



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2584/2019

ATAS/490/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, ANNEMASSE, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel
BERGMANN

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1985, était employé en qualité de maçon par l'entreprise B_____, par contrat de mission, à compter du 11 février 2008. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA – Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA ou l'assureur ou l'intimée). Il a été licencié avec effet au 7 mai 2008.
2. Le 16 mars 2008, l'assuré circulait sur la route cantonale reliant Saignelégier à Les Genevez, canton du Jura, lorsqu'il a été victime d'une collision à environ 60 km/h avec un véhicule venant de côté, qui n'avait pas respecté une obligation de céder le passage. L'intervention d'une découpeuse de métal a été rendue nécessaire pour libérer la jambe gauche de l'assuré, laquelle était coincée.
3. Souffrant d'une fracture à la cuisse gauche et d'amnésie concernant le déroulement de l'accident, l'assuré a été emmené au service des urgences du centre hospitalier de Bienne, où il a été hospitalisé jusqu'au 25 mars 2008.
4. À teneur du rapport de sortie du centre hospitalier précité, daté du 26 mars 2008, les diagnostics posés suite à l'accident étaient les suivants : commotion cérébrale, fracture déplacée de la diaphyse fémorale gauche, plaie de lacération-contusion du compartiment médial du genou droit, contusion de la clavicule gauche, contusion des muscles biceps brachiaux des deux côtés, suspicion de contusion rénale dans le cadre d'une microhématurie et présence d'air libre supputée dans l'espace rétropéritonéal à hauteur du ligament de Treitz. Le traitement prodigué était le suivant : ostéosynthèse avec verrouillage dynamique d'un clou fémoral le 17 mars 2008, débridement et suture de la plaie du genou droit le 17 mars 2008 et observation stationnaire de la commotion.
5. Le 27 janvier 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI).
6. Le 11 mars 2009, l'assuré a été examiné par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport y consécutif, la fracture du fémur gauche, traitée chirurgicalement, était consolidée. Les problèmes résiduels étaient constitués par une amyotrophie de la cuisse et une symptomatologie douloureuse liée à un clou proéminent au niveau du grand trochanter gauche. La lésion de C6 avait évolué favorablement avec une récupération complète. Un séjour en clinique de réadaptation était conseillé pour réentraînement en vue de la reprise d'une activité professionnelle.
7. À la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 28 avril au 16 mai 2009. Dans leur rapport du 14 juillet 2009, établi à l'issue du séjour, les médecins de la CRR ont notamment retenu les diagnostics suivants : accident de la voie publique le 16 mars 2008 avec traumatisme cranio-cérébral (TCC), fracture transverse comminutive du tiers moyen du fémur gauche, contusion claviculaire et du biceps brachial des deux

côtés, suspicion de contusion rénale, possible air rétropéritonéal, plaie du genou droit, lésion traumatique de la racine C6 droite et lésion d'une dent supérieure à pivot. Ces atteintes avaient nécessité les interventions suivantes : ostéosynthèse avec verrouillage dynamique d'un clou fémoral expert du fémur gauche le 17 mars 2008, débridement et suture de la plaie du genou droit le 17 mars 2008, ablation des deux vis de verrouillage distales pour retard de consolidation du fémur gauche le 25 août 2008. Enfin, les médecins de la CRR ont également fait état de troubles neuropsychologiques post TCC et d'état de stress post-traumatique.

Quand bien même la fracture était consolidée, l'assuré se plaignait toujours de douleurs du fémur gauche au niveau de la fesse et du genou vraisemblablement en lien avec le matériel d'ostéosynthèse. La poursuite de la physiothérapie ambulatoire à but de renforcement musculaire et d'endurance à la marche en sec et en piscine avait été proposée à l'assuré. Au terme du bilan, les médecins avaient également constaté un TCC léger, avec des troubles neuropsychologiques modérés (troubles attentionnels, ralentissement, difficultés d'apprentissage verbal et d'accès lexical), avec toutefois une amélioration des tests en fin de séjour. Sur le plan psychiatrique, un état de stress post-traumatique, d'intensité légère, a été diagnostiqué. Un suivi psychothérapeutique ambulatoire était conseillé mais l'assuré n'était pas prêt à l'effectuer. Selon les médecins de la CRR, il était souhaitable de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse quatre mois après environ avant d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. Pour eux, la situation médicale n'était pas stabilisée.

8. Le 1^{er} décembre 2009, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à l'ablation du clou au niveau du fémur gauche.
9. En raison de la symptomatologie psychique post-traumatique, le Dr D_____ a adressé l'assuré au docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a posé, dans un bref rapport non daté mais vraisemblablement établi au cours du mois de janvier 2010, le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (F43.1) au vu des plaintes mentionnées par l'assuré. Par la suite, le médecin a noté une discrète amélioration globale. Selon le Dr E_____, l'évolution des troubles psychiques était influencée par celle des troubles physiques.
10. Dans un bref rapport du 15 février 2010, le Dr D_____ a fait état d'une lente amélioration de l'état de santé de l'assuré, toutefois encore douloureux. L'assuré avait un meilleur moral. Les douleurs du grand trochanter s'étaient améliorées et une reprise d'une activité professionnelle à 50 % était envisageable.
11. À la demande de la SUVA, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie et toxine botulique. Selon le rapport du 23 février 2010, l'examen neurologique était normal. L'atrophie de la cuisse droite paraissait en rapport avec le problème orthopédique et non pas liée à une atteinte neurologique périphérique ou centrale. Les réflexes étaient vifs et

symétriques. L'examen électroneuromyographique (ENMG) du membre supérieur droit était normal. Compte tenu de ce qui précède, le Dr F_____ n'avait pas d'élément en faveur d'une atteinte radiculaire aux membres supérieurs. En outre, il ne retenait pas de déficit central ou périphérique aux membres inférieurs, le handicap du membre inférieur gauche paraissant de nature orthopédique. Enfin, le Dr F_____ ne s'était pas prononcé sur les séquelles neuropsychologiques évaluées en 2009 et qui persistaient encore selon l'assuré, avec des oublis fréquents et des difficultés de concentration.

12. Le 29 juin 2010, l'assuré a été examiné par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA. Selon le rapport du même jour, l'assuré était dans un bon état général et se déplaçait sans boiterie. Aucun défaut d'axe n'avait été constaté au niveau des membres inférieurs, dont les masses musculaires n'étaient pas asymétriques. La marche sur les talons et la pointe des pieds comme l'accroupissement se faisaient sans difficultés. La flexion/extension au niveau des genoux était complète et symétrique et la palpation indolore. Lors de l'examen, il n'y avait plus aucun élément plaidant en faveur d'une algodystrophie au niveau de la cuisse et du genou. L'examen n'avait ainsi mis en évidence aucune limitation fonctionnelle ni anomalie pouvant expliquer l'intensité des douleurs ressenties. Si le problème cicatriciel pouvait représenter une gêne, il n'était en aucun cas à l'origine des phénomènes douloureux. Sauf complication peu probable au niveau de la fracture, les douleurs exprimées par l'assuré n'étaient vraisemblablement pas uniquement dues à des facteurs anatomiques. Cela étant, quelle qu'en soit l'origine, la situation de l'assuré ne permettait pas la reprise de son activité professionnelle de sorte qu'une réorientation professionnelle, avec l'aide de l'assurance-invalidité, devait être envisagée au plus vite.
13. Suite au rapport du Dr G_____ du 29 juin 2010, la Zurich compagnie d'assurances SA (ci-après : la Zurich ou l'assureur RC), assurance responsabilité civile du conducteur fautif, a mis en place une mesure d'évaluation, qui s'est tenue aux établissements publics pour l'intégration (EPI) du 31 janvier au 29 avril 2010. Lors de ladite évaluation, l'assuré avait de la peine à maintenir une position de travail, y compris sur le court terme. Il était resté très centré sur sa problématique et ses douleurs. Ses capacités étaient toutefois compatibles avec une activité adaptée, permettant les alternances de positions, à temps partiel (alors de 50 %), avec un rendement de 80 % à 100 % dans le circuit économique normal. Une formation en bureautique et une formation sur AutoCAD (2D, 3D et stage en entreprise de technicien dessinateur dans le secteur public) du 26 mai au 30 novembre 2011 lui ont été proposées.
14. Le 30 mars 2011, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Selon le rapport du 31 mars 2011, établi consécutivement à cet examen, le médecin précité confirmait les constatations de son confrère, le Dr G_____, s'agissant de la disparition de l'algodystrophie. En revanche, il retenait l'existence d'une hernie musculaire

séquentaire de la chirurgie pratiquée pour la cure de la fracture du fémur gauche. La symptomatologie évoquée par l'assuré au niveau de la cuisse gauche et des hanches (douleurs diurnes et nocturnes, de type mécanique, augmentées par les efforts, partant du genou et arrivant en haut de la hanche gauche) ne paraissait pas en accord avec l'hernie musculaire précitée. Lesdites douleurs, désormais situées au niveau de la hanche droite, non touchée dans l'accident, évoquaient plutôt un cas d'amplification de la symptomatologie. Sur le plan orthopédique, une cure chirurgicale de l'hernie musculaire pouvait être proposée, sans que la disparition des douleurs à la suite de l'intervention ne puisse être garantie. Après une éventuelle cure et sauf complications, une capacité de travail entière, y compris dans des activités physiques, pourrait être envisagée. À ce moment-là, dans le cadre de l'examen de la capacité de travail, l'importance de séquelles non organiques devait être évaluée. Enfin, l'état orthopédique de l'assuré ne donnait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

15. Un nouvel examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr H_____, a eu lieu le 12 mars 2012. Selon le rapport y relatif, l'assuré avait refusé l'intervention au niveau des hernies musculaires étant donné qu'il n'avait pas de symptômes douloureux à cet endroit. Sur le plan professionnel, il avait suivi une formation mais n'avait pas fait le stage en entreprise dès lors qu'il lui était demandé de rester assis entre 1h30 et 5h30, avec des pauses de 10 minutes, ce qui lui paraissait insurmontable. Le projet de formation professionnelle, dans l'attente d'un stage, était par conséquent en suspens. Après avoir résumé les plaintes de l'assuré et ses constatations cliniques, le Dr H_____ a posé les diagnostics de status après fracture diaphysaire moyenne du fémur droit, accident du 16 mars 2008, traitée par clou fémoral et suivie d'une ablation du matériel sans complications majeures, et de douleurs chroniques. Subjectivement, l'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la hanche, du genou et de la cuisse à gauche. Objectivement, l'examen clinique pratiqué était dans la norme, sans anomalie clinique décelable. Dans la mesure où les hernies musculaires étaient peu symptomatiques, il n'était pas nécessaire de procéder à une intervention chirurgicale. Devant les plaintes persistantes et inexplicables de l'assuré, la réalisation d'une IRM des hanches était exceptionnellement proposée. Sous réserve du résultat de l'IRM précitée, la situation était stabilisée sur le plan orthopédique et il n'y avait plus aucun traitement orthopédique susceptible d'améliorer, de façon notable, les séquelles de l'accident assuré. Par ailleurs, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était justifiée.
16. L'IRM préconisée par le Dr H_____ a été effectuée le 20 mars 2012. Selon le rapport y relatif, l'examen précité avait pour but d'évaluer la trophicité du moyen fessier, de la vascularisation de la tête fémorale et des tissus mous péri-articulaires. L'IRM en question a révélé de banales séquelles post-opératoires comprenant les traces du clou centro-médullaire retiré au niveau du fémur et des remaniements

fibrocatriciels des tissus mous péri-trochantériens, sans pathologie musculotendineuse et notamment amyotrophie associée.

17. Le 26 mars 2012, le Dr H_____ a procédé à une appréciation complémentaire suite à l'IRM du 20 mars 2012. Après avoir rappelé que l'examen clinique du mois de mars 2012 n'avait pas mis en évidence d'anomalie clinique (limitation de la mobilité ou séquelles de la fracture fémorale gauche) et que l'IRM avait confirmé l'absence d'anomalie organique objective dans les suites de la fracture, le Dr H_____ a considéré que du point de vue purement orthopédique, il n'y avait pas d'élément médical objectif permettant de justifier une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Dans ces circonstances, l'exigibilité du point de vue orthopédique était totale pour toute activité, y compris les activités physiques. Le Dr H_____ n'entendait pas se prononcer sur les facteurs non organiques grevant vraisemblablement l'évolution du cas. Afin de préparer la liquidation du cas, un séjour à la CRR était préconisé.

18. Comme préconisé par le Dr H_____, l'assuré a fait un second séjour à la CRR, du 11 avril au 2 mai 2012. Dans leur rapport du 18 juin 2012, établi à l'issue du séjour, les médecins de la CRR ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques du membre inférieur gauche et les diagnostics secondaires suivants : contusion de la main droite le 23 avril 2012 ; accident de la voie publique le 16 mars 2008 avec TCC léger avec troubles neuropsychologiques modérés, fracture transverse comminutive du tiers moyen du fémur gauche, contusion claviculaire du biceps brachial des deux côtés, plaie du genou droit, lésion traumatique de la racine C6 droite, lésion d'une dent supérieure à pivot ; ces atteintes avaient nécessité les interventions suivantes : infiltration péri-articulaire de la hanche gauche, ablation du clou du fémur gauche le 1^{er} décembre 2009, ablation des deux vis de verrouillage distal pour retard de consolidation du fémur gauche le 25 août 2008, ostéosynthèse avec verrouillage dynamique d'un clou fémoral Expert du fémur gauche le 17 mars 2008, débridement et suture de la plaie du genou droit le 17 mars 2008. Enfin, les médecins ont également retenu le diagnostic d'antécédent d'état de stress post-traumatique d'intensité légère en 2009.

Lors de son admission, l'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la hanche, de la cuisse et de la fesse gauches, se péjorant par des positions statiques prolongées ou par l'effort prolongé. Il était également sensible aux changements de météo. Enfin, se sentant diminué, notamment vis-à-vis de ses enfants, il souffrait d'une baisse de moral.

Au status, les médecins de la CRR ont relevé deux petites hernies musculaires au niveau de la cuisse, sur les cicatrices du clou fémoral. La palpation provoquait des douleurs au niveau de l'insertion du grand droit sur l'épine iliaque supérieure, de l'insertion du fessier au niveau du grand trochanter et en profondeur au niveau des muscles de la fesse. Le reste du status et les amplitudes étaient dans la norme.

Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic n'avait été retenu, le tableau clinique actuel de l'assuré étant rassurant et ne révélait aucune psychopathologie notoire. Les psychiatres avaient toutefois constaté une certaine ambivalence, l'assuré étant désireux de bénéficier d'une aide à la réinsertion professionnelle tout en mettant en avant ses limitations dues à la douleur, avec des plaintes douloureuses ayant pris le dessus pendant le séjour. L'assuré attendait la disparition totale de ses douleurs et de ses limitations pour pouvoir entreprendre une réinsertion professionnelle. Le traitement Anafranyl à visées antalgique et anxiolytique avait été maintenu. Pour le psychiatre de la CRR, les enjeux principaux dans le contexte du séjour semblaient être une clarification de la situation médicale puis asséculoologique afin de l'inscrire concrètement dans un projet de réinsertion.

Les séances de physiothérapie n'avaient mené à aucune amélioration chez l'assuré qui était fixé et limité par les douleurs ressenties.

Sur le plan socio-professionnel, l'assuré a effectué une mini évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) et a participé aux ateliers professionnels. Au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités physiques par le patient), le score était de 125, avant la réalisation des différents tests, score correspondant à des activités exigeant un niveau d'effort léger. La volonté de l'assuré à donner le maximum aux tests a été qualifiée d'incertaine. En effet, l'assuré avait fréquemment interrompu les tests prématurément en raison de la douleur et de son impression de ne pas pouvoir en faire plus ou les tests avaient été entrecoupés par de nombreuses pauses. Lors des tests liés au port de charge, l'assuré avait adopté une attitude douloureuse marquée (épargne du membre inférieur gauche), en contradiction avec le status locomoteur, lors duquel il n'y avait aucune épargne. Lors de ces mêmes tests, il avait été en mesure de soulever des poids de 25 kg horizontalement, de 37.5 kg à hauteur de taille et de 22.5 kg à hauteur de tête. De la main droite, il avait pu porter des charges de 22.5 kg. En statique, il avait pu pousser 26 kg et tirer 41 kg. En revanche, en dynamique, il avait été en mesure de pousser et de tirer sans limitation. L'évaluatrice a relevé les éléments suivants : décharge du membre inférieur gauche, boiterie, posture figée ou anormale, frottements et/ou soutiens de la hanche gauche, mimiques douloureuses, soupirs, plaintes très fréquentes et spontanées des douleurs et comportement démonstratif.

19. Pendant les ateliers de deux heures consécutives maximum, l'assuré avait des difficultés à maintenir les positions assise et debout prolongées. Il était en outre très démonstratif, avec une tendance à rester centré sur sa problématique et ses douleurs, ce qui l'empêchait de se projeter dans un processus de réadaptation professionnelle. Les positions suivantes engendraient une légère difficulté (5-24 %) : s'asseoir, se mettre debout, se pencher, déplacer le centre de gravité, subir des vibrations ou des contrecoups, rester assis, rester debout, se transférer en position assise, marcher sur de courtes distances, marcher en terrain plat et monter et descendre des escaliers. Le port de charges et le déplacement d'objets avec les

membres inférieurs n'avait pas été testé dans le cadre des ateliers professionnels. L'assuré avait bien exécuté un travail au gravographe et avait réalisé sans difficulté un inventaire. Il n'avait cependant pas été en mesure d'effectuer les exercices basiques sur AutoCad de sorte que l'activité avait dû être interrompue. Le port de charges impliquant des éléments très légers, pesant moins de 5 kg, était possible.

Pour conclure, les médecins de la CRR ont considéré que la situation médicale était stabilisée. Les limitations fonctionnelles relevées concernaient la position assise ou debout prolongée, la montée et la descente d'escaliers, la marche prolongée et le port de charges. La capacité de travail était nulle dans son activité habituelle d'aide-maçon. En revanche, dans une activité adaptée, plutôt sédentaire ou avec une alternance des positions assise/debout et permettant des pauses de 5-10 minutes régulièrement (par exemple une fois par heure), la capacité de travail était totale. Un changement de profession était par conséquent indiqué. Cela étant, le retour à une activité professionnelle risquait d'être difficile étant donné que l'assuré avait des attentes envers les assurances pas toujours réalistes et qu'il restait centré sur ses douleurs et dans l'attente d'une réparation complète.

20. Selon l'appréciation du 23 juillet 2012 du Dr H_____, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans l'activité adaptée décrite par les médecins de la CRR. Par ailleurs, son état de santé ne donnait pas lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les frais à la charge de la SUVA se limitaient uniquement au traitement antidouleur prescrit par son médecin traitant et à un suivi médical espacé.
21. Sur le plan psychique, le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré, dans son appréciation du 8 août 2012, que selon le rapport de la CRR, il n'y avait plus de problématique psychique de sorte qu'il n'y avait plus lieu de se prononcer sur la question de la causalité naturelle. Tout au plus pouvait-on redouter d'éventuelles difficultés psychiques essentiellement en lien avec les incertitudes qui persistaient et qui étaient génératrices d'une anxiété chez l'assuré.
22. Se fondant sur les appréciations des Drs H_____ et I_____, la SUVA a informé l'assuré, par courrier du 16 octobre 2012, qu'elle allait mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2012. À cette date, elle se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité
23. Le 6 novembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 27 janvier 2009, l'assuré ne remplissant pas les conditions d'assurance, dès lors qu'il ne présentait pas, lors de la survenance du cas d'assurance, les trois ans de cotisations nécessaires à l'octroi de prestations.
24. Par décision du 5 février 2013, la SUVA a considéré que l'assuré était capable d'exercer une activité légère dans diverses branches de l'industrie ou du commerce. À titre d'exemples, elle a cité les activités d'ouvrier magasinier, de distributeur de messagerie ou d'employé auprès de la grande distribution. Ces activités, exercées à

plein temps, lui permettraient de réaliser un revenu de CHF 4'594.-. Comparé au gain de CHF 4'805.- réalisable sans accident, une perte économique de moins de 10 % en résulterait, ce qui était insuffisant pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité.

25. À la demande de l'assureur RC, une surveillance de l'assuré a été mise en œuvre par des détectives privés français entre le 20 octobre et le 15 novembre 2012.
26. Par écriture du 6 mars 2013, l'assuré a formé opposition à la décision du 5 février 2013, concluant à son annulation, à la constatation que le cas n'était pas stabilisé, à la poursuite de la prise en charge du traitement médicamenteux et psychiatrique, au versement d'indemnités journalières à 100 %, au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %. Subsidiairement, l'assuré concluait à l'annulation de la décision, à la poursuite de la prise en charge du traitement médicamenteux et psychiatrique, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %.
27. Le compte-rendu de surveillance établi par les détectives français (cf. ci-dessus : ch. 25) a été transmis à l'assuré qui a considéré, par courrier du 17 juillet 2013, que ce rapport était dirigé, tronqué, destiné à faire croire qu'il tentait de tromper les assureurs. En substance, la surveillance avait touché une période particulière, où il avait dû emmener son cousin à la préfecture à Lyon et au Forum réfugiés pour l'enregistrement d'une demande d'asile. Pour faire ces trajets, il était fortement médicalisé et avait dû se reposer à plusieurs reprises.
28. Par décision du 4 avril 2014, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en allouant une rente d'invalidité de 14 % à compter du 1^{er} janvier 2013. Dans sa décision sur opposition, la SUVA a remplacé deux des descriptions des postes de travail (DPT) retenues dans la décision querellée. Compte tenu des pauses de 5 à 10 minutes nécessaires toutes les heures, le rendement était réduit de 12,5 % (valeur moyenne), de sorte que le revenu avec invalidité s'élevait à CHF 49'406.-. Après comparaison des revenus, la perte s'élevait à 14,32 %. S'agissant des troubles psychiques, la SUVA a considéré que les conditions en matière de causalité adéquate n'étaient pas réalisées de sorte que l'assuré devait s'adresser à son assureur-maladie français pour la prise en charge des conséquences desdits troubles. Une fois la décision sur opposition entrée en force, la SUVA examinerait la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
29. Le 22 mai 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 4 avril 2014.
30. Par arrêt ATAS/88/2016 du 3 février 2016, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a rejeté le recours, motif pris que les conditions permettant de reconnaître à l'assuré une rente d'invalidité plus importante n'étaient pas réalisées. En effet, la question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 16 mars 2008 et les éventuels troubles psychiques pouvait rester ouverte, étant donné que la causalité adéquate devait de toute manière être niée. Sur le plan somatique, les

conditions évoquées n'étaient pas non plus remplies ; il y avait lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport de la CRR du 18 juin 2012, complété le 17 janvier 2014, et considérer que l'assuré pouvait travailler dès le 1^{er} janvier 2013 à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Enfin, il n'y avait pas lieu de s'écarter du revenu d'invalidé, déterminé au moyen des DPT, sous déduction d'une diminution de rendement de 12,5 %, pour permettre à l'assuré de prendre une pause de 5-10 minutes toutes les heures. Non contesté, cet arrêt est devenu définitif.

31. Le 5 novembre 2018, l'assuré a demandé à la SUVA si la décision relative à l'octroi d'une atteinte à l'intégrité, évoquée dans la décision sur opposition du 4 avril 2014, avait été rendue dans l'intervalle. Dans la négative, il invitait la SUVA à rendre une décision.
32. Le 19 février 2019, la SUVA a informé l'assuré qu'elle organiserait prochainement un examen médical auprès de son médecin d'arrondissement afin d'examiner le droit à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité.
33. Le 25 mars 2019, l'assuré s'est soumis à l'examen médical évoqué et le médecin d'arrondissement de la SUVA a rendu ses conclusions le 27 mars 2019. Après avoir listé les pièces du dossier qui lui avaient été transmises du 17 mars 2008 à ce jour, le Dr H_____ a recueilli les déclarations de l'assuré. Ce dernier a affirmé qu'il n'y avait aucune gêne actuellement, aucun traitement pour la colonne cervicale, ni aucune anomalie résiduelle pour la contusion de la clavicule droite. S'agissant de la plaie du genou droit, il y avait une gêne de temps en temps, avec parfois des douleurs, surtout en fin de journée. Quant au status post fracture du fémur avec hernie musculaire – laquelle n'avait jamais été opérée –, la douleur était toujours présente depuis le dernier entretien avec le Dr H_____. À cet égard, l'assuré se plaignait de douleurs en fin de journée, après son travail (contrôleur technique à plein temps, depuis octobre 2016, dans une entreprise de décolletage en France). À l'examen clinique, le Dr H_____ a noté que la marche se faisait sans boiterie et qu'elle était normale sur la pointe des pieds et des talons. Il pouvait s'accroupir sans difficulté. L'appui monopodal était normal des deux côtés. Il en allait de même du saut monopodal. La colonne cervicale, dont la mobilisation était indolore, se caractérisait par l'absence de trouble à la rotation ainsi qu'à l'inclinaison latérale du rachis. L'examen des membres supérieurs permettait de confirmer l'absence de limitation fonctionnelle articulaire et révélait une force musculaire de 5/5 de l'ensemble des muscles des membres supérieurs. La fonction neurologique de ces derniers était également normale.

S'agissant des membres inférieurs, la mobilité des hanches était normale en flexion des deux côtés. La rotation externe et interne était sensible avec des amplitudes dépassant les 60° en rotation externe et de 30° en rotation interne. L'abduction était complète à plus de 60° les genoux fléchis. En position debout, on constatait sur le bord extérieur de la cuisse, en regard de la cicatrice, trois excroissances d'aspect bombé (soit des hernies musculaires) qui étaient de consistance souple et facilement

réductibles par voie chirurgicale. Concernant le genou droit, la cicatrice était calme, sans inflammation et non adhérente au plan profond. Cette cicatrice ne limitait toutefois pas les flexions/extensions du genou droit qui étaient normales. Quant au genou gauche, il était sec, stable et sans aucun signe d'arthrose ni d'augmentation de son diamètre par rapport au côté controlatéral. Un examen neurologique des membres inférieurs permettait de confirmer l'anomalie de la force musculaire et de la sensibilité. Les chevilles et les pieds étaient sans anomalie particulière.

Au vu de ces éléments, le Dr H_____ a posé les diagnostics suivants :

- status après accident de la voie publique en 2008, avec fracture du fémur consolidée ;
- hernie musculaire de petite taille, réductible.

Dans l'appréciation consécutive du cas, le Dr H_____ a estimé que l'évolution globale de l'accident du 16 mars 2008 était largement favorable, avec une récupération complète des amplitudes articulaires. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle à l'examen clinique. Le seul point retrouvé lors de l'examen du 25 mars 2019 concernait l'existence de trois hernies de petite taille localisées à la partie latérale de la cuisse gauche, que l'assuré refusait de faire opérer. Aussi, le Dr H_____ a-t-il considéré qu'il n'y avait pas de modification de la situation « asséculoologique » par rapport aux examens précédents et qu'il ne pouvait que confirmer l'absence d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) indemnisable. Le Dr H_____ a précisé que son évaluation de l'IPAI, qui n'atteignait pas le taux indemnisable de 5 % et ferait l'objet d'une appréciation séparée « à des fins purement juridiques », avait été faite par rapport aux hernies et aux douleurs que présentait l'assuré.

34. Le 28 mars 2019, le Dr H_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 0 %. Selon les tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, publiées par la SUVA, aucune indemnisation ne se justifiait pour des douleurs correspondant à celles de l'assuré. Quant aux hernies musculaires constatées, elles ne donnaient pas lieu à une indemnité car elles étaient susceptibles d'être corrigées complètement avec une intervention à faible risque chirurgical.
35. Par décision du 4 avril 2019, la SUVA a refusé l'octroi d'une IPAI à l'assuré, motif pris que les conclusions médicales de l'examen du 25 mars 2019 ne retenaient pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique dans le présent cas.
36. Par pli du 16 avril 2019, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle contrôlait actuellement la poursuite de son droit à la rente d'invalidité.
37. Le 25 avril 2019, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant à son annulation, à l'octroi d'une IPAI d'au moins 35 %, à la communication de l'intégralité du dossier – dont le rapport établi par le médecin d'arrondissement suite à l'examen du 25 mars 2019 ainsi que l'intégralité de la correspondance échangée avec la Zurich –, à ce que la SUVA indique si la décision entreprise, non

signée, émanait d'un organe compétent de la SUVA autorisé à prendre des décisions, et enfin, que la SUVA autorise l'assuré à compléter son opposition, une fois qu'il aurait eu accès au dossier intégral lui permettant de motiver en toute connaissance de cause son opposition.

À l'appui de ses conclusions, l'assuré a reproché à la SUVA d'affirmer « sans justification aucune », que son atteinte n'était pas importante, ce qui était constitutif d'un déni de justice formel, de sorte que le manque de motivation l'empêchait d'argumenter son opposition. En outre, il y avait lieu de relever que la décision querellée du 4 avril 2019 n'était pas signée et portait la mention « ce document est valable sans signature ». Par ailleurs, il convenait de rappeler que s'agissant de l'activité professionnelle envisageable pour l'assuré, le rapport du 18 juin 2012 de la CRR relevait que « les limitations [concernaient] la position debout ou assise prolongée, la montée ou la descente des escaliers, la marche prolongée [et] les ports de charges [mais que] dans une activité adaptée, plutôt sédentaire avec alternance des positions assise/debout et permettant des pauses d'environ 5-10 minutes régulièrement (par exemple 1 fois par heure), la capacité de travail [était] totale ». De même, le fait de présenter une capacité de travail définitivement nulle dans la profession d'aide-maçon (cf. le rapport du 18 juin 2012 de la CRR précité) et d'être bénéficiaire d'une rente d'invalidité LAA de 14 % depuis six ans démontrait en tout cas une atteinte importante à la capacité de travail et donc à l'intégrité physique.

38. Le 9 mai 2019, la SUVA a transmis à l'assuré une copie des appréciations des 27 et 28 mars 2019 du Dr H_____.
39. Le 27 mai 2019, l'assuré a complété son opposition du 25 avril 2019 en faisant savoir à la SUVA qu'il contestait la teneur des déclarations que le Dr H_____ lui prêtait dans son rapport du 27 mars 2019. En effet, ce n'était pas uniquement en fin de journée, après son travail, que l'assuré ressentait des douleurs. Celles-ci étaient présentes en permanence et beaucoup plus importantes et intenses en fin de journée. Les constatations de ce médecin étaient également contestées en tant qu'elles faisaient état d'une marche sans boiterie ; même s'il était vrai qu'il ne boitait pas sur 5 mètres, il n'en demeurait pas moins que lorsqu'il était à son lieu de travail, il ne marchait pas droit et boitait dès la mi-journée. Par ailleurs, il avait des craquements dans la hanche depuis qu'on lui avait enlevé la broche. En outre, la position debout stationnaire était douloureuse, tant et si bien qu'il s'était avéré nécessaire, le 15 avril 2019, de procéder à une infiltration à la hanche pour atténuer des douleurs devenues trop fortes au point qu'elles l'empêchaient quasiment de dormir. Pour corroborer ces affirmations, l'assuré a versé au dossier une attestation établie le 28 mai 2019 par le docteur J_____, rhumatologue à Annemasse, par laquelle ce praticien certifiait avoir réalisé, le 17 avril 2019, une infiltration du grand trochanter de la hanche gauche avec un corticoïde retard. S'agissant des hernies, l'assuré avait refusé une intervention chirurgicale en raison des risques qui lui avaient été décrits, en particulier celui de toucher un nerf lors d'une telle opération. Enfin, dans la mesure où le rapport du 27 mars 2019 du

Dr H_____ mentionnait qu'un examen neurologique des membres inférieurs permettait de confirmer l'anomalie de la force musculaire et de la sensibilité, l'assuré a invité la SUVA à lui faire parvenir les résultats de cet examen, ainsi que la correspondance échangée entre la SUVA et la Zurich.

40. Par décision du 5 juin 2019, la SUVA a rejeté l'opposition à la décision du 4 avril 2019, motif pris que le seul point retrouvé à l'examen clinique concernait trois petites hernies de petite taille, localisées à la partie latérale de la cuisse. Celles-ci ne donnaient pas lieu à une indemnité car de l'avis du Dr H_____, elles étaient susceptibles d'être corrigées complètement au moyen d'une intervention à faible risque chirurgical. Aucun élément ne permettait de douter du fait que le Dr H_____ avait repris les déclarations de l'assuré. De plus, ce médecin avait examiné et constaté une évolution favorable de la situation. Le fait que l'assuré ait bénéficié, le 17 avril 2019, d'une infiltration du grand trochanter de la hanche gauche ne permettait pas de douter de l'estimation du Dr H_____. Par ailleurs, à la lecture du dossier, force était de constater qu'à plusieurs reprises, il avait été fait état d'une discordance entre les troubles déclarés et les constatations objectives.
41. Par pli du 7 juin 2019 à la SUVA, l'assuré a indiqué avoir noté que l'examen neurologique des membres inférieurs mentionné par le Dr H_____ avait été effectué par ce dernier et non pas par un neurologue. En outre, il était contradictoire, de la part de ce médecin, d'affirmer d'une part, qu'il existait une anomalie de la force musculaire et d'autre part, de conclure qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. Enfin, l'assuré a invité une nouvelle fois la SUVA à lui transmettre une copie de la correspondance que celle-ci avait échangée avec la Zurich.
42. Par décision du 10 juillet 2019, la SUVA a supprimé la rente d'invalidité du recourant avec effet au 1^{er} juin 2019.
43. Le 8 juillet 2019, l'assuré, agissant par l'intermédiaire de son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition du 5 juin 2019, concluant à son annulation, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de produire l'intégralité du dossier – dont la correspondance échangée avec la Zurich, relative aux prétentions récursoires de la SUVA à l'encontre de cette société, à la mise en œuvre d'une expertise aux fins d'évaluer le taux d'atteinte à l'intégrité dont le recourant était victime, à ce qu'il lui soit alloué une IPAI qui s'élèverait à un montant fondé sur une atteinte de 35 % ou du pourcentage que fixerait l'expert.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a soutenu que le refus de l'intimée de lui transmettre la correspondance que cette dernière avait échangée avec la Zurich violait son droit d'être entendu, l'empêchant ainsi de développer en toute connaissance de cause l'intégralité des arguments qu'il pourrait faire valoir dans son recours, raison pour laquelle la décision sur opposition entreprise devait être annulée. Se posait en outre la question de savoir si la décision (initiale) du 4 avril

2019 n'était pas simplement nulle, vu qu'elle n'était pas signée. En toute hypothèse, la décision du 4 avril 2019 devait être annulée puisqu'elle se bornait à affirmer que le recourant n'avait pas droit à une atteinte à l'intégrité et qu'elle « ne [remplissait] donc pas les réquisits d'une opposition ». Quant à la décision sur opposition querellée, elle se fondait essentiellement sur l'appréciation du Dr H_____ du 27 mars 2019, en particulier « [l'absence de] limitation fonctionnelle à l'examen clinique ». Or, cette affirmation était en contradiction avec les constatations faites par le Dr H_____ lui-même, d'après lesquelles l'examen neurologique des membres inférieurs confirmait l'anomalie de la force musculaire et de la sensibilité. Selon le recourant, s'il y avait une telle anomalie, il en résultait nécessairement une limitation fonctionnelle. Par ailleurs, celui-ci a contesté une nouvelle fois la teneur des déclarations que le Dr H_____ lui prêtait dans son rapport du 27 mars 2019 (cf. complément d'opposition du 27 mai 2019) et rappelé d'une part, qu'il s'était vu administrer une infiltration à la hanche le 17 avril 2019 et d'autre part, que son refus de se soumettre à une intervention destinée à réduire ses hernies musculaires à la cuisse gauche s'expliquait par les risques – de toucher un nerf – liés à une telle intervention. Enfin, le fait de présenter une capacité de travail définitivement nulle dans la profession d'aide-maçon (cf. le rapport du 18 juin 2012 de la CRR) et d'être bénéficiaire d'une rente d'invalidité LAA de 14 % depuis six ans démontraient en tout cas une atteinte importante à la capacité de travail et donc à l'intégrité physique. En définitive, le rapport du Dr H_____, qui était contradictoire et dépourvu de motivation sérieuse, ne revêtait aucune valeur probante et nécessitait par conséquent la mise en œuvre d'une expertise. Pour étayer cette dernière conclusion, le recourant a notamment produit un rapport du 1^{er} juillet 2019 de la doctoresse K_____, généraliste à Annemasse, indiquant que le recourant ne pouvait porter de charges lourdes en raison de ses problèmes ostéo-articulaires et qu'il lui était donc déconseillé de travailler dans le bâtiment.

44. Par envoi spontané du 30 juillet 2019, le recourant a complété son recours en se fondant sur des faits nouveaux, à savoir la réception, le 25 juillet 2019, de la correspondance échangée entre la Zurich et l'intimée. Il en ressortait qu'en date du 18 octobre 2018, cette dernière avait chiffré ses prétentions récursoires totales à CHF 434'125.- (soit : CHF 113'818.65 pour les frais de traitement, CHF 220'523.- pour la perte de gain passée et CHF 99'783.- au titre de la perte de gain future) et qu'elle réclamait un solde de CHF 164'125.- à la Zurich après déduction des acomptes déjà versés par cet assureur RC, les frais de traitements futurs demeurant réservés. Après divers échanges qui avaient mis en lumière un désaccord quant au taux d'invalidité du recourant, l'intimée et la Zurich avaient finalement passé une convention d'indemnisation le 7 janvier 2019, aux termes de laquelle la Zurich versait, pour solde de tout compte, la somme résiduelle de CHF 140'000.- à l'intimée pour ses prétentions récursoires en rapport avec l'accident du recourant, survenu le 16 mars 2008, donnant ainsi décharge à la Zurich pour les prétentions – tant passées que futures éventuelles – que l'intimée pourrait être fondée à émettre à son encontre à la suite de cet événement. Selon le recourant, il s'ensuivait que

l'intimée exerçait des prétentions récursoires à l'encontre de la Zurich, qui incluait une perte de gain future – nonobstant la décision de suppression de rente du 10 juillet 2019 – mais qu'elle omettait de réclamer à la Zurich le montant de l'IPAI, ce qui montrait, alternativement, soit qu'elle avait d'ores et déjà décidé de ne rien verser au recourant à ce titre – avant même l'examen final du 25 mars 2019 par le Dr H_____ –, soit qu'elle avait oublié de réclamer à la Zurich le montant d'une telle indemnité et voulait dès lors en faire supporter les conséquences au recourant.

45. Par réponse du 11 septembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours en faisant valoir que l'IPAI était indépendante de toute invalidité au sens de la loi et qu'ainsi, le fait que le recourant n'ait pas pu reprendre son activité de maçon était dépourvu de pertinence. Il en allait de même de l'absence de prise en compte des plaintes qu'il avait exprimées et de l'absence d'explication donnée quant à la négation du droit à une IPAI au regard de ses douleurs. En effet, l'IPAI se caractérisait par le fait qu'elle était exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Ce n'était qu'en cas d'affections de la colonne vertébrale qu'il y avait lieu de prendre en compte des douleurs fonctionnelles pour évaluer l'IPAI. Or, en l'espèce, la colonne cervicale ne faisait actuellement l'objet d'aucun traitement, pas plus qu'elle n'occasionnait de gêne. Sur la base de son examen du 25 mars 2019, le Dr H_____ avait conclu à une évolution globale largement favorable de l'accident du 16 mars 2008, avec une récupération complète des amplitudes articulaires. Aussi, il n'existait aucune atteinte importante et durable à l'intégrité physique, c'est-à-dire aucune atteinte indemnizable au sens des normes applicables. De plus, ni l'attestation du 1^{er} juillet 2019 de la Dresse K_____, ni celle du 28 mai 2019 du Dr J_____ n'étaient pertinentes au vu de l'objet du litige. Par conséquent, on ignorait sur quelle base le recourant prétendait à une IPAI de 35 %.
46. Le 10 octobre 2019, le recourant a produit sa duplique en soulignant que l'intimée n'avait pas répondu à son écriture du 30 juillet 2019, ce qui montrait bien son embarras à rendre publiques les prétentions pour perte de gain future qu'elle avait élevées contre la Zurich. Dans le contexte de la décision de suppression de rente du 10 juillet 2019, celles-ci revenaient à faire un bénéfice de CHF 140'000.- « sur le dos » du recourant.
47. Le 5 novembre 2019, l'intimée a renoncé à déposer formellement une duplique, faute d'élément médical remettant en cause les conclusions du Dr H_____.
48. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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), 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à des prestations prévues par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

c. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Selon l'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA, lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit.

d. Datée du 5 juin 2019, la décision entreprise a été reçue au plus tôt le lendemain par le conseil du recourant. Ayant commencé à courir le 7 juin, le délai de recours est arrivé à échéance le samedi 6 juillet 2019, et a par conséquent été reporté au lundi suivant. Posté le 8 juillet 2019, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

2. Le litige concerne exclusivement le droit du recourant à une IPAI pour les suites de son accident du 16 mars 2008.

3. a. Au préalable, le recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, motif pris que l'intimée n'aurait ni motivé ni signé sa décision initiale du 4 avril 2019 et qu'elle ne lui aurait transmis la correspondance échangée avec la Zurich qu'en date du 25 juillet 2019, après le dépôt du recours.

b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 124 V 90 consid. 2 notamment).

Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision en soit prise à son détriment (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa), le droit de produire ou de faire administrer des

preuves, sous réserve qu'elles soient pertinentes (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa), ainsi que le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b).

En tant que l'art. 49 al. 1 LPGA prescrit que les décisions doivent être écrites, cette expression doit être comprise uniquement comme excluant les décisions orales (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_597/2014 du 10 décembre 2014 consid. 4.3). Elle n'impose en revanche pas le respect de toutes les contingences de la forme écrite, en particulier l'exigence d'une signature manuscrite; celle-ci n'est pas une condition de validité de la décision (arrêt 9C_597/2014 précité, consid. 4.3). Cet assouplissement des exigences formelles est justifié par le caractère de masse de la procédure en matière d'assurances sociales. L'assureur peut ainsi par exemple, utiliser un formulaire préimprimé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2017 du 3 janvier 2018 consid. 5,2; Valérie DEFAGO GAUDIN, in Dupont/Moser-Szeless (éditrices), Commentaire romand de la LPGA, n. 17 ad art. 49 LPGA).

Bien que la notification irrégulière d'une décision ne doive entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA), on ne saurait déduire de ce principe que le défaut de notification aurait pour conséquence la nullité de la décision en cause. Le défaut de notification n'est susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire; en effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (ATF 122 V 189 consid. 2). En d'autres termes, il convient d'examiner selon les circonstances du cas concret si l'intéressé a été effectivement induit en erreur et désavantagé de la sorte. Pour répondre à cette question, il convient de se référer au principe de la bonne foi qui sert à arbitrer entre le besoin de protection juridique de l'assuré, d'une part, et la sécurité juridique d'autre part (ATF 111 V 149 consid. 4c; arrêts du Tribunal fédéral 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3 et 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd. 2020, p. 897 n. 71 ad art. 49 LPGA; Valérie DEFAGO GAUDIN, op. cit., p. 598).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3 et la référence).

c. En l'espèce, la décision du 4 avril n'est certes pas signée mais imprimée sur le papier à entête habituel de l'intimée, lequel fait mention des coordonnées de la

gestionnaire et du numéro de référence habituels. Elle satisfait ainsi aux exigences de la forme écrite et a, en toute hypothèse, atteint son but. Il ressort en effet de l'opposition du 25 avril 2019 que le recourant ne s'est pas contenté de faire part de ses doutes quant à la validité de cette décision en tant qu'elle n'était pas signée mais qu'il a d'emblée exprimé son désaccord avec la solution retenue. S'il est vrai que le recourant ne disposait pas, au moment de son opposition du 25 avril 2019, des rapports des 27 et 28 mars 2019 du Dr H_____, force est toutefois de constater qu'une fois en possession de ces derniers, il a pu compléter son opposition le 27 mai 2019. S'agissant enfin de la correspondance entre l'intimée et la Zurich, laquelle n'a été transmise au recourant qu'après l'échéance du délai de recours, il convient d'admettre que l'éventuelle violation du droit d'être entendu en résultant a été réparée. En effet, le recourant a eu la possibilité, les 30 juillet et 10 octobre 2019, de s'exprimer devant la chambre de céans au sujet de la transaction passée entre l'intimée et la Zurich. Aussi le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu s'avère infondé.

4. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} 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^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine

accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

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

c. 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^{ère} 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^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

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

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

5. Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le

1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588).

En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4).

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

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

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

7. Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b; ATF 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de

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

8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

b/bb. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

9. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

c. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. À la suite de l'arrêt ATAS/88/2016 du 3 février 2016 qui rejetait son recours contre la décision sur opposition du 4 avril 2014 lui octroyant une rente d'invalidité de 14 % avec effet au 1^{er} janvier 2013, le recourant a invité l'intimée à rendre une décision relative à l'octroi d'une IPAI. La décision du 4 avril 2019, rejetant l'octroi d'une telle indemnité, confirmée sur opposition le 5 juin 2019, se fonde sur « l'examen final par le médecin d'arrondissement » du 25 mars 2019 et deux appréciations consécutives de ce praticien, datées des 27 et 28 mars 2019.

En l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident du 16 mars 2008 et les troubles psychiques du recourant (cf. ATAS/88/2016 du 3 février 2016 consid. 6), le fait que l'intimée ait examiné les conditions d'octroi d'une IPAI uniquement sous l'angle des troubles somatiques consécutifs à cet accident n'est pas critiqué par le recourant et n'apparaît pas critiquable non plus (cf. ci-dessus : consid. 7). En revanche, ce dernier s'en prend aux appréciations du Dr H_____ des 27 et 28 mars 2019 en soutenant que sa capacité de travail, définitivement nulle dans l'ancienne profession de maçon, de même que sa rente d'invalidité de 14 % impliqueraient forcément un taux d'atteinte à l'intégrité important. S'agissant de ses hernies musculaires à la cuisse gauche, il fait valoir que ses médecins ne partageraient pas l'avis du Dr H_____ dès lors qu'il existerait un risque de toucher un nerf au cours d'une intervention consistant à réduire lesdites hernies. Enfin, les appréciations du Dr H_____ seraient contradictoires dans la mesure où ce médecin constate, d'une part, que l'examen neurologique des membres inférieurs « permet de confirmer l'anomalie de la force musculaire et de la sensibilité » et qu'il conclut, d'autre part, qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle à l'examen clinique.

La chambre de céans considère que les arguments du recourant ne s'avèrent que partiellement pertinents. En effet, 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 (art. 36 al. 1 OLAA).

S'agissant du caractère durable de l'atteinte, on ne saurait se contenter de la simple affirmation, non étayée par le moindre avis médical, d'après laquelle les hernies musculaires ne seraient pas réductibles sans risque. Quant au caractère important de l'atteinte, il ne dépend précisément pas de la capacité de gain (art. 36 al. 1, 2^{ème} phrase OLAA) mais des « directives figurant à l'annexe 3 » (art. 36 al. 2 OLAA), de sorte qu'il n'est pas décisif que la capacité de travail du recourant soit nulle en tant que maçon et qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité de 14 % rétroagissant au 1^{er} janvier 2013. En revanche, dans la mesure où l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. ATF 115 V 147 consid. 3a), « l'anomalie de la force musculaire et de la sensibilité » constatées le 25 mars 2019 par le Dr H_____ lors de son examen neurologique des membres inférieurs constitue l'expression d'un tel déficit dont on ignore toutefois la gravité et dont on ne retrouve aucune trace – ne serait-ce que sous la forme d'un argument médical succinct – dans les appréciations des 27 et 28 mars 2019 dès lors que l'évaluation de l'IPAI a été « faite ce jour par rapport aux hernies et aux douleurs que présente l'assuré » (cf. dossier intimée, pce 380, p. 4). Or, selon la jurisprudence, des troubles de la sensibilité et des douleurs neuropathiques des membres inférieurs peuvent tout à fait justifier l'octroi d'une IPAI sur la base d'une appréciation neurologique du cas (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_362/2014 du 25 juin 2014 consid. 6.2, dans lequel l'application par analogie de la table 7 de la SUVA a été admise, cette dernière étant la seule à prévoir une échelle d'intensité des douleurs fonctionnelles). Dans son appréciation du 27 mars 2019, le Dr H_____ indique certes qu'il ne peut « que confirmer l'absence d'indemnité pour atteinte à l'intégrité indemnisable » (dossier intimée, pce 380, p. 4). Cependant, à l'examen des rapports antérieurs de ce médecin, que l'appréciation du 27 mars 2019 est censée confirmer (cf. les examens des 30 mars 2011 et 12 mars 2012), il s'avère que le Dr H_____ y fonde son appréciation relative au refus d'une IPAI sur la base des seules constatations orthopédiques (cf. dossier intimée, pce 229, p. 5, dernier § ; cf. aussi pce 162, p. 6 avant-dernier §) et donc à l'exclusion de facteurs neurologiques notamment. À cet égard, la chambre de céans constate que dans leur rapport du 18 juin 2012, les médecins de la CRR indiquent que « l'examen neurologique dirigé » des membres inférieurs auxquels ils ont procédé révèle une « force et sensibilité conservées » (cf. dossier intimée, pce 249, p. 2, dernier §). Dans ces circonstances, on peine à saisir pour quelles raisons le Dr H_____ indique dans son appréciation du 27 mars 2019 que l'évolution globale de cet accident est largement favorable, alors même qu'il mentionne quelques lignes plus haut que « l'examen neurologique des [membres inférieurs] permet de confirmer l'anomalie de la force musculaire et de la sensibilité » (cf. dossier intimée, pce 380, p. 4).

Au vu de ces éléments, la chambre de céans ne dispose pas de rapports médicaux suffisamment fiables et exempts de contradictions pour se prononcer sur le droit du recourant à une IPAI. Étant donné que le Dr H_____ – qui n'est pas neurologue – a adjoint un volet neurologique à son examen du 25 mars 2019, sans toutefois faire mention de l'anomalie constatée dans l'appréciation consécutive du cas, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur le plan neurologique ; il incombera notamment aux spécialiste(s) désigné(s) d'examiner si d'une part, les douleurs ayant motivé une infiltration du grand trochanter de la hanche gauche le 17 avril 2019 et d'autre part, l'anomalie de la force musculaire et de la sensibilité constatées par le Dr H_____ se traduisent, cas échéant, par un déficit fonctionnel et/ou des douleurs fonctionnelles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_362/2014 du 25 juin 2014 précité, consid. 6.2 et 6.3). L'appréciation médicale qui s'ensuivra devra indiquer s'il existe une atteinte à l'intégrité tombant sous le barème de l'annexe 3 OLAA ou, dans la négative, s'il s'agit d'une atteinte spéciale ou ne figurant pas dans la liste (cf. ch. 1 al. 2 de l'annexe 3 OLAA) mais atteignant un taux d'au moins 5 %. Cela fait, l'intimée rendra une nouvelle décision.

Dans ces circonstances, le point de savoir si l'intimée avait d'ores et déjà décidé de ne pas octroyer d'IPAI au recourant (avant même l'examen final du 25 mars 2019 par le Dr H_____) ou si elle avait oublié de réclamer à la Zurich le montant d'une telle indemnité et voulait dès lors en faire supporter les conséquences au recourant n'a pas besoin d'être tranchée. Au demeurant, rien n'indique que le Dr H_____ ait vu sa liberté d'appréciation restreinte comme le sous-entend le recourant. En effet, dans ses appréciations des 30 mars 2011 et 12 mars 2012 – qui sont bien antérieures aux pourparlers transactionnels entre l'intimée et la Zurich – ce médecin était déjà d'avis que le recourant ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une IPAI.

11. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 5 juin 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
12. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 5 juin 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.-, à charge de l'intimée, valant participation à ses dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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