RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/869/2004 **ATAS/816/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 28 septembre 2005

En la cause

Monsieur D_____, comparant par Maître Daniel MEYER en l'étude duquel il élit domicile	recourant
contre	
NATIONALE SUISSE ASSURANCES, sise quai Gustave-Ador 34, à Genève	intimée

Siégeant : Mmes Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Valérie MONTANI, juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, ressortissant français né en juin 1958, est au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle français de cuisiner et de sommelier. En 1979, il a entrepris une formation d'aide-comptable. Il a été employé par le restaurant "LE BOCALINO" du 30 novembre 1994 au 30 avril 1996, en qualité d'assistant de direction pour un salaire mensuel de 4200 fr., plus part du 13ème salaire. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Nationale suisse assurances (ci-après l'assurance).

2. En date du 5 mai 1995, il a été victime d'un accident de la circulation. Roulant à scooter, il est entré en collision avec une camionnette qui lui a coupé la route. Suite à cet accident, il a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) du 5 mai au 25 août 1995, séjour lors duquel ont été diagnostiquées une fracture du col du fémur droit de type Pauwels III, une fracture ouverte de stade I de Galeazzi de l'avant-bras gauche, ainsi qu'une fracture peu déplacée de la coronoïde du coude droit.

3. Plusieurs rapports médicaux ont été envoyés à l'assurance par le médecin-traitant, le Dr A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et par la Dresse B_____, médecin assistante aux HUG.

4. En 1996, l'assuré a consulté un psychiatre, le Dr C_____, qui, dans un rapport du 18 février 1997 à l'assurance, a diagnostiqué un syndrome dépressif majeur récurrent d'intensité sévère avec déchéance socioprofessionnelle.

5. Le 1er octobre 1997, le Dr C_____ a informé l'assurance que son patient avait interrompu son traitement, sans explication, le 26 novembre 1996.

6. En date des 17 septembre et 9 octobre 1997, l'assuré a été soumis à une expertise médicale conduite par le Dr E_____, spécialiste en orthopédie et en chirurgie. L'expert a posé les diagnostics suivants: atteinte du rebord sus-orbitaire de l'œil gauche, status après fracture du radius gauche, actuellement consolidée en bonne position, status après fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus droit au coude actuellement consolidée en bonne position, status après fracture sous-capitale verticale du col fémoral droit, traitée par vissage, puis ostéotomie de valgisation, actuellement consolidée et nécrose de la tête fémorale droite avec remaniement important de type arthrosique de l'articulation coxo-fémorale. L'accident était l'unique cause expliquant l'état actuel. Etant donné la gêne fonctionnelle, les douleurs et la position vicieuse du membre inférieur droit, le travail en tant que chef de service dans un restaurent ou dans un hôtel, profession exercée précédemment et qui nécessitait une position debout prolongée, lui paraissait impossible. Cependant, en 1979, le patient avait entrepris une formation comme aide-comptable et après le suivi d'une formation en comptabilité informatisée, il serait capable de travailler à

plein temps comme aide-comptable ou comme économe dans un hôtel ou dans un restaurant. Quant aux troubles psychiques, il était difficile à l'expert, n'étant pas psychiatre, de déterminer s'ils étaient uniquement en relation avec l'accident. Cependant, l'expertisé ne lui avait pas paru particulièrement déprimé, mais au contraire positif à l'idée de pouvoir se remettre au travail dans la branche de l'hôtellerie (cf. rapport d'expertise du Dr E_____ du 15 octobre 1997).

7. Le Dr F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a interprété, à la demande de celle-ci, l'expertise du Dr E_____. Les constatations objectives expliquaient les plaintes du patient. Une prothèse totale de la hanche droite pourrait être prévue, ce qui engendrerait six mois de traitement post-opératoire. Le taux d'incapacité de travail de l'assuré dans la profession exercée antérieurement à l'accident était de 100% et il n'y avait pas de possibilité de reprise dans cette profession. Des mesures de réadaptation étaient indispensables. L'assuré présentait une atteinte à l'intégrité de 30%. Aucun état antérieur étranger à l'accident n'intervenait dans l'atteinte à l'intégrité ou dans l'incapacité de gain (cf. rapport du Dr F_____ du 8 décembre 1997).

8. Le 6 avril 1998, l'assuré a à nouveau consulté le Dr C_____, psychiatre, qui, dans un rapport du 26 mai 1998 à l'assurance, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.

9. En date du 7 septembre 1998, le Dr C_____ a noté une amélioration relative de l'état mental du patient, notamment de la thymie, du sommeil et de l'utilisation de ses possibilités réflexives et pratiques. Un traitement était toujours nécessaire. Le 18 septembre 1998, ce médecin a relevé une évolution favorable du traitement en raison de la personnalité sthénique de l'assuré, ainsi qu'une très bonne compliance thérapeutique. Le traitement médico-psychiatrique devait être poursuivi jusqu'à la reprise d'une vie socioprofessionnelle stable.

10. Dans un rapport du 16 novembre 1998, le Dr A_____ a diagnostiqué une coxarthrose post-traumatique sur nécrose aseptique de la hanche droite. L'évolution était défavorable et la pause d'une prothèse totale de la hanche était prévue pour le 25 novembre 1998. Le patient présentait toujours une incapacité totale de travail.

11. En date du 23 août 1999, le Dr A_____ a indiqué que l'assuré reprendrait ses activités professionnelles à 50% dès le 1er septembre 1999.

12. Dans un rapport du 15 février 2000, le Dr C_____ a relevé que son patient présentait de l'anxiété, des angoisses paroxystiques, de l'émotivité, de l'insécurité, une dysthymie, une dysphorie, des sentiments d'incomplétude ainsi qu'un risque de déchéance socioprofessionnelle. Le patient le consultait à sa demande et en fonction de l'acuité de ses plaintes.

13. Dans un rapport du 29 mars 2000, le Dr A_____ a mentionné que l'état de santé du patient était stationnaire. Les suites de l'opération de la prothèse totale de la hanche étaient bonnes. Les plaintes du patient étaient actuellement de deux types: premièrement, des douleurs dorsales dans un contexte de hernie discale opérée à deux reprises, ainsi qu'un état dépressif en traitement, qui était en relation directe avec les suites de l'accident de 1995. Il n'y avait plus de traitement de physiothérapie à envisager. La capacité de travail dans sa profession s'élevait à 50% à partir du 1er septembre 1999.

14. Dans un rapport du 25 septembre 2000, le Dr C_____ a relevé que l'évolution psychiatrique était assez favorable. Cependant, en raison de difficultés assécurologiques, l'évolution de l'état de santé s'orientait vers une chronicité et probablement vers une invalidité définitive. Récemment, le patient avait sombré dans un état de dysphorie intense, avec dysthymie, insécurité, hypnoïdie, sentiment d'être l'objet d'une machination. Dans l'incapacité partielle attestée par le Dr A_____, il n'y avait cependant aucune composante psychiatrique.

15. Dans un rapport du 15 mars 2001, le Dr C_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'un polytraumatisme accidentel le 5 mai 1995. Il voyait le patient à raison de deux consultations par mois et ne se prononçait pas sur la capacité de travail de son patient en raison de l'expertise de l'assurance-invalidité en cours. Il y avait cependant à craindre un dommage permanent ("chronicité et invalidité physique").

16. Dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire en juin, juillet et août 2001 au centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Il a fait l'objet d'un examen clinique et rhumatologique, d'un consilium de psychiatrie, de tests neuropsychologiques et d'un consilium d'orthopédie. Le collège des experts a retenu les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail: inguinalgies et douleurs de la cuisse droite; status après fracture du col du fémur droit le 5 mai 1995, traitée par vissage puis ostéotomie de valgisation; nécrose aseptique de la tête du fémur droit; mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite en novembre 1998; lombosciatalgies gauches sur troubles statiques et dégénératifs du rachis; trouble anxieux et dépressif mixte. Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient une hyperthyroïdie traitée, un status après fracture ouverte de l'avant-bras gauche et fracture de l'apophyse coronoïde du coude droit le 5 mai 1995, ainsi qu'un status après cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 en 1978. D'un point de vue orthopédique, le bilan montrait qu'il n'y avait pas de séquelle des fractures des membres supérieurs. S'agissant de la hanche droite, le résultat était satisfaisant, tant du point de vue fonctionnel que radiologique, même si l'assuré se plaignait de douleurs, explicables par les lésions anatomiques. Au plan psychiatrique, l'appréciation était plus difficile en raison des avis divergents. Les experts émettaient toutefois l'hypothèse qu'après une période dépressive sévère, le

traitement antidépresseur et le suivi médical régulier avaient permis une amélioration progressive de la situation. Ils ont estimé que dans l'ancienne activité, la capacité de travail était de l'ordre de 50%, ce que l'assuré admettait et ce qui correspondait à l'estimation de son médecin traitant. Dans une activité adaptée, la capacité de travail s'élevait à 70% et devrait être pleinement retrouvée avec l'amélioration ultérieure de l'état psychique (résolution de la dépression légère). Il n'y avait pas de contre-indication physique pour une activité sédentaire et l'activité de sertisseur, par exemple, pourrait convenir. Cependant, un emploi d'économe dans la restauration ou le domaine alimentaire paraissait le mieux adapté (cf. rapport du COMAI du 13 décembre 2001).

17. Dans le cadre de l'assurance-accidents, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique conduite par le Dr G_____ en novembre et décembre 2001. A cette occasion, l'assuré a fait l'objet d'un entretien avec l'expert psychiatre, de tests cliniques avec une psychologue SSP, Mme H_____, et d'examens paracliniques. L'expert psychiatre a retenu les diagnostics psychiatriques suivants : dysthymie de degré léger, dépendance aux benzodiazépines (ou plutôt accoutumance), personnalité immature à traits évitants, aucun facteur de stress aigu. Il a relevé que, d'un point de vue psychopathologique, il était difficile de savoir si l'expertisé avait réellement présenté un état dépressif majeur sévère en 1997 au vu des renseignements contradictoires des différents médecins. Selon les renseignements donnés par l'assuré, celui-ci ne semblait pas avoir présenté un effondrement dépressif majeur en 1996-1997. En effet, durant cette période, il avait pu renouer une nouvelle relation sentimentale investie. En outre, les troubles émotionnels apparus en 1999 n'étaient pas en lien de causalité avec son accident de mai 1995 et s'expliquaient surtout par l'apparition d'une hyperthyroïdie d'une part, ainsi que par ses démêlés avec l'assurance-invalidité d'autre part. Dans ces conditions, on pouvait évoquer tout au plus un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, dont l'évolution avait été par définition favorable. De surcroît, l'expertisé n'avait jamais bénéficié de traitement antidépresseur *lege artis*, sauf durant une brève période (posologie faible), ce qui attestait de la nature réactionnelle de l'épisode dépressif. Actuellement, il n'y avait aucun élément pour retenir un état dépressif majeur, d'autant plus qu'il n'existait pas de perte d'intérêt ou d'abolie persistant plus de 15 jours ; seule une dysthymie de degré léger tout au plus pouvait être évoquée. L'assuré ne souffrait d'aucun autre trouble psychiatrique. Son état mental, actuellement suffisamment stabilisé, ne justifiait aucune diminution de sa capacité de travail. Répondant aux questions posées par l'assurance dans le cadre de l'expertise, le Dr G_____ a précisé que l'état dépressif n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 5 mai 1995, mais qu'il était consécutif au litige avec l'assurance-invalidité et à une surcharge émotionnelle au niveau sentimental. L'hyperthyroïdie expliquait les symptômes anxieux apparus en 1999. Le statut quo ante avait été atteint depuis 2000 du point de vue psychiatrique. Il n'y avait pas d'incapacité de travail d'un point de vue

psychiatrique dans la profession de l'assuré (assistant de direction). Dans une autre profession et sans mesure de réadaptation, l'expertisé pourrait occuper une activité à 100%, mais avec un rendement probable de 60 à 70% dans un premier temps en raison des limitations intellectuelles et d'une formation scolaire limitée, entraînant des difficultés d'adaptation en termes de rendement. Les activités de réceptionniste-téléphoniste et d'huissier de banque pouvaient être effectuées à 100% avec un rendement limité à 70% au début. Les activités d'aide de bureau, d'employé de régie, d'employé de surveillance, d'opérateur-saisie et de gestionnaire de sinistres étaient des emplois trop qualifiés pour l'assuré (cf. rapport du Dr G_____ du 11 janvier 2002).

18. En date du 14 novembre 2001, l'assuré a été soumis à une expertise orthopédique conduite par le Dr I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. L'expert a diagnostiqué : 1) une fracture du col fémoral droit ayant motivé la mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite le 26 novembre 1998, 2) une fracture de Galeazzi de l'avant-bras gauche ouverte de stade 1, osthéosynthèsée par plaque radiale et embrochage radio-cubital, 3) une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus droit traitée conservativement, 4) une plaie de l'arcade sourcilière gauche, 5) une contusion du genou droit, 6) un status après cure de hernie discale L4-L5 en 1978, 7) des troubles dégénératifs pluri-étagés lombaires prédominants en L4-L5 et L5-S1, 8) une maladie de Basedow, ainsi qu'un probable état dépressif 9). Les 5 premiers diagnostics étaient en relation de causalité avec l'accident du 5 mai 1995, les diagnostics 6, 7 et 8 sans relation de causalité. L'expert ne s'est pas prononcé sur la causalité entre le diagnostic psychiatrique et l'accident, laissant le soin à l'expert psychiatre de le faire. Le traitement des suites de l'évènement accidentel était terminé. L'assuré présentait cependant des problèmes dégénératifs lombaires avancés, constituant un état antérieur et étranger à l'accident. L'accident n'avait toutefois pas entraîné d'aggravations passagères, durables ou déterminantes de cette pathologie. S'agissant des séquelles physiques de l'accident, elles n'entraînaient plus d'incapacité de travail dans la profession antérieure de l'expertisé, qui était celle d'assistant de direction dans un restaurant. Les activités de préposé à un guichet (par exemple aux objets trouvés), de réceptionniste-téléphoniste, d'aide de bureau, d'employé de régie, d'employé de surveillance, d'opérateur de saisie, d'huissier de banque, d'aide-comptable étaient aussi possibles à plein temps. L'activité de gestionnaire des sinistres était également praticable à 100%, avec des mesures de réadaptation. Une atteinte à l'intégrité de 20%, ce qui correspondait à un taux d'incapacité permanente partielle de 24%, devait être indemnisée. Ces conclusions étaient valables à la date de l'expertise (cf. expertise du Dr I_____ du 22 janvier 2002).

19. Par décision du 12 avril 2002, l'assurance a conclu que sur le plan psychiatrique, l'affection actuelle de l'assuré n'était plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 5 mai 1995. En outre, bien que les séances de psychothérapie pour soigner une affection psychique qui n'était pas en relation de causalité avec

l'accident aient été payées jusqu'au 27 novembre 2001, l'assurance renonçait à en demander la restitution à l'assuré. Sur le plan somatique, elle constatait que le traitement des suites directes de l'accident était terminé. Elle prendrait toutefois à sa charge les radiographies de contrôle annuel de la prothèse totale de la hanche droite. Comme à la date de l'examen de l'expert I_____ (novembre 2001), l'assuré présentait une capacité de travail totale dans la profession qu'il exerçait au moment de son accident, tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, l'assurance avait décidé de cesser le versement des indemnités journalières pour incapacité de travail au 28 février 2002 ; cependant, ayant néanmoins servi lesdites indemnités jusqu'au 12 avril 2002, elle annonçait renoncer à demander à l'assuré le remboursement du trop perçu du 28 février au 12 avril 2002. Enfin, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité sur le plan psychique et sur le plan physique, l'assuré avait droit à l'octroi d'une telle indemnité dont le taux avait été fixé à 20% du montant maximum du gain annuel au moment de l'accident, soit à une somme de 19'440 fr. (20% de 97'200 fr.).

20. Par courrier du 14 mai 2002, l'assuré a formé opposition à cette décision. En effet, selon le psychiatre C_____, il présentait des troubles de l'humeur organiques accompagnés d'un polytraumatisme accidentel, qui l'empêchaient totalement de travailler. De surcroît, il ressortait du rapport du COMAI que dans son ancienne activité, sa capacité de travail était de l'ordre de 50%. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) lui avait en outre confirmé qu'il allait percevoir une rente d'invalidité de 50%. En raison de ses problèmes d'ordre psychique qui se présentaient sous forme de dépression liée à une perte de confiance et à un sentiment de démotivation, il présentait manifestement une incapacité de travail de 50% au moins. Dès lors, il convenait de mettre son affection psychique en relation avec l'évènement accidentel.

21. Par décision du 26 janvier 2004, l'assurance a rejeté l'opposition. Selon les expertises des Drs G_____ et I_____, qui avaient pleine valeur probante au regard des exigences jurisprudentielles, les troubles psychiques de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident et sur le plan somatique, les séquelles physiques de l'accident n'entraînaient plus d'incapacité de travail dans la profession antérieure de l'assuré, ceci depuis la date de l'expertise du Dr I_____. L'assurance continuerait néanmoins à prendre en charge pour le futur le contrôle annuel de la prothèse totale de la hanche droite. En outre, une atteinte à l'intégrité d'un taux de 20% était justifiée. L'assurance confirmait enfin la suppression du versement des indemnités journalières pour incapacité de travail au 28 février 2002.

22. Par courrier du 26 avril 2004, l'assuré a recouru contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi « d'une rente complémentaire d'invalidité de 50% », ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%. Il a contesté l'absence de lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident, ainsi que le taux de

l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordé. En effet, la psychiatre du COMAI avait jugé qu'il présentait une incapacité de 60% pour des causes psychiatriques et le collège des experts du COMAI de 50%. S'agissant de l'expertise du Dr G_____, il a relevé avoir été soumis à de nombreux tests psychométriques dont les résultats étaient contradictoires, puisque le test de Hamilton mettait en évidence une dépression tout au plus subclinique, alors que le test de Beck 13 parlait en faveur d'une dépression sévère, et qu'enfin, le test de Beck 21 révélait une dépression modérée. En outre, le rapport du Dr G_____ comportait des contradictions, puisque ce dernier reconnaissait que l'assuré avait probablement souffert d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive réactionnelle à son accident de mai 1995, tout en arrivant à la conclusion que lesdits troubles apparus en 1999 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, mais s'expliquaient par une hyperthyroïdie et ses démêlés avec l'assurance-invalidité. Le traitement médico-psychiatrique auprès du Dr C_____ confirmait également l'existence d'une pathologie psychiatrique des suites de l'accident. Dès lors, il n'y avait pas lieu de préférer le rapport du Dr G_____ au rapport du COMAI. Sur le plan somatique, les experts du COMAI avaient considéré qu'il présentait une capacité de travail de 50% dans son activité antérieure, en raison des douleurs au niveau de la hanche, ainsi que d'une fatigabilité douloureuse à l'effort. Ils avaient tenu compte de la complexité de son activité d'assistant de direction, qui demandait un travail administratif, une présence en salle et une assistance à la clientèle, notamment, et non simplement un travail de bureau comme l'avait retenu erronément l'expert I_____. Ainsi, la reprise de son activité antérieure, qui nécessitait une station debout avec de nombreux déplacements, n'apparaissait plus possible à plein temps, eu égard à ses limitations fonctionnelles (douleurs du membre inférieur, lombalgies, fatigabilité en rapport avec les troubles dégénératifs du rachis et les séquelles de la fracture de la hanche droite). Comme les experts du COMAI, son médecin traitant avait considéré que sa capacité de travail s'élevait à 50% à partir du 1er septembre 1999. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à 20% ne tenait aucunement compte de l'important trouble psychique dont il souffrait, et compte tenu de ses limitations fonctionnelles, il se justifiait ainsi de porter le taux d'atteinte à l'intégrité à 40%.

23. Dans sa réponse du 25 juin 2004, l'assurance, concluant au rejet du recours, a fait valoir que les expertises des Drs I_____ et G_____ avaient pleine valeur probante. Elles avaient été faites à la même époque que l'expertise du COMAI, soit au début de l'année 2002, et reflétaient entièrement la situation actuelle de l'assuré. L'expertise COMAI comportait quant à elle des contradictions. Les experts du COMAI diagnostiquaient en effet une dépression légère qui entraînait néanmoins une incapacité de travail de 30%. Il convenait en outre de relever que ladite expertise n'avait pas pour mission de résoudre la problématique du lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident. Dès lors, il y avait lieu de s'appuyer sur les expertises des Drs G_____ et I_____. Sur le

plan somatique, la capacité dans l'activité antérieure du recourant, d'assistant de direction, qui comportait des tâches diverses, telles qu'aider le directeur dans son travail de bureau, s'occuper des caisses, gérer vingt-deux personnes sous ses ordres et donner des coups de main en salle et plus rarement en cuisine, devait être admise. Les experts du COMAI avaient d'ailleurs confirmé ce point de vue, relevant qu'une activité à plein temps dans un poste moitié administratif et moitié pour le service et l'accueil paraissait tout à fait possible. Sur le plan psychique, l'assurance relevait que selon le psychiatre C_____, l'état du patient avait évolué favorablement et en septembre 2000, sa capacité de travail sur le plan psychique était totale. Enfin, le taux de l'atteinte à l'intégrité qui avait été fixé à 20% par le Dr I_____ devait être confirmé.

24. Dans sa réplique du 23 août 2004, le recourant a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi « d'une rente complémentaire d'invalidité de 50% », ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%. Il a rappelé que l'activité d'assistant de direction dans la restauration requérait une certaine polyvalence nécessitant une bonne santé physique et psychique, puisqu'il fallait notamment se montrer actif en salle aux côtés des serveurs, voire dans la cuisine. Il ne pouvait à l'évidence pas occuper ce poste. En effet, il présentait des douleurs lorsqu'il était debout et marchait, suite à la pose de sa prothèse. En outre, les lombosciatalgies s'expliquaient par la modification de l'état statique lombaire suite à la fracture du col du fémur et n'étaient pas une conséquence des séquelles d'une hernie discale, opérée en 1978. Il souffrait également d'arthrose, maladie qui s'était instaurée en suite de la nécrose aseptique de la tête fémorale droite. S'agissant de l'atteinte psychiatrique, son hyperthyroïdie ne concernait en rien ses troubles psychiques, comme pouvait l'attester la littérature médicale. Enfin, il relevait poursuivre un traitement psychiatrique associé à un traitement médicamenteux à base de Lexotanil et de Somnium.

25. Par courrier des 26 et 29 juillet 2005, le Tribunal de céans a demandé à l'intimée sur quelle base avait été calculée l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et à l'ex-employeur du recourant le montant du salaire que ce dernier percevait lorsqu'il était à son service.

26. Par courrier du 23 août 2005, le restaurant qui employait le recourant a transmis le contrat de travail les liant.

27. Le 1er septembre 2005, l'intimée a indiqué que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été calculé sur la base de la table V de la SUVA, relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose, selon laquelle le taux pour une prothèse totale de la hanche réussie s'élevait à 20% (coxarthrose et endoprothèse avec bons résultats). Le taux d'incapacité permanente partielle de 24% mentionné par le Dr I_____ ne concernait que le calcul de l'indemnité selon l'assurance-accidents complémentaire contractée par l'ancien employeur du recourant.

28. Ces différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'accident du recourant s'est produit en 1995, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 26 janvier 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité LAA pour des raisons psychiques et physiques, ainsi que sur l'évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s. consid. 6c/aa et bb et 409 s. consid. 5c/aa et bb; FRESARD, op. cit., ch. 39 et les références).

6. Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si l'assuré devient invalide à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2). A cet égard, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence

d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174).

Aux termes de l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né.

En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

7. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; HÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Il convient enfin de relever que pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le

médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

8. Le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer en principe, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité dans les assurances invalidité, accidents et militaire (ATF 126 V 288 et 293 ; RAMA 2001 n° U 410 p. 73). On rappellera cependant qu'à l'inverse de l'assurance-invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré, ce qui explique que le degré d'invalidité auquel aboutissent ces deux assureurs sociaux soit, s'agissant d'un même assuré, parfois divergent (ATF 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références).

9. Figurent au dossier différents documents médicaux :

   - En date du 29 mars 2000, le Dr A_____, médecin traitant, établit que la capacité de travail de son patient dans sa profession s'élève à 50% à partir du 1er septembre 1999. Ce dernier ne parle pas d'une capacité de travail résiduelle dans une autre activité.

   - Le Dr C_____, psychiatre traitant, relève le 25 septembre 2000 que dans l'incapacité partielle attestée par le Dr A_____, il n'y a aucune composante psychiatrique. Le 15 mars 2001, ce même médecin, qui diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement moyen avec syndrome somatique ainsi qu'un polytraumatisme accidentel, craint qu'il y ait un dommage permanent (« chronicité et invalidité physique »).

   - Dans l'expertise du COMAI du 13 décembre 2000, les experts relèvent que dans l'ancienne activité de l'assuré, la capacité de travail est de l'ordre de 50% ; dans une activité adaptée, la capacité de travail s'élèverait à 70% et pourrait redevenir normale avec une amélioration ultérieure de l'état psychique (résolution de la dépression légère). L'expert en orthopédie note en outre que dans un poste moitié administratif et moitié accueil et service, la capacité de l'expertisé serait entière (page 14 de l'expertise du COMAI).

   - Dans son expertise psychiatrique du 11 janvier 2002, le Dr G_____ estime que le statu quo ante a été atteint depuis 2000 du point de vue psychiatrique et qu'il n'y a pas d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique dans la profession de l'assuré.

   - Dans son expertise du 22 janvier 2002, le Dr I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, relève que le traitement des suites de l'événement accidentel est terminé. L'assuré présente cependant des problèmes dégénératifs lombaires avancés constituant un état antérieur et étranger à l'accident. Les séquelles physiques de l'accident n'entraînent plus d'incapacité de travail dans la

profession antérieure de l'expertisé (conclusions valables à la date de l'expertise). Les activités de préposé à un guichet, de réceptionniste-téléphoniste, d'aide de bureau, d'employé de régie, d'employé de surveillance, d'opérateur de saisie, d'huissier de banque ou d'aide comptable sont possibles à plein temps.

S'agissant du droit du recourant à une rente d'invalidité LAA, l'intimée s'est basée pour déterminer le taux d'invalidité sur les deux expertises, psychiatriques et orthopédiques, qu'elle a ordonnées. Le recourant soutient quant à lui qu'il convient de retenir l'expertise du COMAI.

Il convient tout d'abord de constater que tant l'expertise du Dr G_____ que celle des Dr I_____ répondent aux critères jurisprudentiels pour leur accorder pleine valeur probante. En effet, les experts se sont appuyés sur des dossiers complets ; leurs rapports sont étayés ; des anamnèse complètes ont été réalisées et les conclusions sont motivées. S'agissant de l'expertise du COMAI, il y a lieu de relever qu'elle contient une importante contradiction que les experts n'expliquent pas. En effet, ces derniers, qui n'ont pas constaté de signes évocateurs d'un état de déchéance, diagnostiquent une dépression légère, qui, selon eux, rendrait le recourant incapable de travailler à 30% (jusqu'à l'amélioration de la dépression légère). Ce taux d'incapacité n'est pas explicable, surtout si l'on se réfère au « descriptif de la vie quotidienne » (page 8) et à la « discussion » (page 11), desquels il ressort que le recourant, bien socialisé, mène une vie active. Il convient par ailleurs de noter que les experts du COMAI n'avaient pas pour mission de déterminer le lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé du recourant.

Quant à l'expert psychiatre G_____, il a procédé à un entretien avec l'assuré le 17 décembre 2001 et de nombreux tests cliniques se sont déroulés les 27 novembre et 17 décembre 2001. Les examens paracliniques ont eu lieu le 17 décembre 2001. Il y a lieu de relever que les tests psychométriques concernant la dépression (le test de Hamilton, de Beck 13 et de Beck 21) ont abouti à des résultats contradictoires, en raison, selon l'expert, d'une mauvaise concordance entre lesdits tests et l'examen clinique, en particulier entre les hétéros et les auto-évaluations. En outre, bien que l'expert psychiatre relève qu'il est difficile de savoir si l'expertisé a réellement présenté un état dépressif majeur sévère en 1997, au vu des renseignements contradictoires contenus au dossier, il estime finalement que le recourant ne semble pas avoir souffert d'un effondrement dépressif majeur à cette époque. En effet, l'expertisé n'a pas paru, en 1997, à l'expert E_____ particulièrement déprimé et lui a semblé en revanche très positif à l'idée de pouvoir se remettre au travail ; il a pu en outre renouer une nouvelle relation sentimentale investie à ce moment-là et il n'a jamais bénéficié de traitement antidépresseur *lege artis* sauf durant une brève période (posologie faible). Le Tribunal de céans ajoutera qu'il a toujours consulté le Dr C_____ à la demande et que selon les attestations de ce médecin, le patient ne l'aurait pas vu du 26 novembre 1996 à avril

1998, soit pendant toute l'année 1997, ce qui prouverait qu'il ne souffrait pas alors de troubles dépressifs sévères. Quoiqu'il en soit, selon le Dr G_____, l'expertisé ne présente plus actuellement de troubles psychiatriques et bénéficie d'un point de vue psychiatrique d'une capacité totale de travail. Ses conclusions dûment motivées rejoignent celles du psychiatre traitant, qui, en septembre 2000, indique que dans l'incapacité partielle attestée par le Dr A_____, il n'y a aucune composante psychiatrique.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir pour déterminer l'invalidité psychique de l'assuré due à l'accident, l'expertise du Dr G_____ qui ne contient pas de contradictions et qui est beaucoup plus fouillée que celle du COMAI, lors de laquelle l'assuré n'a fait que l'objet d'un consilium de psychiatrie assez sommaire. En outre, le Dr G_____ motive de manière convaincante ses conclusions, notamment en expliquant qu'en 1999, les symptômes anxieux qui seraient apparus pourraient être dus à l'hyperthyroïdie et aux problèmes de l'assuré en lien avec l'assurance-invalidité. Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant, on ne saurait déduire de la prise en charge par l'assurance-invalidité des problèmes psychiques qu'ils sont en lien de causalité avec l'accident, puisque les organes de l'assurance-invalidité n'avaient pas à examiner, ni, partant, à se déterminer sur ce point.

Ainsi, sur la base de l'avis du Dr G_____ et du psychiatre traitant, il y a lieu de constater que le recourant ne présente plus actuellement de troubles psychiatriques en lien de causalité naturelle avec l'accident et qu'il bénéficie d'un point de vue psychique d'une capacité totale de travail. La causalité adéquate, selon les critères énumérés sous chiffre 5 ci-dessus, n'a donc pas à être examinée.

Quant à l'expert I_____, il relève que l'expertisé n'a habituellement pas de douleurs à la hanche, mais présente cependant des problèmes dégénératifs lombaires avancés constituant un état antérieur et étranger à l'accident. S'agissant du problème de la hanche, le recourant peut marcher une heure et demi à deux heures sans problème, puis il se fatigue et des douleurs apparaissent. En position assise, il doit parfois se déplacer pour se mettre légèrement de côté. L'expert estime que le recourant présente une capacité totale de travail dans son ancienne profession d'assistant de direction ; de nombreuses autres activités sont également possibles à plein temps, sans mesure de réadaptation. Il rejoint en cela les conclusions de l'expert en orthopédie du COMAI qui estime que la capacité est totale dans une activité pour moitié administrative et pour moitié de service et d'accueil, comme l'était l'activité d'assistant de direction qu'exerçait le recourant, ainsi que l'appréciation de son médecin traitant qui relève que les suites de l'opération de la prothèse totale de la hanche sont bonnes et que les plaintes du patient ne sont que de deux types, soit des douleurs dorsales dans un contexte de hernie discale opérée à deux reprises, ainsi qu'un état dépressif en traitement, en relation directe avec les suites de l'accident.

De surcroît, dans toutes les activités décrites par l'expert I_____, la capacité de travail du recourant est aussi entière et il pourrait gagner selon le salaire statistique de référence (qui est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de la production en 2002) 4'557 fr. par mois ou 54'684 fr. par an (ESS 2002, tableau TA1, niveau de qualification 4), qui doivent être portés à 57'008 fr. 05, compte tenu des salaires bruts standardisés qui ne tiennent compte que d'un horaire de travail de 40 heures et non de 41,7 heures, moyenne valable en 2002 (pour les derniers chiffres disponibles cf. La Vie économique 5-2005, p. 90). Ce montant est donc supérieur à celui que le recourant percevait lors de son accident (52'500 fr. par an). Même revalorisé à l'année 2002, le revenu avant invalidité, qui atteint alors 56'951 fr. 50, reste inférieur au salaire après invalidité de référence.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le recourant ne présente pas d'invalidité découlant des suites de l'accident et n'a par conséquent pas droit à une rente d'invalidité LAA.

10. Il convient maintenant de se pencher sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel a droit le recourant.

Si par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 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. 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. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (W. GILD et H. ZOLLINGER, Die Integritätentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe 3 de l'OLAA. 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 et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch.

2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. La division médicale de la SUVA a en outre élaboré des tables complémentaires plus détaillées (Informations de la division médicale de la SUVA n° 57 à 60, ainsi que 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218). Par ailleurs, le TFA a jugé dans une jurisprudence constante que les troubles psychiques consécutifs à un accident ne donnaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité que lorsqu'il était possible de poser de manière indiscutable un diagnostic individuel à long terme, qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (cf. ATFA du 3 avril 1998 en la cause U 257/96 et RAMA 1998 p. 354 et ss.).

Il convient tout d'abord de constater que le recourant ne présentant pas de troubles psychiques en relation avec l'accident, aucune atteinte à l'intégrité pour raisons psychiques ne peut lui être octroyée.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, elle a été calculée par l'intimée sur la base de la table V de la SUVA (positions coxarthrose et endoprothèse avec bons résultats, qui correspondent à un taux de 20%), ce qui est parfaitement correct. Il y a enfin lieu de relever que l'indemnité a été calculée sur la base d'un gain annuel au moment de l'accident correspondant à 97'200 fr., alors que le revenu annuel du recourant s'élevait alors à 52'500 fr. Le Tribunal de céans renoncera cependant à une réformation in pejus de la décision de l'intimée (ATF 119 V 249 consid. 5).

11. Au vu de ce qui précède, le recours s'avérant mal fondé doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier | La Présidente :

Walid BEN AMER | Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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