travail du recourant depuis juin 2007 était motivé en premier lieu par les douleurs lombo-sacrées qui obligeaient l'assuré à changer de position toutes les quinze minutes environ. Il a expliqué que ces douleurs étaient dues à une importante asymétrie fessière et dorsale compensatrice. Le témoin a fait part de sa perplexité quant à savoir quelle profession pourrait être considérée comme adaptée. Il s'est déclaré incapable d'évaluer précisément la capacité de travail de son patient. Il a fait le reproche aux Drs O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ d'avoir nié la souffrance de son patient dont lui-même pouvait témoigner. Le témoin a expliqué que l'asymétrie fessière et dorsale était présente depuis l'accident mais que ses conséquences s'étaient évidemment aggravées au fil du temps, malgré les antalgiques et les séances de physiothérapie. Il a estimé que les conséquences de cette asymétrie en termes de dévalorisation de l'image de soi, les conflits avec les assurances et les difficultés du recourant à retrouver un travail avaient sans doute eu une répercussion sur son état psychique, qu'il a décrit comme fluctuant et pouvant, dans les pires moments, être même qualifié de dépression légère. EN DROIT 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 séquelles tardives invoquées sont postérieures à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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). Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 12 juin 2007. 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. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre 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). 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). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 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). 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). 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 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 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). 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). 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 158 consid. 1b; ATF non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). 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 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 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 calcifications 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 discrédance 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. ATFA 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 \_\_\_\_\_. 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 paraissent 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 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'examens 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 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 experts, 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. 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 séquelles esthétiques qui l'atteignent fortement dans son intimité. 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 partielle 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'elles 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 couvertes. En dehors de l'aspect cosmétique, on prendra en compte le handicap fonctionnel 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 partielles 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 cicatrice du flanc gauche est une atteinte importante à l'intégrité du point de vue esthétique, 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 ceinture 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 invoque 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). Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le