RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3355/2019 **ATAS/77/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA	recourant

contre

VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Place de Milan, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1986, a travaillé en qualité d'auxiliaire pour la société B_____ SA dès le mois de novembre 2009. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : l'assurance).

2. Le 6 octobre 2011, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation, alors qu'il roulait à haute vitesse en scooter. Il a été transporté aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) en hélicoptère et admis aux soins intensifs.

3. Les médecins ont diagnostiqué un polytraumatisme avec un choc hémorragique sur une fracture du bassin et un délabrement périnéal majeur, avec une fracture complexe du bassin de type Tile C, des plaies profondes du périnée et du sacrum, et un décollement cutané (traitées par la mise en place d'un Pelviclamp le 6 octobre, une ostéosynthèse de la symphyse pubienne le 9 octobre, l'ablation du Pelviclamp le 12 octobre, une reconstruction périnéale et une fermeture partielle le 14 octobre, une ostéosynthèse du bassin par deux vis sacro-iliaques à gauche le 18 octobre et plusieurs lavages de plaies), une luxation postérieure de l'épaule gauche (réduite le 6 octobre, puis immobilisée), une fracture diaphysaire de l'humérus gauche (traitée par ostéosynthèse le 7 octobre), des fractures des 2ème et 3ème côtes, une fracture de type Burst de D12, une fracture du cotyle gauche, une ischémie aigue du membre inférieur droit sur une thrombose de l'artère iliaque commune et externe droite (traitée par embolectomie le 7 octobre), des fuites vésicales (traitées par raphie le 7 octobre et sonde vésicale). Ils ont également évoqué une probable atteinte neurologique L5-S4 gauche avec un pied tombant gauche et une hypoesthésie/paresthésie du sacrum, du périnée, de la face de la cuisse gauche et du pied gauche, et une probable atteinte C8-D1 du membre supérieur gauche.

4. L'assuré a pu rentrer à son domicile le 27 janvier 2012 avec une colostomie de décharge. Il a poursuivi sa physiothérapie de rééducation périnéale et a été suivi sur les plans orthopédique, proctologique et urologique.

5. Le 17 décembre 2012, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la symphyse pubienne et la révision d'une fistule entre cette plaque et le scrotum ont été réalisées, suite auxquelles l'assuré a présenté une infection, traitée par antibiotique jusqu'au 6 février 2013.

6. En date du 17 mai 2013, l'assuré a été opéré d'une fermeture de colostomie latérale.

7. Du 19 septembre 2013 au 7 août 2014, l'assuré a fréquenté un atelier de réadaptation professionnelle pour évaluation de ses capacités fonctionnelles et renforcement en vue d'une reprise professionnelle. Il a ensuite débuté un stage proposé par l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).

8. Le 14 avril 2014, le service médical régional de l'OAI a conclu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assuré était en mesure de travailler à temps complet dans un poste adapté.

9. L'assurance a versé des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 31 août 2014.

10. À partir du 1er mars 2015, l'assuré a travaillé en qualité de magasinier-livreur en pièces automobiles pour l'entreprise Multiservices Transports Sàrl.

11. Sur mandat de l'assurance, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin d'arrondissement de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, a examiné l'assuré le 17 mars 2017 pour appréciation de l'atteinte à l'intégrité et des traitements susceptibles d'apporter encore une amélioration notable.

    Dans son rapport daté du 17 mars 2017, il a résumé les pièces du dossier, consigné les déclarations de l'assuré et le résultat de ses constatations objectives suite à un examen neurologique dirigé, des examens des rachis cervical, dorsal et lombaire, des épaules, des coudes, des poignets et des mains, du bassin, des hanches, des genoux et des pieds. Il a retenu les diagnostics précédemment posés aux HUG, ajoutant celui de status après la mise en place d'une neuromodulation pour incontinence fécale (en 2014 ou 2015) et un status après une fracture anamnestique du calcanéum de localisation indéterminée, traitée conservativement en 2011.

    Concernant le dossier d'imagerie, le médecin a noté que l'assuré avait apporté un CD comportant « a priori » des radiographies de la colonne dorsale, de l'humérus et du bassin du 22 décembre 2011, une IRM du bassin du 30 décembre 2011, une IRM cérébrale du 11 janvier 2012, une radiographie de cheville du 16 janvier 2012 et une IRM du pied du 19 janvier 2012. Malheureusement, ni le logiciel du CD ni le logiciel fourni par l'assurance ne permettaient d'accéder aux images et il ne disposait pas des rapports radiologiques correspondant à ces examens.

    Dans son appréciation du cas, le Dr C_____ a noté que, subjectivement, l'assuré se plaignait principalement d'une diminution de la force du membre supérieur gauche, d'une incontinence fécale et de douleurs lombo-coxo-pelviennes irradiant dans les deux cuisses, de troubles de l'érection, d'une hypo-sensibilité de la fesse et d'une partie du membre inférieur gauche, ainsi que d'une faiblesse des releveurs du pied gauche. L'examen du jour avait permis d'objectiver la quasi-totalité de ces troubles. Sur le plan médical, il pouvait proposer la réalisation d'un cliché du bassin et de la hanche gauche à la recherche d'une coxarthrose post-traumatique en cas d'aggravation des coxalgies gauches. Au vu de l'atteinte du bassin, de la discrète inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche, et de l'atteinte neurologique du pied gauche, une adaptation du chaussage pourrait être discutée. Finalement, la poursuite de la prise en charge médicamenteuse et conservatrice de la problématique de l'incontinence fécale demeurait très importante. En l'absence d'un bénéfice clair de la neuromodulation, l'ablation du matériel pourrait être discutée afin d'éviter à terme une infection. La situation pouvait être considérée comme stabilisée.

    Les séquelles de la fracture D12, pour autant que l'angulation post-traumatique soit conséquente, pourraient justifier une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'incontinence fécale, les troubles de l'érection et la faiblesse des releveurs du pied gauche justifiaient certainement une telle indemnité. Finalement, si les radiographies du bassin et de la hanche devaient objectiver une coxarthrose de gravité pour le moins moyenne, une indemnité devrait également être attribuée pour cette problématique.

Il priait le service administratif de l'assurance de lui fournir au minimum les dernières radiographies du rachis, du bassin et de la hanche gauche disponibles ainsi que leurs rapports respectifs afin que le calcul de l'indemnité puisse être finalisé.

Sur le plan des traitements, il proposait à l'assurance de prendre en charge ceux de régulation du transit, les protections rendues nécessaires par l'incontinence fécale, les traitements antalgiques en lien avec les douleurs du rachis, du bassin, de la hanche gauche et une éventuelle adaptation du chaussage et autres consultations annuelles médicales de suivi. Un droit de rechute en lien avec les séquelles décrites demeurait acquis à vie. Enfin, un traitement de Viagra (ou équivalent) en fonction des rapports sexuels désirés était en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement initial.

Ces conclusions étaient établies « sous réserve de l'absence d'un dossier radiologique complet comportant l'ensemble des images réalisées accompagnées de leurs rapports radiologiques ainsi que l'ensemble des rapports opératoires décrivant les nombreuses interventions subies non disponibles à ce jour ».

12. Le 23 mars 2017, l'assurance a demandé aux HUG la communication du dossier radiologique complet de l'assuré.

13. Par courriel du 3 avril 2017, l'assurance a informé le Dr C_____ qu'elle avait reçu une quantité de rapports radiologiques et trois CD des HUG, précisant que les derniers rapports, relatifs à la radiographie du bassin, au lavement et à la radiographie de la cheville et du pied droit, dataient de 2013. Elle a demandé au médecin s'il souhaitait qu'il soit procédé à de nouvelles radiographies, le cas échéant lesquelles.

14. Par rapport du 19 avril 2017, le Dr C_____ a complété son appréciation. Il a considéré qu'il était désormais en possession a priori de l'ensemble du dossier radiologique des HUG et que les images fournies étaient en adéquation avec le contenu de son rapport du 17 mars 2017. En effet, les radiographies du thorax permettaient de préciser que les fractures des côtes étaient localisées à droite, la radiographie de la colonne lombaire du 31 octobre 2011 objectivait une angulation séquellaire de D12 de 11° et la radiographie du bassin du 31 janvier 2013 démontrait qu'à cette date le patient ne présentait pas de coxarthrose notoire en lien avec la fracture subie au niveau du cotyle gauche. Il a évalué l'atteinte à l'intégrité à 65%, au motif que, conformément à la table n° 7, on se situait au niveau de l'atteinte vertébrale dans le cas de figure d'une angulation séquellaire post-fracturaire de 10° à 20° avec des douleurs modérées après une mobilisation,

rares ou nulles au repos et disparaissant complètement et rapidement pour laquelle un taux de 5 % à 10 % était admis. Conformément à la table n° 9, l'incontinence fécale justifiait une atteinte à l'intégrité de 40 %. Selon la table n° 22, la dysfonction érectile réagissant à un traitement oral justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Finalement, la table n° 2 qui définissait la paralysie du nerf sciatique poplité externe (pied tombant) justifiait un taux de 10 %. Après pondération, un taux global de 65 % était reconnu. À titre de comparaison, il était retenu que l'ensemble des atteintes séquellaires précitées étaient comparables à une paraplégie incomplète pour laquelle, en vertu de la table n° 21, un taux de 60 % à 70 % serait admis.

15. Par décision du 11 juillet 2017, l'assurance a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité, calculée sur un taux de 65 %, représentant un capital de CHF 81'900.-. Concernant les frais médicaux, elle a précisé que le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité faisait en principe cesser le droit au remboursement, sous réserve d'éventuelles rechutes ou de séquelles tardives.

16. En date du 13 septembre 2017, l'assuré a contesté la décision précitée, faisant en substance valoir que, compte tenu de son âge, des aggravations étaient prévisibles, comme confirmé par son médecin. En outre, la coxarthrose et les atteintes à l'épaule et au bras gauche qui entraînaient des limitations fonctionnelles n'avaient pas été prises en considération. Il était d'avis qu'un taux de 80 % était plus équitable. Si l'assurance n'était pas en accord avec cette appréciation, elle était priée de mettre en œuvre un complément d'expertise pour établir de manière circonstanciée toutes ses atteintes à l'intégrité physique. Enfin, la décision de cesser toute prise en charge des traitements et moyens ne se justifiait pas, étant rappelé que le médecin mandaté par l'assurance avait déterminé les mesures nécessaires au maintien de sa capacité de gain, et précisé que le tableau SUVA indiquait que l'assureur-accidents devait prendre en charge les frais des médicaments également après la clôture du cas.

17. Sur demande de l'assurance, le Dr C_____ a rédigé un nouveau rapport le 26 septembre 2018. En l'absence de données médicales nouvelles susceptibles de modifier le contenu de ses rapports, établis après un examen complet, il a confirmé ses précédentes justifications. Il a ajouté qu'on ne pouvait pas retenir d'indemnité pour les atteintes subies au niveau de l'épaule et de l'humérus gauches car ces dernières n'occasionnaient aucune limitation fonctionnelle, comme en témoignait le status des épaules et des membres supérieurs du 17 mars 2017. Lors de cet examen, en effet, aucune limitation de la pronation des membres supérieurs séquellaires à l'événement initial n'avait été objectivée, de sorte qu'aucune indemnité supplémentaire ne pouvait être accordée, conformément à la table n° 1. Concernant les hanches et les genoux, les résultats normaux de son examen orthopédique ne permettaient pas non plus de retenir d'indemnité pour atteinte à l'intégrité en application de la table n° 2. De plus, l'assuré ne présentait pas de coxarthrose susceptible d'ouvrir le droit à une telle indemnité et il n'existait aucune donnée ou

examen permettant de prédire la survenue d'une arthrose chez un patient. On ne pouvait donc pas non plus reconnaître d'indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire pour la fracture du cotyle gauche, qui pourrait peut-être un jour éventuellement être responsable d'une arthrose. Par contre, la situation devrait être réévaluée si l'intéressé devait un jour présenter une coxarthrose de degré pour le moins modéré. Ceci s'appliquait également pour les autres atteintes. En additionnant les taux minimaux et maximaux théoriquement admissibles pour chacune des séquelles pouvant justifier une indemnité, on parvenait à un taux global de 65 % ou 70 % (5 % pour le rachis, 40 % pour l'incontinence fécale, 10 % pour la dysfonction érectile, 10 % pour le pied tombant, versus 10 % pour le rachis, 40 % pour l'incontinence fécale, 10 % pour la dysfonction érectile, 10 % pour le pied tombant). Pour choisir le taux le plus adéquat, il avait comparé la situation à celle des patients ayant subi une lésion grave de la moelle épinière et avait estimé que la situation de l'assuré, qui demeurait indépendant pour tous les actes de la vie quotidienne, pouvait être comparée à celle d'un patient souffrant d'une paraplégie incomplète de type Asia D pour laquelle, en fonction du niveau de l'atteinte médullaire, un taux de 60 % à 70 % pouvait être admis. La table 21 précisait qu'en cas de paraplégie incomplète de type Asia D avec niveau lésionnel médullaire en-dessous de L2, c'était un taux de 60 % qui pouvait être admis, alors que si le niveau de lésion médullaire était au moins de niveau L2, le taux reconnu était de 70 %. Dès lors que l'assuré était indépendant dans tous les actes de la vie quotidienne, contrairement à un paraplégique de type Asia D avec un niveau d'atteinte médullaire de niveau L2 et plus pour qui un taux de 70 % serait admis, il avait retenu un taux global de 65 %. Enfin, il a exposé que le taux de 80 % revendiqué par l'assuré correspondait à celui reconnu pour un patient tétraplégique ou paraplégique sévère se déplaçant en chaise roulante, ce qui ne saurait correspondre à la situation globale fonctionnelle de l'assuré. À l'exception des atteintes du rachis, les tables d'indemnité en lien avec les séquelles organiques ne tenaient compte que des atteintes fonctionnelles et somatiques objectivables et non pas des troubles subjectifs. Par contre, le médecin pouvait et devait tenir compte des troubles subjectifs en lien avec les atteintes somatiques subies lors de l'établissement d'éventuelles limitations.

18. Le 9 mai 2019, l'assurance a transmis à l'assuré le complément du rapport du Dr C_____ et lui a accordé un délai pour se déterminer sur ce document.

19. Par décision sur opposition du 25 juillet 2019, l'assurance a maintenu le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique à 65 %, pour les raisons exposées par le Dr C_____, dont l'appréciation était fondée sur un dossier médical complet et un examen approfondi. Elle a en outre refusé la prise en charge des frais de traitement, à l'exception des médicaments en lien avec la fonction érectile, qui demeuraient à sa charge après la clôture du cas.

20. Par acte du 14 septembre 2019, l'assuré, représenté par une mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 25 juillet 2019. Il a conclu à

l'annulation de la décision litigieuse concernant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, à ce qu'une expertise rhumatologique soit ordonnée, à la fixation de ladite indemnité à un taux de 80 % sous réserve d'une amplification selon le résultat de l'expertise et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant a rappelé que les rapports communiqués par les HUG au Dr C_____ étaient tous très anciens puisque le plus récent datait de 2013, et qu'il avait toujours rapporté d'autres atteintes, soit une limitation fonctionnelle du membre supérieur gauche, à savoir une diminution de la force et une limitation de soulèvement de poids à moins de 10 kg, ainsi qu'une limitation fonctionnelle dans les membres inférieurs en raison de douleurs irradiant dans les deux cuisses, une hyposensibilité à la fesse gauche et la face postérieure de la cuisse et un raccourcissement de la jambe gauche. En application des tables 1 et 2, ces limitations justifiaient un taux de 5 % pour la première et 10 % pour la seconde. Il a précisé que dans son rapport du 17 mars 2017, le Dr C_____ avait constaté que la quasi-totalité de ses plaintes avait pu être objectivée. Il requérait donc que l'indemnité pour les atteintes séquellaires soit augmentée à un taux de 80 %. Concernant les atteintes prévisibles, le complément du Dr C_____ se basait sur une imagerie ancienne, dont les rapports indiquaient que les fractures avaient été « partiellement investiguées ». Il était admis qu'il souffrait de coxalgie gauche, inflammations qui pouvaient être annonciatrices d'arthrose. Pour déterminer si des aggravations étaient prévisibles, une imagerie à jour était nécessaire.

21. Dans sa réponse du 25 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé les explications médicales du Dr C_____ et souligné qu'en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était fixée d'après l'ensemble du dommage. Une simple addition était dès lors exclue, le taux ne pouvant dépasser 100 %. En l'absence de tout signe d'un éventuel début de coxarthrose gauche lors de l'examen clinique du 17 mars 2017, la prévisibilité d'une aggravation ne pouvait être quantifiée, au vu de son inexistence, et il était tout à fait normal que le Dr C_____ n'ait pas jugé nécessaire de faire de nouvelles radiographies. Ce médecin avait constaté les limitations fonctionnelles objectives du recourant et estimé ensuite l'atteinte à l'intégrité en résultant. Le taux de 65 % n'était donc pas critiquable. Enfin, elle avait soumis le dossier à son médecin-conseil qui avait confirmé qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne devait être accordée pour le membre supérieur et la hanche gauches, vu l'absence de limitations fonctionnelles objectivées.

    Elle a annexé un avis rendu le 23 octobre 2019 par le docteur D_____, médecin-conseil, lequel a relevé que l'examen clinique du 17 mars 2017 avait montré une restitution intégrale de l'épaule et du bras gauches, de sorte qu'aucune indemnité ne pouvait être reconnue pour le membre supérieur gauche. Aucune analogie ne pouvait être faite entre une diminution des amplitudes et une diminution de la force,

et la table n° 1 de la SUVA ne concernait que les amplitudes. À noter également que le recourant était droitier et qu'il était connu et normal que le membre non dominant ait une force inégale au membre dominant, même sans avoir été traumatisé. Concernant la hanche gauche, l'examen clinique ne permettait pas de soupçonner une évolution vers l'arthrose, raison pour laquelle le Dr C_____ n'avait pas jugé nécessaire d'effectuer de nouvelle radiographie. En effet, il n'y avait aucune différence importante des mobilités entre le côté gauche et le côté droit, sous réserve d'une limitation de 10° de l'adduction du côté gauche et d'une meilleure rotation interne du côté gauche. Or, les premiers signes d'arthrose se manifestaient par la limitation de la rotation interne. Ainsi, la meilleure rotation interne à gauche parlait en défaveur d'un début d'arthrose. Même si une nouvelle radiographie avait mis en évidence une arthrose débutante, cette dernière n'aurait de toute façon pas donné droit à une indemnité qui ne pouvait être octroyée qu'en cas d'atteinte modérée. Il confirmait donc en tous points les conclusions du Dr C_____, dont le taux moyen de 65 % n'était pas critiquable.

22. Le 28 octobre 2019, le recourant a envoyé à la chambre de céans un courrier de son assureur-maladie concernant le refus de prendre en charge les coûts liés aux aides pour incontinence, en la priant d'ordonner à l'intimée de les couvrir.

23. Par réplique du 6 janvier 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions du 14 septembre 2019, ajoutant qu'il soit ordonné à l'intimée de couvrir les frais relatifs aux aides contre l'incontinence. Il a relevé que l'intimée avait admis que le médecin devait tenir compte des troubles subjectifs en lien avec les atteintes somatiques subies lors de l'établissement d'éventuelles limitations, et s'est référé aux restrictions et plaintes rapportées par le Dr C_____ dans son premier rapport et par les HUG. Concernant l'arthrose, il a cité de la littérature médicale selon laquelle la radiologie conventionnelle analysait mal les tissus mous, contrairement aux structures osseuses, et ne permettait d'obtenir que des images uni-, voire bidimensionnelles. Un examen complémentaire s'avérait nécessaire pour exclure toute arthrose traumatique. D'autre part, l'intimée avait refusé de prendre à sa charge le coût des protections rendues nécessaires pour son incontinence fécale, laquelle était due à l'accident et devrait être couverte par l'assureur-accidents, même après la fixation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, à l'instar de la dysfonction érectile. Enfin, contrairement à ce que soutenait l'intimée, il s'agissait bien d'additionner les pourcentages correspondant à chacune des atteintes avant d'examiner de manière globale si le résultat obtenu était juste et proportionnel, en comparaison avec d'autres atteintes.

24. Dans sa duplique du 9 mars 2020, l'intimée a confirmé ses précédentes conclusions. Elle a noté que le principe, selon lequel l'assuré qui n'avait pas droit à une rente n'avait pas non plus droit à la prise en charge des frais, soit des traitements médicaux, des moyens auxiliaires, des dommages matériels ou des frais de voyage, de transport ou de sauvetage, ne concernait, en application de la jurisprudence, que la demande d'une prestation pour la première fois et non pas la conservation d'une

prestation déjà allouée avant la stabilisation. Le recourant souffrait d'une incontinence fécale ayant nécessité dans les suites de l'accident un traitement spécifique. Le matériel relatif à l'incontinence, considéré comme un moyen auxiliaire, était effectivement à sa charge. Les médicaments liés à l'incontinence n'étaient pas considérés comme des moyens auxiliaires et étaient à la charge de l'assuré, respectivement de sa caisse-maladie, dès la stabilisation de l'état de santé. Il en allait de même des consultations, ces prestations devant être considérées comme un traitement médical.

25. Le 12 juin 2020, le recourant a informé la chambre de céans que l'intimée lui avait confirmé sa prise en charge des factures concernant le matériel lié à l'incontinence comme moyen auxiliaire.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

   Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Conformément à l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). 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. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son

domicile ou son siège (al. 3). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (al. 4 let. b).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension et du report précités, le présent recours est recevable.

5. Le litige porte uniquement sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, étant relevé que la prise en charge des frais relatifs aux aides contre l'incontinence n'est plus litigieuse.

6. a. Selon l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

   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 à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

   D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). 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. Selon la jurisprudence, 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).

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).

7. a. Selon l'art 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (al. 3). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4).

   b. 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).

   En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b ; RAMA 1988 p. 230).

   Il n'est pas exclu que l'indemnité dépasse les 100 % selon l'évaluation du médecin. Dans ces cas, elle sera ramenée à 100 % conformément à l'art. 25 al. 1 LAA et l'art. 36 al. 3 OLAA. En effet, indépendamment du nombre de dommages à prendre en compte, des événements assurés impliqués et de la question de savoir si une partie de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a déjà été versée, il faut limiter à 100 % l'ensemble de l'atteinte à l'intégrité donnant droit à une indemnité en vertu du

principe selon lequel les assureurs LAA, tous ensemble, ne peuvent pas verser à une personne assurée, durant sa vie, des indemnités pour atteinte à l'intégrité de plus de 100 % (arrêt du Tribunal fédéral 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6.3 ; Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, op. cit., p. 210).

Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 ; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). L'importance prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base de constatations médicales (ATF 132 V 393 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 97 et les références). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînât « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b) ; à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

8. a. 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 l'annexe 3 à l'OLAA est fixée, en règle générale, en pourcent 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).

b. 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).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'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).

   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 LPGA), 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).

   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).

   Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. a. En l'espèce, l'intimée a accordé au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 65 %, sur la base des conclusions des rapports du Dr C_____.

    Ce dernier a exposé qu'on se situait, au niveau vertébral, dans le cas de figure d'une angulation séquellaire post-fracturaire de 10° à 20° avec des douleurs modérées après une mobilisation, rares ou nulles au repos et disparaissant complètement et rapidement, pour laquelle un taux de 5 % à 10 % devait être reconnu (table n° 7). L'incontinence fécale justifiait une atteinte à l'intégrité de 40 % (table n° 9). La dysfonction érectile réagissant à un traitement oral donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % (table n° 22). Enfin, la paralysie du nerf sciatique poplité externe (pied tombant) justifiait un taux de 10 % (table n° 2).

    Pour choisir le taux le plus adéquat (65 % ou 70 %), il a comparé la situation du recourant à celle des patients ayant subi une lésion grave de la moelle épinière et souffrant d'une paraplégie incomplète de type Asia D pour laquelle, en fonction du niveau de l'atteinte médullaire, un taux de 60 % à 70 % pouvait être admis (selon la table 21, le taux reconnu était de 60 % si le niveau lésionnel médullaire était en-dessous de L2 et de 70 % si le niveau de lésion médullaire était au moins de niveau L2). Dès lors que le recourant était indépendant dans tous les actes de la vie quotidienne, contrairement à un paraplégique de type Asia D avec un niveau d'atteinte médullaire de niveau L2 au moins, pour qui un taux de 70 % serait admis, il a retenu un taux global de 65 %.

    b. Le recourant ne conteste pas les pourcentages retenus par le Dr C_____ en lien avec l'atteinte vertébrale, l'incontinence fécale et la dysfonction érectile, ainsi que la paralysie du nerf sciatique poplité externe.

En revanche, il soutient que tous ses troubles n'ont pas été pris en considération, alors que le rapport du 17 mars 2017 indiquait que la quasi-totalité de ses plaintes avait pu être objectivée. Il estime ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être fixée à 80 % au minimum.

13. La chambres de céans constate tout d'abord que les rapports du Dr C_____ ont été rédigés en pleine connaissance du dossier du recourant et en tenant compte des plaintes de ce dernier, après un examen clinique complet du patient et l'étude des documents radiologiques. Le médecin de la SUVA a dûment motivé ses conclusions, justifiant précisément le taux retenu pour chaque atteinte donnant droit à une indemnité, en se référant aux différentes tables applicables. Il a également précisé les motifs pour lesquels le taux revendiqué par le recourant ne pouvait pas être retenu.

    En outre, ses conclusions ont été intégralement confirmées par le Dr D_____, qui a lui aussi livré une argumentation minutieuse fondée sur les tables de la SUVA.

14. a. Au niveau du membre supérieur gauche, le recourant invoque une limitation fonctionnelle en raison d'une diminution de la force et d'une restriction du port de charges, et estime que ces limitations justifient un taux de 5 % en application de la table 1.

    b. Dans son rapport du 26 septembre 2018, le Dr C_____ a expliqué qu'on ne pouvait pas retenir d'indemnité pour l'atteinte subie au niveau de l'épaule et de l'humérus gauches, en l'absence de toute limitation fonctionnelle, comme en témoignait le status des épaules et des membres supérieurs du 17 mars 2017. Lors de cet examen, en effet, aucune limitation de la pronation des membres supérieurs séquellaires à l'événement initial n'avait été objectivée, de sorte qu'aucune indemnité supplémentaire ne pouvait être accordée, conformément à la table n° 1.

    Par avis du 23 octobre 2019, le Dr D_____ a confirmé que l'examen clinique du 17 mars 2017 avait montré une restitution intégrale de l'épaule et du bras gauches, et qu'aucune indemnité ne pouvait être reconnue pour le membre supérieur gauche. Il a encore précisé qu'aucune analogie ne pouvait être faite entre une diminution des amplitudes et une diminution de la force, et que la table n° 1 de la SUVA ne concernait que les amplitudes.

    c. Le tableau 1 de la SUVA relatif à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, prévoit le droit à une indemnité en cas de luxation non réduite ou récidivante de l'épaule, de périarthrite scapulo-humérale, de restriction de la mobilité de l'épaule, du coude, de l'avant-bras, du poignet, d'arthrodèse du poignet, ou encore en cas de paralysie du plexus brachial ou de certains nerfs.

    La chambre de céans constate, à la lecture du rapport du 17 mars 2017 du Dr C_____, que l'examen clinique des articulations acromio-claviculaires, des bras et des avant-bras, des coudes, des poignets et des mains, s'est révélé strictement identique des deux côtés. Le médecin de la SUVA n'a observé aucune

limitation des amplitudes et de la mobilité, seule une légère diminution de la force a été observée à gauche, avec une force au Jamar de 46 (contre 52 à droite).

En outre, la luxation postérieure de l'épaule gauche a été réduite le 6 octobre 2011 et traitée par immobilisation. Aucun indice ne suggère que le recourant aurait depuis lors présenté des récidives, ce qu'il ne prétend au demeurant pas.

d. Partant, aucune indemnité ne saurait être retenue pour les seules diminutions de la force et des capacités de porter des charges en raison des douleurs.

15. a. Le recourant considère également qu'une indemnité devrait être reconnue en lien avec ses atteintes aux membres inférieurs, rappelant la présence de douleurs irradiant dans les deux cuisses, d'une hyposensibilité à la fesse gauche et la face postérieure de la cuisse et d'un raccourcissement de la jambe gauche. Il requiert un taux de 10 % en application de la table n° 2.

b. Le Dr C_____ a admis un taux de 10 % pour la paralysie du nerf sciatique poplité externe (pied tombant) et précisé, à réception de la contestation du recourant, que les résultats normaux de son examen orthopédique des genoux et des hanches ne permettaient pas de retenir d'indemnité supplémentaire.

c. Le tableau 2 de la SUVA relatif à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, prévoit le droit à une indemnité en cas de blocages aux niveaux de la hanche, du genou, de l'articulation tibio-tarsienne et de tous les orteils, ainsi qu'en cas de diminution de la mobilité du genou et d'ablation de la rotule, de gêne fonctionnelle dans les articulation sous-astragaliennes, d'arthrodèse sous-astragalienne, de troubles fonctionnels douloureux après une fracture-luxation de l'articulation de Lisfranc ou du métatarse, d'ankylose d'un orteil ou d'hallux rigidus, de paralysie de certains nerfs et enfin de raccourcissement du membre inférieur.

La chambre de céans observe donc que ce tableau ne prévoit pas d'indemnité en cas de douleurs et/ou d'hyposensibilité au niveau des cuisses et des fesses.

S'agissant du raccourcissement de la jambe, aucune indemnité ne peut être reconnue pour les raccourcissements de 2 cm au maximum sans autres altérations morphologiques ou fonctionnelles, telles qu'un défaut de rotation ou un déplacement de l'axe. Or, à teneur du rapport du 17 mars 2017, la différence de longueur est de seulement 1 cm (95 cm entre la crête iliaque et la malléole interne à droite, contre 94 cm à gauche) et aucune altération morphologique ou fonctionnelle n'a été relevée par le Dr C_____. Le raccourcissement de la jambe gauche présenté par le recourant est donc insuffisant pour donner droit à une indemnité.

Pour le reste, le taux de 10 % retenu pour la paralysie du nerf sciatique poplité externe est conforme à la table n° 2.

d. Partant, aucune indemnité supplémentaire ne saurait être reconnue en lien avec les douleurs et l'hyposensibilité alléguées, ni avec le raccourcissement du membre inférieur gauche.

16. a. Le recourant soutient également que le Dr C_____ aurait dû tenir compte des atteintes prévisibles, singulièrement d'une arthrose puisqu'il souffre de coxalgie gauche, inflammation pouvant être annonciatrice d'arthrose. Il considère que de nouveaux examens d'imagerie sont nécessaires, au vu de l'ancienneté des rapports au dossier, dont le plus récent remonte à 2013, et compte tenu du fait que ces rapports indiquent que les fractures ont été « partiellement investiguées ». Il soutient en outre que, selon la littérature médicale, la radiologie conventionnelle analyse mal les tissus mous, contrairement aux structures osseuses et ne permet d'obtenir que des images uni-, voire bidimensionnelles.

    b. Le Dr C_____ a considéré qu'on ne pouvait pas reconnaître d'indemnité complémentaire pour la fracture du cotyle gauche, laquelle pourrait peut-être un jour éventuellement être responsable d'une arthrose, ajoutant qu'il n'existait aucune donnée ou examen permettant de prédire la survenue d'une arthrose.

    Dans son appréciation du 23 octobre 2019, le Dr D_____ a exposé que les premiers signes d'arthrose se manifestaient par une limitation de la rotation interne, alors que le recourant présentait une meilleure rotation interne du côté gauche, ce qui parlait donc en défaveur d'un début d'arthrose. Il a ajouté que même si une nouvelle radiographie avait été réalisée et avait révélé une arthrose débutante, cette dernière n'aurait de toute façon pas donné droit à une indemnité, laquelle ne pouvait être octroyée qu'en cas d'atteinte modérée.

    c. Le tableau 5 relatif à l'indemnisation en cas d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose prévoit des taux variables en cas de coxarthrose (10 % à 30 % en cas d'arthrose moyenne, 30 % - 40 % en cas d'arthrose grave).

    La chambre de céans rappelle que le médecin de la SUVA a dûment pris en considération les plaintes du recourant, soit des coxalgies gauches occasionnelles sans facteur déclenchant net, augmentées au port de charge ou à l'effort et limitant son endurance. Malgré la symptomatologie rapportée, il n'a pas suspecté la présence d'arthrose, compte tenu du status clinique et de la dernière radiographie du bassin du 31 janvier 2013, laquelle démontrait qu'à cette date l'intéressé ne présentait pas de coxarthrose notoire en lien avec la fracture subie au niveau du cotyle gauche. Il n'a donc pas jugé utile de réaliser de nouveaux examens, en dépit de la proposition de l'intimée à cet égard. Le Dr D_____ a par la suite expliqué de façon convaincante les raisons pour lesquelles l'examen clinique ne permettait pas de retenir l'existence d'une arthrose débutante à la date de la consultation.

    Le recourant n'a produit aucune pièce médicale susceptible d'établir, à ce stade, l'existence d'une atteinte justifiant de considérer qu'une coxarthrose moyenne serait prévisible. Il n'avance en outre pas le moindre argument permettant de penser, contrairement à l'avis des Drs C_____ et D_____, qu'il présentait un début d'arthrose en mars 2017. Il ne soutient pas davantage que son état de santé se serait aggravé depuis l'examen du 17 mars 2017, ni que son médecin traitant préconiserait de nouvelles radiographies ou suspecterait une arthrose débutante.

d. En l'absence de tout élément de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions convergentes des Drs C_____ et D_____, aucune indemnité ne saurait être retenue à titre d'aggravation prévisible.

17. Enfin, l'addition des taux minimaux et maximaux prévus en lien avec chacune des atteintes justifiant une indemnité donne un résultat compris entre 65 % et 70 %.

    Le médecin de la SUVA a expliqué que le taux de 65 % était plus adéquat car le recourant était indépendant dans tous les actes de la vie quotidienne, contrairement à une personne paraplégique de type Asia D avec un niveau d'atteinte médullaire de niveau L2 au moins, pour qui un taux de 70 % serait admis.

    Cette appréciation n'est pas critiquable.

18. L'intimée était donc fondée à retenir un taux de 65 % pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, conformément aux conclusions du Dr C_____, dont les rapports remplissent les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

19. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

    Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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