

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4311/2009

ATAS/353/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 29 mars 2010

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel

recourant

contre

LLOYD'S UNDERWRITERS LONDON, case postale 27, AVRY-
FRIBOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître GROSJEAN Christian

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1982, a été engagé le 1^{er} mai 2002 par l'Hotel X_____ à Genève en qualité d'apprenti de bureau. Il était à ce titre assuré obligatoirement contre le risque d'accidents par la caisse-maladie et accidents HOTELA (ci-après : HOTELA), d'une part, ainsi que par LLOYD'S UNDERWRITERS LONDON (ci-après : LLOYD'S ou l'assureur), pour les prestations de longue durée, d'autre part.
2. Le 1^{er} juin 2002, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Grièvement blessé, il a été transporté en ambulance aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Selon le rapport de police, un automobiliste inattentif avait tourné à gauche sans observer la signalisation lumineuse et était ainsi entré en collision avec la moto conduite par l'assuré, qui roulait en sens inverse.
3. Le 5 juin 2002, l'employeur a annoncé le cas à HOTELA.
4. Selon le résumé de l'observation établi le 18 juin 2002 par les HUG, l'accident avait provoqué une fracture du fémur droit, opéré le 2 juin 2002, et une contusion du poignet droit. L'intervention avait consisté en une réduction ouverte et ostéosynthèse par clou ; les suites opératoires avaient été marquées par l'apparition d'une dyspnée avec tachypnée et un état subfébrile. Le diagnostic d'embolie graisseuse avait ainsi été posé.
5. Le contrat d'apprentissage a été résilié d'entente entre les parties à compter du 1^{er} juillet 2002.
6. En date du 30 juillet 2002, la Dresse L_____, de la clinique de rééducation des HUG, a attesté que l'évolution de son patient était favorable et progressive. L'assuré présentait un bon état général. Le traitement (physiothérapie et balnéothérapie) devait être poursuivi, la capacité de travail étant nulle.
7. Dans un rapport intermédiaire LAA du 21 octobre 2002, le Dr M_____, chirurgien orthopédiste, a fait état d'une évolution lentement favorable avec une boiterie résiduelle sur faiblesse musculaire. L'assuré avait repris une activité à 100% depuis le 26 août 2002. Le traitement physiothérapeutique devait toutefois être poursuivi.
8. Le 19 novembre 2002, l'assuré a été examiné par le Dr N_____, neurologue, qui a adressé son rapport au Dr M_____ le 21 novembre 2002. L'examen neurologique montrait une parésie de l'abduction de la hanche et, de façon moins marquée, du quadriceps. Il y avait un déficit sensitif dans le territoire de la branche sous patellaire du nerf saphène interne. S'agissant du déficit du moyen fessier, même en l'absence de signe de dénervation aiguë, en corrélation avec la clinique, il

y avait une atteinte nerveuse partielle. L'activité volontaire étant assez bonne, la récupération devait se faire progressivement. Quant à la faiblesse du quadriceps, il y avait peu de signes d'atteinte neurogène puisque cliniquement le réflexe rotulien restait présent et qu'il n'y avait pas de déficit sensitif. L'ENMG ne montrait pas d'anomalie. Il était possible que pour ce muscle, la faiblesse fut en rapport avec la non utilisation du membre. Dans tous les cas, même s'il y avait eu une atteinte neurogène pour ce muscle, elle était très modeste et le pronostic favorable.

9. A la demande de HOTELA, le Dr M_____ a précisé, le 6 décembre 2002, que six mois après la fracture il persistait une faiblesse musculaire résiduelle des fessiers à droite.
10. Dans un nouveau rapport, en date du 4 février 2003, le Dr M_____ a confirmé que le patient présentait toujours une grosse faiblesse musculaire aux quadriceps et aux fessiers, ainsi qu'une boiterie. A la question de savoir si un dommage permanent était à craindre, le médecin a répondu par l'affirmative ; il y avait lieu de s'attendre à une faiblesse musculaire partielle définitive.
11. En date du 15 mai 2003, ce même médecin a précisé que l'état de son patient était lentement mieux, avec une boiterie résiduelle en diminution. Il persistait une faiblesse musculaire aux quadriceps et aux fessiers à droite. Il était encore trop tôt pour évaluer un dommage permanent mais une faiblesse partielle était possible.
12. Interpellé par Me Michel BERGMANN, conseil de l'assuré, le Dr M_____ a répondu, le 24 octobre 2003, que seize mois après l'accident, les diagnostics étaient les suivants : « status seize mois après fracture du fémur droit, compliquée d'un syndrome d'embolie graisseuse en post-opératoire immédiat, puis d'une faiblesse musculaire persistante sur probable atteinte neurologique partielle de la musculature fessière ». Le patient présentait encore des séquelles de son traumatisme avec une boiterie persistante, qui s'était toutefois encore améliorée dans les six derniers mois. Cette boiterie était liée à la faiblesse musculaire des fessiers. Il persistait également une atrophie musculaire du muscle quadriceps, et quelques douleurs résiduelles au niveau de la fesse et du genou. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse devait intervenir en janvier 2004. Le cas n'était pas encore stabilisé, dès lors qu'il était encore possible d'espérer une récupération progressive, même incomplète de la force musculaire. Le patient avait repris un apprentissage et était capable de travailler à 100%. Il n'y avait donc pas d'invalidité. Il était en revanche possible de parler d'une atteinte à l'intégrité pour une faiblesse musculaire résiduelle au niveau de la hanche droite, qu'il pouvait estimer à 10%.
13. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu lieu le 15 janvier 2004. Un mois après cette intervention, le 13 février 2004, le Dr M_____ a attesté que l'évolution était favorable, mais la boiterie persistait. Le dommage permanent à craindre était identique à celui signalé précédemment.

14. En date des 22 février et 1^{er} mars 2005, l'assuré a été examiné à nouveau par le Dr N_____ qui a adressé un rapport au Dr M_____ le 4 mars 2005. Depuis l'examen de novembre 2002, l'évolution avait été favorable. Il persistait néanmoins une difficulté pour s'accroupir, pour monter les escaliers ou sur des escabeaux et dans certaines activités sportives. L'examen neurologique montrait une amyotrophie modérée de la cuisse droite, une discrète parésie du quadriceps et encore une légère parésie du moyen fessier, améliorée par rapport à l'examen précédent. L'examen ENMG des muscles quadriceps et moyen fessier était normal. Pour répondre aux questions du conseil de l'assuré, il était possible d'affirmer que le cas était stabilisé. Il y avait une atteinte à l'intégrité physique. Selon la table 2 (atteinte à l'intégrité selon la LAA publiée par la SUVA), il estimait cette atteinte à 5%. Sur le plan thérapeutique, un traitement n'était plus nécessaire.
15. Dans une note manuscrite datée du 16 juin 2005, le Dr O_____, médecin-conseil de HOTELA, a fixé à 5% au maximum l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré. Vu l'absence d'atteinte à l'ENMG et comme l'ablation du matériel avait eu lieu en 2004, il préconisait d'attendre cinq ans après l'accident, soit jusqu'en 2007, pour fixer l'IPAI neurologique.
16. En date du 20 août 2007, le Dr M_____ a exposé à HOTELA que trois ans après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse l'évolution était bonne, sauf la diminution résiduelle de la force musculaire de la cuisse et fesse à droite (atrophie quadriceps 1-2 cm), avec un petit syndrome femoro-patellaire. Il n'y avait pas de douleur à la hanche. Hormis un renforcement musculaire personnel, aucun autre traitement n'était préconisé.
17. Par décision du 3 février 2009, la LLOYD'S, en sa qualité d'assureur chargé d'allouer les prestations dites de longue durée sur la base d'un accord de collaboration avec HOTELA, a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité à 5%, conformément à l'avis du Dr N_____, confirmé par le Dr O_____. Compte tenu d'un salaire déterminant au moment de l'accident de 106'800 fr., l'indemnité se montait à 5'340 fr.
18. Par pli daté du 3 mars 2009, le conseil de l'assuré a formé opposition à cette décision. Le taux de 5% était contesté. En effet, l'atteinte neurologique de 5% retenue par le Dr N_____ devait être additionnée à l'atteinte orthopédique de 10% observée par le Dr P_____ dans son rapport du 24 octobre 2003. Partant, un taux de 15% devait être pris en considération. De plus, il y avait lieu de tenir compte de la péjoration future, qui était vraisemblable, vu le jeune âge de l'assuré au moment de l'accident. Au total, c'était une atteinte à l'intégrité de 20% qui était réclamée.
19. En date du 26 octobre 2009, l'assureur a confirmé, sur opposition, la teneur de la décision du 3 février 2009. L'atteinte à l'intégrité de 10% évoquée par le

Dr M_____ dans son courrier du 24 octobre 2003 concernait des troubles neurologiques (faiblesse musculaire résiduelle au niveau de la hanche) et non pas orthopédiques. Par conséquent, il paraissait plus approprié de se fonder sur l'appréciation du neurologue, le Dr N_____, que sur celle du chirurgien orthopédiste traitant. Cette solution se justifiait d'autant plus que le rapport du neurologue traitant était plus récent. Le Dr Q_____, chirurgien orthopédiste et médecin conseil de la LLOYD'S, confirmait d'ailleurs cette appréciation, tout en faisant remarquer qu'il n'y avait pas d'autre atteinte orthopédique proprement dite, ni de péjoration à craindre. Selon la table 2, une paralysie du nerf fessier était évaluée à 10%. Une paralysie partielle, comme en l'espèce, s'élevait à 5%, ce qui constituait le minimum indemnisable selon la LAA. L'octroi d'une IPAI de 5%, soit 5'340 fr., était donc justifié.

20. Par écriture datée du 2 décembre 2009, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, en concluant, sous suite de dépens, à son annulation. A titre principal, il réclamait le paiement d'une indemnité de 16'020 fr., plus intérêts à 5% dès le 3 mars 2009, correspondant à une atteinte à l'intégrité de 15%, soit 5% pour l'atteinte neurologique et 10% pour l'atteinte orthopédique. Il reprenait les arguments avancés dans son opposition, tout en faisant remarquer que l'appréciation médicale du Dr Q_____ avait été consignée, très succinctement, par un collaborateur de l'assureur. Elle n'avait donc pas de valeur probante. En tout état de cause, une expertise devait être ordonnée.
21. Invitée à répondre, l'intimée a présenté sa détermination en date du 1^{er} février 2010. Elle faisait remarquer que tant le Dr N_____, neurologue, que le Dr M_____, chirurgien orthopédiste, avaient procédé à l'évaluation d'une seule et même atteinte, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu d'additionner les taux. Le Dr M_____ avait retenu une atteinte à l'intégrité pour une faiblesse musculaire résiduelle au niveau de la hanche droite estimée à 10%, selon rapport médical du 24 octobre 2003. Or, à cette date, l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé, ce que le Dr M_____ avait du reste observé. La situation médicale avait connu une évolution favorable, suite notamment à l'ablation, le 15 janvier 2004, du matériel d'ostéosynthèse, à savoir l'ablation du clou posé lors de l'opération du 2 juin 2002. Le Dr M_____ qui avait pratiqué cette seconde intervention, avait du reste constaté une évolution favorable (rapport du 13 février 2004). Après stabilisation de l'état de santé, le Dr N_____ avait rapporté au Dr M_____, sans être contredit par ce dernier, qu'il subsistait une atteinte à l'intégrité physique, à savoir une discrète parésie du quadriceps et une légère parésie du moyen fessier, étant relevé que l'examen ENMG était normal. Cette atteinte pouvait être estimée à 5%. L'avis du Dr N_____ était partagé par le Dr O_____, chirurgien orthopédiste et médecin conseil de HOTELA, qui avait estimé que les séquelles observées pouvaient tout au plus correspondre à une atteinte à l'intégrité de 5%. En août 2007, le Dr M_____ avait également

observé une bonne évolution, abstraction faite d'une diminution résiduelle de la force musculaire de la cuisse et de la fesse droite avec un petit syndrome femoro-patellaire, avec l'absence de douleurs à la hanche. Enfin, le Dr Q_____, avait aussi retenu une faiblesse musculaire résiduelle au niveau de la hanche, sans atteinte orthopédique. Le pronostic paraissait bon, aucune péjoration n'étant à craindre. Tous les médecins concordaient sur la nature de l'atteinte à l'intégrité, à savoir une diminution résiduelle de la force musculaire de la cuisse et fesse à droite. Le taux retenu, correspondant à une atteinte partielle du nerf fessier selon la table 2 de la SUVA, était aussi correct. Par conséquent, le taux retenu dans la décision attaquée correspondait à l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré. En tant que le recourant réclamait également le paiement d'intérêts moratoires, à compter du 3 mars 2009, l'intimée faisait observer que le recourant n'avait toujours pas communiqué ses coordonnées bancaires, nonobstant les demandes dans ce sens de l'assureur. Il se trouvait ainsi en demeure, ce qui excluait l'octroi d'intérêts moratoires.

22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Interjeté dans le délai légal et la forme prescrite, auprès du Tribunal compétent, le recours déposé le 2 décembre 2009, contre la décision sur opposition du 26 octobre 2009, réceptionnée par le recourant le 2 novembre 2009, est recevable à la forme.
3. Le litige porte sur le taux de l'atteinte à l'intégrité en relation avec l'accident du 1^{er} juin 2002.
4. 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, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Cette indemnité sert à compenser un préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224, consid. 5.1). Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; voir aussi ATF 125 II 175 consid. 2d).

5. 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, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). 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, 1ère phrase). Par conséquent, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune de ces atteintes, même de celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 ; RAMA 1988 n°U 48 p. 230 consid. 2). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision (du droit à l'indemnité) n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4). De jurisprudence constante, la règle contenue à la première phrase de l'art. 36 al. 4 OLAA ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209, consid. 4 a/cc et 116 V 157 consid. 3a).

6. 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'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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).

D'après l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (principe inquisitoire; voir ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). L'instruction d'office a, toutefois, des limites. En effet, ce principe ne signifie pas que l'administration devrait examiner d'office tout ce qui est affirmé. Elle doit seulement clarifier l'état de fait, lorsqu'il existe encore des incertitudes et des éléments peu clairs. (cf. ATF 100 V 63). De plus, sa portée est restreinte par le devoir de l'assuré de collaborer à l'instruction conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA (ATF 122 V 158 consid. 1a, ATF 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation de l'assuré d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé de lui, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi il risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Par ailleurs, l'assureur peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2, p. 324; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06], consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération.

7. Le recourant allègue que le taux de l'atteinte à l'intégrité a été sous-évalué au motif que l'intimée aurait dû additionner l'atteinte neurologique constatée par le Dr N_____, de 5%, à l'atteinte orthopédique estimée à 10% par le Dr M_____, soit 15% au total. Pour sa part, l'intimée soutient que le recourant présente une seule et unique atteinte à l'intégrité en relation avec la diminution résiduelle de la force musculaire de la cuisse et fesse à droite, qui représente, conformément à la table d'indemnisation n° 2 établie par la SUVA, 5%.
8. En l'espèce, il convient d'emblée d'observer que l'estimation de l'atteinte à l'intégrité retenue par l'intimée repose principalement sur l'appréciation effectuée par le Dr N_____, neurologue, dans son rapport au Dr M_____ du 4 mars 2005.

Lors de son évaluation, le Dr N_____, qui avait déjà examiné l'assuré en novembre 2002, a observé que l'évolution depuis la précédente évaluation avait été favorable. Il persistait une difficulté pour s'accroupir, pour monter les escaliers, sur des escabeaux ou pour certaines activités sportives. L'examen neurologique montrait une amyotrophie modérée de la cuisse droite, une discrète parésie du quadriceps et encore une légère parésie du moyen fessier, améliorée par rapport à l'examen précédent. L'examen ENMG était normal. S'agissant d'un examen pas extrêmement sensible, il pouvait être normal même en présence d'une discrète parésie. En se référant à la table 2 de la SUVA, il estimait l'atteinte à l'intégrité ainsi observée à 5%.

Il y a lieu à cet égard d'observer que l'atteinte dont souffre le recourant n'est pas mentionnée dans l'échelle contenue à l'annexe 3 de l'OLAA qui, s'agissant des troubles aux membres inférieurs, comme en l'espèce, ne prévoit d'indemnisations que pour les cas de perte totale ou partielle d'un membre. C'est donc à juste titre que tant le Dr N_____ que l'intimée se sont fondés sur la table 2 établie par la Division médicale de la SUVA, qui fournit des barèmes plus détaillés s'agissant des différents troubles fonctionnels pouvant affecter les membres inférieurs. Elle prévoit un taux de 10% en cas de paralysie - complète - du nerf fessier. En l'espèce, dans la mesure où l'on est en présence d'une légère parésie du moyen fessier et d'une discrète parésie du quadriceps, l'appréciation du Dr N_____, confirmée par le Dr O_____, médecin-consultant de HOTELA et par le Dr Q_____ (selon la note au dossier d'un collaborateur de LLOYD'S), médecin conseil de l'intimée, n'apparaît pas critiquable.

Cette appréciation n'est du reste pas véritablement remise en cause, dès le moment que le recourant ne conteste pas le taux retenu par l'intimée à l'égard de son atteinte neurologique. Il estime toutefois qu'il existerait une atteinte à l'intégrité distincte, d'origine orthopédique, d'un taux de 10%, qui devrait être additionnée à l'atteinte neurologique de 5% mentionnée par le Dr N_____. Cet argument ne trouve aucun fondement dans le dossier et ne résiste pas à l'examen.

En effet, dans ses différents rapports médicaux adressés à l'assureur-accidents, le Dr M_____ a, de manière constante, fait état de la persistance d'une boiterie résiduelle sur faiblesse musculaire des quadriceps et du fessier (cf. rapports LAA des 21 octobre 2002, 6 décembre 2002, 4 mars 2003, 15 mai 2003, 23 octobre 2003, 9 décembre 2003, 15 janvier 2004, 13 février 2004). A la demande du conseil du recourant, ce médecin a précisé, en octobre 2003, que l'on pouvait parler d'atteinte à l'intégrité pour une faiblesse musculaire résiduelle au niveau de la hanche droite, sur probable atteinte neurologique partielle de la musculature fessière. La boiterie était liée à cette même faiblesse musculaire des fessiers. Il persistait également une atrophie musculaire. A cette date, soit le 24 octobre 2003, le cas n'était pas encore stabilisé. Selon lui, cette faiblesse musculaire résiduelle pouvait être estimée à 10%.

Force est ainsi de constater que la faiblesse musculaire persistante sur probable atteinte neurologique partielle de la musculature fessière, rapportée par le Dr M_____ en octobre 2003, correspond bel et bien à la discrète parésie du quadriceps et à la légère parésie du moyen fessier, observée par le neurologue traitant en 2005. Le Tribunal constate ainsi que le Dr M_____ n'a pas diagnostiqué une atteinte orthopédique distincte par rapport aux troubles observés par le neurologue. Pour l'ensemble des médecins consultés, y compris le Dr M_____, l'atteinte à l'intégrité indemnisable a pour objet une atteinte neurologique de la musculature de la zone fessière. Il n'y a donc pas lieu d'additionner les atteintes, comme demandé par le recourant. Quant au taux d'atteinte à l'intégrité retenu, il y a lieu d'observer que l'appréciation du Dr M_____ est antérieure à celle du Dr N_____ et remonte à une époque où l'état de santé du recourant n'était pas encore stabilisé, comme l'avait du reste reconnu le Dr M_____. Or, l'état de santé de l'assuré a connu une évolution favorable (cf. rapports du Dr M_____ du 13 février 2004 et du Dr N_____ du 4 mars 2005). De plus, s'agissant d'une atteinte neurologique, l'avis du neurologue doit en principe être préféré à celui du chirurgien orthopédiste, ce d'autant plus que l'appréciation du Dr N_____ est étayée et convaincante et se réfère aux tables de la SUVA, soit à une échelle d'appréciation objective. Enfin, tant le médecin-conseil d'HOTELA, le Dr O_____, que celui de l'intimée - d'après la note d'un collaborateur - ont confirmé un taux d'atteinte à l'intégrité de 5%, et aucun avis contraire n'a été émis à cet égard postérieurement à l'appréciation du Dr N_____ de mars 2005.

9. Par conséquent, on ne voit pas de motif sérieux de s'écarter de l'estimation du neurologue traitant. Quant au risque de péjoration de la situation, évoqué par le recourant, il n'est étayé par aucune pièce médicale au dossier, le Dr M_____ ayant même fait état d'une bonne évolution trois ans après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.
10. S'agissant enfin du montant de l'indemnité, le calcul de l'intimée n'est pas critiquable et n'a du reste pas été contesté par le recourant. Quant aux intérêts

moratoires réclamés dans le recours, à compter du 9 mars 2009, le Tribunal observe que l'intimée, dans sa décision du 3 février 2009, a reconnu au recourant le droit à une indemnité de 5'340 fr. et lui a demandé ses coordonnées bancaires afin de procéder au paiement de ce montant. L'intimée a réitéré son offre de paiement dans la décision sur opposition attaquée et a demandé au recourant de lui fournir les coordonnées bancaires, ce qu'il n'a de toute évidence pas fait. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu au versement d'intérêts moratoires, le recourant ne s'étant pas entièrement conformé à son obligation de collaborer (art. 26 al. 2 LPGA).

11. En tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A 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

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI-
RIZZI

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