

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/955/2015

ATAS/732/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 septembre 2015**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA

recourant

contre

AXA WINTERTHUR, sis Assurances collectives de personnes,  
chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) est né le \_\_\_\_\_ 1965. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2009, il a travaillé à plein temps (40 heures par semaine) en qualité de comptable pour le compte de B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), moyennant un salaire de CHF 8'000.- par mois, payé treize fois l'an. A ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'AXA WINTERTHUR (ci-après : AXA).
2. Le 30 décembre 2009, aux environs de 4 heures du matin, l'assuré, qui circulait sans casque à vélo par temps de pluie, a refusé une priorité et est entré en collision avec une voiture au croisement entre la rue des Bains et le boulevard Carl-Vogt. L'assuré était pris de boisson et son vélo n'était pas muni d'un dispositif d'éclairage à l'arrière. Le conducteur du véhicule automobile a pris la fuite, sans pouvoir être identifié. A l'arrivée de la police, l'assuré recevait les premiers soins dans l'ambulance, son vélo était encastré sous un véhicule stationné à environ 15 mètres de l'intersection et une tache de sang était visible sur la chaussée, au point de chute approximatif de l'assuré, à environ 30 mètres de l'intersection. Le rapport d'accident du 29 janvier 2010 mentionne que l'assuré était grièvement blessé du côté droit, souffrant d'un traumatisme crânien, de plaies au cuir chevelu et de fractures de la clavicule, du bassin, du fémur, de la cheville et du pied. Polytraumatisé et inconscient, il a été emmené aux urgences en ambulance. Il a également souffert d'une amnésie circonstancielle passagère.
3. A compter du jour de l'accident, l'assuré a bénéficié d'une incapacité de travail de 100% du 30 décembre 2009 au 31 août 2010, de 70% du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 30 janvier 2011, de 100% du 31 janvier au 13 mars 2011, de 50% du 14 mars au 3 avril 2011, de 100% du 4 au 5 avril 2011, de 50% du 6 au 13 avril 2011, de 100% du 14 au 18 avril 2011, de 50% du 19 au 25 avril 2011, de 100% du 26 avril au 3 juillet 2011, de 50% du 4 juillet au 17 octobre 2011, de 100% du 18 octobre au 30 novembre 2011, de 50% du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 7 janvier 2012, de 25% du 8 au 31 janvier 2012 et de 100% du 1<sup>er</sup> février au 31 juillet 2012. Le sinistre a été pris en charge par AXA, en sa qualité d'assureur-accidents jusqu'au 31 juillet 2014, sous la forme d'une prise en charge des frais médicaux et du versement d'une indemnité journalière.
4. L'assuré a été hospitalisé au sein des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après : les HUG) du jour de l'accident au 1<sup>er</sup> février 2010. Il a ensuite été transféré à la Clinique de Loèche-Les-Bains pour suite de traitement et rééducation. Son séjour y a duré jusqu'au 21 mai 2010.
5. Dans un compte rendu opératoire du 5 janvier 2010, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a posé les diagnostics de fracture sous-trochanter multi fragmentaire du fémur droit, de rupture de la symphyse, de fracture clavicule droite, de plaie occipitale droite et de fracture bimalléolaire droite. L'intervention avait eu

lieu le jour de l'accident, sous anesthésie générale. Elle avait consisté en un test symphyse sous scopie, une ostéosynthèse du fémur droit par cerclage et clou et le lavage et la fermeture de la plaie occipitale.

6. Dans un compte rendu opératoire du 6 janvier 2010, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a retenu les diagnostics de fracture de la clavicule droite, de fracture du bassin, de fracture du fémur droit, de fracture du pilon tibial droit, de traumatisme crânio-cérébral et de contusions multiples. L'intervention avait eu lieu le 5 janvier 2010 et avait consisté en une ostéosynthèse symphyse pubienne et une ostéosynthèse pilon tibial droit.
7. Le 3 mars 2010, l'assuré a subi une ostéosynthèse de la clavicule droite.
8. Dans un rapport du 21 avril 2010, la Clinique de Loèche-Les-Bains a posé les diagnostics de polytraumatisme avec fracture de la clavicule droite (ostéosynthèse), de multiples fractures du fémur droit (ostéosynthèse), du tibia et du péroné droits (ostéosynthèse) et d'une rupture de la symphyse (ostéosynthèse). L'évolution était favorable, mais les douleurs et les risques de rechute étaient grands, en raison des multiples fractures qui rendaient la thérapie complexe et difficile.
9. Dans un rapport du 29 juillet 2010, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué un polytraumatisme, sous la forme d'une fracture de la clavicule droite, d'une fracture du bassin, d'une fracture du fémur droit, d'une fracture du pilon tibial droit, d'un traumatisme crânio-cérébral et de contusions multiples. Aucune circonstance étrangère à l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas. L'incapacité de travail était de 100% dès le 30 décembre 2009 et de 50% à compter du 2 août 2010. Il y avait lieu de craindre un dommage permanent sous la forme de lombalgies récidivantes.
10. Dans un rapport du 14 septembre 2010, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué un polytraumatisme. Huit mois après l'accident, l'assuré ne pouvait pas rester assis. Il présentait des douleurs migrantes et une cheville droite gonflée. Une incapacité de travail ou une reprise du travail devait être examinée avec le Dr E\_\_\_\_\_.
11. Dans un rapport du 28 septembre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé la teneur de son rapport du 29 juillet 2010, précisant pour le surplus que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 30 décembre 2009, et de 30% à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010.
12. Dans un rapport du 25 octobre 2010, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué des acouphènes post-traumatiques, sans incidences sur la capacité de travail.
13. Le 6 décembre 2010, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a certifié que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier

---

depuis le 26 mai 2010 pour un état de stress post-traumatique invalidant et un épisode dépressif récurrent d'intensité sévère sans symptômes psychotiques réactionnel à son état de stress post-traumatique.

14. Dans un rapport du 27 décembre 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique. Aucune circonstance étrangère à l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010, pour une durée indéterminée. Un risque de chronicité de l'état de stress post-traumatique était à craindre.
15. Le 28 décembre 2010, la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a relevé que l'IRM cérébrale réalisée le même jour, en raison de céphalées après choc il y a un an, était dans les limites de la norme pour l'âge de l'assuré, avec une éventuelle séquelle ischémique frontale droite, de très petite taille.
16. Dans un rapport du 31 janvier 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ confirmé les diagnostics retenus dans son rapport du 27 décembre 2010. Il constatait une tristesse, une anhédonie, une fatigue, des troubles de la concentration, des flashbacks, des évitements et des cauchemars. Une reprise du travail à 30% était possible dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010.
17. Le 8 février 2011, l'assuré a subi une intervention chirurgicale réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_, portant sur l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la clavicule droite et de la symphyse pubienne.
18. Le 24 mai 2011, le Dr F\_\_\_\_\_ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur et de la cheville droite. L'extraction du clou centromédullaire verrouillé du fémur droit avait été extrêmement difficile, ce qui causait à l'assuré de très vives douleurs et la présence d'hématomes extrêmement importants sur tout le membre inférieur droit. Une rééducation active de deux semaines par massages, drainages, mobilisation et hydrothérapie était nécessaire à la Clinique de Loèche-Les-Bains, après l'ablation des fils, soit 15 jours après l'intervention.
19. Dans un rapport du même jour, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH, a retenu les diagnostics de status post-opératoire suite à un accident survenu le 30 décembre 2009, des douleurs multiples surtout à la jambe droite et un état anxio-dépressif sans symptômes psychotiques. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait reçu en consultation l'assuré qu'une seule fois, dans un contexte de détresse.
20. Le 14 octobre 2011, l'assuré s'est soumis à l'examen du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans le cadre d'une expertise mise en œuvre par AXA. Dans le rapport qui s'en est suivi, l'expert a posé les diagnostics de status 21 mois et demi après fractures de la clavicule droite, du bassin, du fémur droit, du pilon tibial droit, traumatisme crânio-cérébral, contusions multiples et plaie occipitale, status 21 mois et demi après ostéosynthèse du fémur droit par cerclage et enclouage centromédullaire (par clou T2), et lavage-fermeture de la plaie occipitale, status

21 mois après ostéosynthèse de la symphyse pubienne, du pilon tibial droit et de la malléole externe, status 19 mois après ostéosynthèse de la clavicule droite, status huit mois après ablation du matériel d'ostéosynthèse de la clavicule droite et de la symphyse pubienne et status six mois après ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur et à la cheville droite.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a précisé avoir fondé ses conclusions sur le dossier médical fourni par AXA, son examen clinique et un bilan radiologique standard réalisé le jour même. Il a rappelé le contexte de l'expertise, exposé l'anamnèse de l'assuré, résumé les pièces mises à sa disposition, relaté ses plaintes, exposé son status clinique, résumé le bilan radiologique réalisé et donné son appréciation du cas.

L'accident avait causé une fracture de la clavicule droite, du bassin (disjonction symphysaire), du fémur droit, du pilon tibial droit, un traumatisme crânio-cérébral, et des contusions multiples. Deux opérations avaient été pratiquées en urgence. L'ostéosynthèse de la clavicule droite avait été réalisée trois mois après le traumatisme, le traitement conservateur ayant échoué. La récupération de ces lésions avait été manifestement difficile, essentiellement marquée par une symptomatologie douloureuse importante, difficilement palliée par une antalgie soutenue. Après consolidations des diverses fractures, l'assuré avait pu reprendre son travail à temps partiel (30%) le 1<sup>er</sup> septembre 2010. La capacité de travail avait pu être améliorée uniquement après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, faite en deux temps. Elle était actuellement de 50%, depuis le 4 juillet 2011.

La situation subjective était actuellement jugée comme lentement favorable. L'assuré suivait un traitement de physiothérapie et un auto-entraînement en piscine. Il se plaignait de douleurs dans la fesse droite, qui limitaient la position assise prolongée et généraient une boiterie. On notait aussi des douleurs le long de la musculature des adducteurs de la cuisse homolatérale, et des tiraillements sur la face externe de la jambe, cette symptomatologie ne faisant cependant plus appel à une antalgie régulière.

L'examen clinique était rassurant. La fracture de la clavicule ne laissait aucune séquelle fonctionnelle et la fonction de l'épaule était complète. L'examen du pelvis ne révélait rien de particulier. Toutefois, il existait une hypersensibilité au toucher de la musculature fessière et du bord sacré droit, ceci en l'absence d'une lésion organique régionale à l'IRM. L'appui unipodal était refusé pour une raison inconnue, eu égard à une fonction et une trophicité des muscles qui paraissait adéquate. Il n'y avait aucun trouble neurologique significatif. L'attitude de l'assuré pouvait être la conséquence d'une appréhension exagérée, influencée par des éléments extra-anatomiques. La mobilité de la hanche droite était quasi normale et la fracture du fémur s'était consolidée sans troubles torsionnels ni raccourcissement. La cheville droite montrait une mobilité quasi-normale. Par conséquent, le Dr K\_\_\_\_\_ n'avait aucun argument à faire valoir pour limiter la capacité de travail de l'assuré, lequel occupait une place de travail parfaitement adaptée aux séquelles traumatiques relativement modestes de son accident. On

---

pouvait retenir une pleine capacité de travail au maximum trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur, ceci en l'absence d'une séquelle anatomique conséquente. La symptomatologie résiduelle de la cuisse (adducteurs), si elle était imputable à l'accident, devrait s'estomper à brève échéance, soit deux ans après l'accident et neuf mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, au plus. Une appréciation similaire pouvait être formulée en ce qui concerne la symptomatologie de la jambe droite, ceci en l'absence de troubles dégénératifs de l'articulation de la cheville et sans troubles fonctionnels conséquents. La raideur résiduelle mineure risquait de perdurer. Un traitement de physiothérapie en relation avec l'accident du 30 décembre 2009 ne paraissait plus utile. Son auto-entraînement en piscine était suffisant pour pallier aux petits désagréments résiduels comme les tiraillements et les éventuelles douleurs de surcharge. Cet auto-entraînement ne s'écartait pas de ce que tout un chacun devait accomplir pour éviter les aléas mineurs d'une vie active. Le Dr K\_\_\_\_\_ a enfin constaté que l'assuré continuait son suivi psychiatrique.

Compte tenu de ces éléments, l'expert a conclu que la relation de causalité entre l'accident du 30 décembre 2009 et les plaintes et troubles constatés lors de l'examen était partiellement admise. En résumé, la fracture de la clavicule droite ne laissait pas de séquelle fonctionnelle. Il en allait de même pour la disjonction symphysaire, hormis la notion d'une surcharge résiduelle à caractère transitoire des adducteurs. La fracture du fémur droit laissait la possibilité, à long terme, de douleurs modestes et occasionnelles, essentiellement à l'effort, mais ne devait pas nécessiter un traitement médicamenteux soutenu ou un traitement fonctionnel complémentaire. Aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue trois mois après la dernière ablation du matériel d'ostéosynthèse (fémur). Enfin, en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), le Dr K\_\_\_\_\_ a proposé de l'admettre à hauteur de 5%, en raison de la modeste raideur résiduelle de la cheville droite et des discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droite.

21. L'assuré a été hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana du 27 octobre au 15 novembre 2011. Dans le rapport du 19 décembre 2011 y relatif, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en médecine interne générale, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans syndrome psychotique et retenu des comorbidités, soit une bradycardie sinusale et un status post-multiples fractures et retrait de matériel d'ostéosynthèse sur accident sur la voie publique en 2009. Le motif de l'hospitalisation était le soutien psychologique de l'assuré. Ce dernier présentait une diminution de la thymie liée à son accident, des problèmes financiers et des problèmes sociaux, notamment son travail. Les soins prodigués avaient contribué à diminuer les angoisses, à améliorer la thymie et à faire disparaître les idées suicidaires. Un trouble de la personnalité n'était pas exclu.
22. Par courriel du 1<sup>er</sup> février 2012 à l'attention du médecin-conseil d'AXA, le Dr H\_\_\_\_\_ a confirmé la reprise à 75% de son travail par l'assuré depuis le 1<sup>er</sup>

janvier 2012, et à 100% le 1<sup>er</sup> février 2012. Il avait présenté un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission totale. Son traitement médicamenteux allait être poursuivi durant 6 mois, afin de minimiser les risques de rechute. Toute rechute dépressive éventuelle ultérieure ne serait pas en lien avec l'accident du 30 décembre 2009, car une guérison de l'état de stress post-traumatique en lien avec l'accident était constatée.

23. Du 12 au 30 avril 2012, l'assuré a été de nouveau hospitalisé au sein de la Clinique genevoise de Montana. Dans son rapport du 10 mai 2012, le docteur M\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et les comorbidités de bradycardie sinusale, de troubles de stress post-traumatique, de status post-multiples fractures et retrait de matériel d'ostéosynthèse sur accident sur la voie publique en 2009, de status post-ablation d'un plombage en 2006, d'un status post-intoxication au mercure en 2006 et d'une ancienne toxicomanie. L'hospitalisation avait eu pour but de prodiguer un soutien psychologique et de permettre un éloignement des facteurs de stress. L'assuré présentait un trouble dépressif sévère en lien avec des limitations physiques, mais surtout psychiques au niveau de la confiance en lui, de la perception de sa propre vie et du sens de l'initiative et de l'entreprise dans sa vie. Ces dysfonctionnements étaient apparus suite à un accident de vélo en 2009, avec de multiples séquelles, alors qu'il présentait déjà une personnalité prémorbide très fragile. Ses idées suicidaires étaient très présentes. Un travail autour du rythme de vie jour/nuit, un éloignement des facteurs de stress et la reprise de l'activité physique avaient permis une légère amélioration de la thymie.
24. Dans une expertise psychiatrique du 18 octobre 2012 réalisée à la demande d'AXA, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'état dépressif majeur de gravité moyenne, d'état de stress post-traumatique sévère chronique, de syndrome post-commotionnel et d'atteinte neuropsychologique. Le lien de causalité entre les diagnostics retenus et l'accident du 30 décembre 2009 était donné. Ces atteintes étaient suffisamment sévères et incapacitantes (niveau de réactivité au stress, atteinte émotionnelle et capacités de concentration et cognitives) pour justifier une incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 30 décembre 2009. Il était peu probable qu'un statu quo ante soit atteint. Les troubles psychiques présentés jouaient un rôle prépondérant par rapport à l'ensemble des atteintes à la santé de l'assuré, depuis le jour de l'accident.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que son rapport se fondait sur son entretien du 8 décembre 2011 avec l'assuré, un examen neuropsychologique du 28 avril 2012 et le dossier transmis par AXA. Il a rappelé les circonstances de l'expertise, exposé l'anamnèse de l'assuré, résumé brièvement les éléments pertinents du dossier, relaté les plaintes de l'assuré, fait état de ses constatations objectives et donné son appréciation du cas.

Le bilan neuropsychologique montrait un ralentissement et un fléchissement attentionnel, un fléchissement des fonctions exécutives (troubles de l'incitation, de l'inhibition et de la programmation), un empan mnésique audito-verbal modérément déficitaire et des troubles de la mémoire épisodique verbale, avec tendances aux intrusions et fausses reconnaissances, des troubles du calcul oral, un discret fléchissement des praxies gestuelles dans l'imitation de gestes sans signification et des résultats légèrement déficitaires dans un test fin d'organisation visuelle. Ces éléments pouvaient être compatibles avec des séquelles de traumatisme crânio-cérébral et l'éventuelle séquelle ischémique frontale droite décrite dans l'IRM du 28 décembre 2010, mais il était vraisemblable qu'ils puissent être accentués par les troubles psycho-affectifs décrits par le Dr H\_\_\_\_\_ (épisode dépressif récurrent sévère, état de stress post-traumatique), par la fatigue liées aux troubles du sommeil et par les douleurs.

Avant l'accident, l'assuré n'avait jamais souffert de troubles psychiques. L'examen clinique avait mis en évidence la méfiance de l'assuré vis-à-vis de l'expertise. Son discours était centré sur les conséquences de l'accident. Il paraissait authentique, n'étant ni quérulent, ni revendicateur. Le tableau clinique était dominé par une symptomatologie dépressivo-anxieuse, avec une très nette baisse de l'humeur, un sentiment de tristesse permanent et des ruminations à thème d'insuffisance, de désespoir et d'incapacité à se projeter dans le futur. L'assuré présentait une perte de plaisir pour les activités habituelles et une tendance à l'isolement social. Il était toujours tendu, anxieux, dans l'attente d'une catastrophe imminente ou d'un accident. Cette anxiété s'accompagnait de nombreux signes d'hyperactivité neurovégétative, notamment des oppressions thoraciques au niveau du plexus et la sensation d'avoir de la peine à respirer. Le sommeil était gravement perturbé dans la phase d'endormissement. L'appétit était diminué, voire fluctuant, avec une perte de 10 kilogrammes depuis l'accident. La libido était absente. Du point de vue anxieux, l'assuré n'arrivait pas à se détacher des conséquences et de l'accident.

La symptomatologie dépressive était compatible avec un état dépressif majeur de gravité moyenne. Les critères en faveur d'un état de stress post-traumatique étaient donnés, dans la mesure où l'assuré avait été objectivement confronté à la mort, subi un traumatisme crânio-cérébral et un polytraumatisme ayant nécessité de multiples interventions chirurgicales. Il avait des souvenirs répétitifs et envahissants de l'accident, provoquant un sentiment de détresse.

Au niveau médical, il y avait peu d'espoir d'évolution favorable, malgré la prise en charge psychiatrique, qui devait être poursuivie. Il n'y avait guère d'espoir d'évolution sur le syndrome post-commotionnel et les troubles neuropsychologiques. A ce titre, l'assuré pouvait néanmoins bénéficier d'un réentraînement des fonctions exécutives et attentionnelles, ce qui justifiait une réévaluation dans un délai de 12 mois.



L'atteinte à l'intégrité pour les séquelles psychiques de l'accident pouvait être jugée comme modérée à sévère, soit entre 50 et 80%. En effet, l'assuré avait des difficultés à assumer sa vie quotidienne et ne pouvait plus s'occuper de ses enfants.

25. Dans un complément d'expertise du 29 août 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur sévère à probable caractéristique mélancolique, d'état de stress post-traumatique et de syndrome post-commotionnel avec modification durable de la personnalité liée à une atteinte organique. La capacité de travail restait nulle dans toute activité.

Depuis l'expertise et l'examen clinique du 8 décembre 2011, l'évolution était particulièrement défavorable, de sorte que les conclusions de l'expertise précédente devaient être confirmées. L'état de l'assuré était tel qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique devait être envisagée. Cet état ne pouvait pas être considéré comme stabilisé, dans la mesure où il existait un potentiel évolutif concernant l'état psychique sous traitement psychiatrique (hospitalisation).

26. Dans un projet d'acceptation de rente du 26 novembre 2013, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a considéré que l'assuré avait le droit à une rente entière d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 70% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011.
27. Dans un rapport du 14 mai 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des épisodes dépressifs récurrents sévères et moyens et un syndrome post-commotionnel qui évoluait vers un tableau « bipolaire like ». L'incapacité de travail était totale depuis 2012. L'état n'était pas stabilisé et une réévaluation dans 12 mois semblait appropriée.
28. Par courrier du 16 mai 2014 adressé au médecin-conseil d'AXA, le Dr N\_\_\_\_\_ a précisé que le traumatisme crânio-cérébral de l'assuré appartenait à la catégorie des atteintes à la santé cliniquement perceptibles, mais sans substrat organique causant une altération structurelle.
29. Le 10 juillet 2014, AXA a informé l'assuré qu'elle considérait que, d'un point de vue orthopédique et conformément à l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, son état s'était stabilisé et qu'il ne subsistait qu'une modeste raideur résiduelle de la cheville droite et de discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droite. Aucune incapacité de travail ne devait subsister au-delà d'une période de trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur et de la cheville droite qui avait eu lieu le 24 mai 2011.

En ce qui concerne le traumatisme crânio-cérébral, ce dernier était admis, compte tenu de la plaie occipitale. Les suites d'un tel traumatisme persistaient en principe entre six et douze semaines. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait retenu une atteinte à la santé cliniquement perceptible, mais sans substrat organique causant une altération structurelle. L'accident subi par l'assuré était de gravité moyenne. Aucun des critères jurisprudentiels pour ce type d'accident n'était réalisé, de sorte que la

causalité adéquate entre les affections neuropsychologiques et psychiques et l'accident devait être niée. Les troubles psychiques présentés n'ouvrant pas de droit à des prestations de l'assurance-accident, il était mis un terme au versement des indemnités journalières, avec effet au 31 juillet 2014. Il incombait à l'assureur-maladie et à l'assureur LPP d'intervenir, l'invalidité étant avérée.

Quant à l'IPAI, elle était admise à hauteur de 5%, en raison de la modeste raideur résiduelle de la cheville droite et des discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droite. Celle-ci se basait sur un gain maximal assurable au moment des faits de CHF 126'000.-. L'IPAI allouée se montait donc à CHF 6'300.-.

30. Par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2014, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, contesté l'appréciation du cas d'AXA. S'agissant des séquelles physiques, son état n'était pas stabilisé, étant précisé que ses atteintes à la cheville et à la hanche l'empêchait de travailler à plein temps. En ce qui concerne les séquelles psychiques, ces dernières étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. L'IPAI de 5% avait été sous-évaluée par le Dr K\_\_\_\_\_. En conclusion, l'assuré demandait qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée et qu'une IPAI de 40% lui soit versée.
31. Par décision du 18 septembre 2014, AXA a relevé que les prétentions de l'assuré n'étaient étayées par aucun élément médical et a intégralement persisté dans son courrier du 10 juillet 2014. Il était mis fin au versement des indemnités journalières dès le 31 juillet 2014. Plus aucun frais de traitement ne serait pris en charge. L'IPAI était fixée à 5%, en raison d'une modeste raideur résiduelle de la cheville droite et de discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droites.
32. Par courrier du 17 octobre 2014, l'assurance-maladie de l'assuré a fait opposition à cette décision. La causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de l'assuré devait être admise, compte tenu du fait que ce dernier avait été confronté à la mort, qu'il avait subi un traumatisme crânio-cérébral et plusieurs fractures qui avaient nécessités de multiples interventions chirurgicales. De plus, l'assuré avait développé un sentiment de détresse provoqué par des souvenirs répétitifs et envahissants de l'accident, et quelques rêves et cauchemars nécessitant un suivi de longue durée. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait établi avec certitude un rapport de causalité entre l'accident et les atteintes psychiques. Entre ses deux rapports, l'état de l'assuré s'était aggravé, de sorte que le statu quo n'était pas atteint. S'agissant des fractures subies, l'état de l'assuré n'était pas encore stabilisé, dans la mesure où il subsistait une modeste raideur à la cheville droite et de discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droite, pour lesquelles l'assuré effectuait des séances de physiothérapie. Par conséquent, il appartenait à AXA de prendre en charge les traitements des troubles psychiques et somatiques de l'assuré.
33. Par courrier du 20 octobre 2014, l'assuré a également formé opposition à la décision du 18 septembre 2014. S'agissant des séquelles physiques et contrairement à l'avis du Dr K\_\_\_\_\_, son état n'était pas stabilisé, notamment au niveau de

l'épaule droite. Il existait d'importantes limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule, des hanches et de la jambe droite, qui empêchaient une pleine capacité de travail. Cette capacité n'excédait pas 50%. Sur le plan psychique, son accident devait être considéré comme grave, de sorte que le lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles non organiques et l'accident devait être admis. Ces troubles entraînaient une incapacité de travail de 100%. Enfin, il contestait la quotité de l'IPAI qui lui était allouée. Compte tenu de l'ensemble des séquelles dont il était affecté, celle-ci devait être d'au moins 50%.

34. Par décision sur opposition du 17 février 2015, AXA a rejeté les oppositions et retiré à un éventuel recours tout effet suspensif. L'assuré avait été renversé par une voiture et victime de multiples fractures, ainsi que d'une perte de connaissance d'au moins 5 minutes et d'une amnésie post-traumatique de 12 heures ou plus, de sorte que l'accident devait être qualifié de gravité moyenne. Aucun des critères jurisprudentiels indispensables à l'admission de la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques n'était réalisé. En effet, les circonstances entourant l'accident étaient loin d'être dramatiques, ses multiples fractures ayant été guéries sans réelle séquelle. Il n'avait en aucun cas été confronté à la mort. De plus, en raison de sa perte de conscience et de son amnésie, il était étonnant qu'il puisse revivre constamment son accident. Les lésions somatiques avaient rapidement laissé place aux atteintes caractéristiques des traumatismes de type « coup du lapin ». L'assuré invoquait des lésions au niveau de l'épaule, de la hanche et de la cheville, alors qu'il ne consultait plus de spécialiste en orthopédie depuis mars 2013 et qu'il ne prenait plus de médication. La durée du traitement suivi n'avait rien d'anormale. Aucune erreur dans le traitement médical, complication ou difficulté n'était apparue en cours de guérison. La durée de l'incapacité de travail avait été très courte avec une reprise du travail à 50% attestée par le Dr E\_\_\_\_\_ au 2 août 2010. Quant aux douleurs ressenties, elle n'était pas d'une intensité suffisante pour admettre le rapport de causalité adéquate. S'agissant de l'IPAI, celle-ci avait été déterminée sur la base de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, laquelle n'avait été contestée par l'assuré que 3 ans après sa prise de connaissance. Les plaintes relatives à des séquelles imaginaires de l'accident ne pouvaient pas permettre de remettre en cause l'IPAI allouée.
35. Dans un rapport établi à la demande de l'assuré le 4 mars 2015, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état de ses constatations et des résultats de son examen clinique en ce qui concerne l'épaule droite, le fémur droit et la cheville droite de l'assuré. Il a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50%, en tenant compte des possibilités de changer fréquemment de position et d'avoir à disposition un siège confortable, l'assuré ne pouvant rester assis durant de longues périodes. Il lui était fortement conseillé de se lever et de marcher quelques instants toutes les heures. Les douleurs étaient en effet constantes mais variables en intensité dans la fesse

droite. De ce fait, une baisse de rendement devait être prise en compte. En ce qui concerne l'IPAI, le Dr O\_\_\_\_\_ validait les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_.

36. Par acte du 20 mars 2015, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours par devant la chambre de céans à l'encontre de cette décision, concluant à son annulation, à ce qu'une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% lui soit versée au-delà du 31 juillet 2014 et à ce qu'une IPAI de 50% lui soit allouée, sous suite de frais et dépens. Le fait qu'il ait subi un accident non-professionnel le 30 décembre 2009 n'était pas contesté. L'invalidité qui en découlait reposait sur des atteintes physiques et psychiques.

La valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ était contestée, notamment à la lumière des conclusions du Dr O\_\_\_\_\_. Aussi y avait-il lieu de retenir qu'en raison de l'accident et des opérations successives subies, il subsistait une incapacité de travail liée aux séquelles physiques d'au moins 50%.

S'agissant des troubles psychiques, il n'était pas contesté qu'ils étaient à l'origine d'une incapacité totale de travailler. Tant le Dr N\_\_\_\_\_ que le Dr H\_\_\_\_\_ retenaient une telle incapacité.

Était litigieuse la question de savoir si les troubles postérieurs au 31 juillet 2014 étaient en relation de causalité avec l'accident du 30 décembre 2009.

Lors de cet événement, il avait subi un traumatisme crânio-cérébral sans substrat organique. L'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles psychiques devait être admise, dans la mesure où il présentait un tableau clinique typique pour ce type d'atteinte. Son accident devait être qualifié de grave, de sorte que le lien de causalité adéquate était également réalisé. Dans le cas où la gravité de son accident était considérée comme moyenne, le lien de causalité était également rempli. En effet, les circonstances de son accident étaient dramatiques. Il avait été percuté de plein fouet par une voiture roulant feux éteints au milieu de la nuit et projeté à 30 mètres du point d'impact. Il avait perdu connaissance et été abandonné à son sort par le chauffard qui avait pris la fuite. Comme l'avait relevé le Dr N\_\_\_\_\_, il avait été confronté à sa propre mort. Suite à l'accident, il avait dû subir deux interventions chirurgicales en deux jours. Il avait souffert d'un traumatisme crânio-cérébral, d'une plaie au niveau du crâne, de multiples fractures de la clavicule, des vertèbres, du bassin, du fémur, de la cheville, du pied et de la jambe droite. Il avait passé deux jours dans le coma et subi quatre transfusions sanguines lors des premières 24 heures qui avaient suivi l'accident. Son hospitalisation avait duré un mois et sa rééducation trois mois. La fracture du bassin avait eu des conséquences sur sa voie urinaire basse. Il avait également dû subir deux opérations d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Son traumatisme crânio-cérébral avait engendré des troubles de la mémoire, de l'attention et de l'humeur, un syndrome de stress post-traumatique et une dépression sévère avec des idées suicidaires. Son traitement médical avait été particulièrement long et s'était achevé en février 2011 par deux opérations d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Des

douleurs dans la hanche, la jambe droite et la cheville persistaient. Au niveau psychique, il souffrait d'atteintes invalidantes depuis plus de 5 ans. Son incapacité de travail avait été entière pendant plusieurs années. Elle était actuellement de 50%.

En sus des lésions physiques et du traumatisme crânio-cérébral, il souffrait d'atteintes psychiques, dont le lien de causalité naturelle et adéquate devait être admis pour les mêmes motifs.

Une IPAI de 25% était justifiée sur le plan somatique, en raison de son atteinte à la hanche, et d'une mobilité réduite de la cheville droite et de l'épaule droite. Une IPAI d'au moins 25% devait également lui être allouée compte tenu de l'atteinte à sa santé psychique.

37. Dans sa réponse du 21 mai 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours.

S'agissant des troubles physiques, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il convenait donc de se rallier à ses conclusions. Le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ sur lequel se fondait le recourant n'avait aucune valeur probante. Il n'était pas neutre, ayant été demandé par le recourant sans qu'elle puisse participer à la mise en œuvre de l'examen. Les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ n'étaient pas motivées et constituaient simplement un avis médical différent de celui du Dr K\_\_\_\_\_.

En ce qui concerne les troubles psychiques, le lien de causalité naturelle était admis par le Dr N\_\_\_\_\_. Les atteintes neuropsychologiques trouvaient leur origine dans le traumatisme crânio-cérébral, alors que les troubles psychiques trouvaient leur origine dans l'accident et ses suites. Le traumatisme crânio-cérébral subi par le recourant semblait appartenir à la catégorie des atteintes à la santé cliniquement perceptibles, mais sans substrat organique au sens d'une altération structurelle. Il était mineur, n'ayant été mentionné qu'à une seule reprise lors de son hospitalisation en 2010. Il n'avait ensuite plus joué aucun rôle dans les atteintes à la santé du recourant. Il avait fallu attendre l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ pour apprendre que les troubles neuropsychologiques y trouvaient peut-être leur origine. Or, le recourant avait été peu collaborant lors de la mise en œuvre de cette expertise, ce qui pouvait avoir faussé le résultat des examens. L'absence de collaboration et de motivation du recourant tendait à confirmer l'absence d'un traumatisme crânio-cérébral objectivement constatable, ce qui démontrait une absence totale de causalité adéquate entre les atteintes neuropsychologiques et l'accident.

Il était manifeste que les troubles psychiques et les troubles neuropsychologiques avaient relégué les troubles physiques du recourant au second plan. L'accident du recourant était de gravité moyenne au sens strict. En effet, sa vie n'avait jamais été en danger et l'accident n'avait pas été dramatique. D'ailleurs, l'accident trouvait en grande partie son origine dans une série de fautes graves commises par le recourant lui-même, ce dernier ayant circulé en état d'ébriété et sans dispositif lumineux sur son cycle et ayant refusé la priorité à la voiture. Certes, avait-il subi plusieurs fractures. Toutefois, il avait guéri sans encombre, grâce à de banales opérations. Il

---

n'avait pas bénéficié d'un traitement médical prolongé, spécifique et/ou particulièrement pénible. Les douleurs ressenties s'étaient rapidement amenuisées, étant précisé que le recourant se plaignait principalement de ses troubles psychiques. Le traitement médical du recourant s'était déroulé sans qu'une erreur ne soit commise. Au cours de la guérison, aucune complication n'était apparue. Enfin, le recourant avait pu reprendre son travail à concurrence de 30% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, puis à 50% dès le 14 mars 2011. A ce jour, son incapacité de travail ne reposait que sur des diagnostics psychiatriques. Par conséquent, le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques et les troubles neuropsychologiques faisait défaut.

Quant à l'IPAI de 5%, elle avait été déterminée en fonction des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, au demeurant confirmées par le Dr O\_\_\_\_\_. Il n'existait aucun élément au dossier permettant de s'en écarter. Il n'appartenait pas au recourant de se substituer aux médecins et de procéder à sa propre appréciation de l'IPAI. S'agissant des troubles psychiques, le recourant n'avait pas à être indemnisé, faute de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et lesdits troubles.

En dernier lieu, l'intimée a rappelé que c'est par bienveillance qu'elle avait renoncé à réduire ses prestations, le recourant ayant commis une faute grave. Ce dernier avait ainsi pu bénéficier de prestations bien plus élevées que celles auxquelles il aurait normalement pu prétendre. Le cas échéant, il appartiendrait à l'intimée de se prononcer sur une éventuelle réduction des prestations, par le biais d'une décision séparée.

38. Dans sa réplique du 19 juin 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a précisé contester la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, dans la mesure où s'il reconnaissait que les douleurs à la hanche n'avaient pas complètement disparu et qu'elles limitaient la position assise prolongée de plus d'une heure, celui-ci estimait toutefois que cela n'avait aucun impact sur la capacité de travail. Le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il était fondé sur les pièces principales du dossier médical, ses entretiens avec les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, son examen clinique et sur le dossier radiographique. Il avait relevé des éléments cruciaux absents du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ et qui permettaient de remettre en cause la valeur probante de l'expertise de ce dernier. Dès lors, il convenait de suivre les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ et de retenir une incapacité de travail de 50% en raison des séquelles physiques de l'accident du 30 décembre 2009.

S'agissant des troubles psychiques, le Dr N\_\_\_\_\_ avait retenu qu'il présentait manifestement des troubles neuropsychologiques séquellaires du traumatisme crânio-cérébral et qu'il paraissait authentique, n'était pas quérulent ou revendicateur au vrai sens du terme, notamment vis-à-vis des assurances. On ne pouvait retenir que sa collaboration avait été difficile. En effet, ses réponses floues aux questions, la difficulté à se souvenir de certains événements récents ou anciens et les problèmes de concentrations relevés par le Dr N\_\_\_\_\_ émanaient

directement des symptômes neuropsychologiques de son traumatisme crânio-cérébral. En outre, ces symptômes devaient être pris en compte pour déterminer si un lien de causalité adéquate existait entre l'accident et le traumatisme crânio-cérébral, ce que l'intimée n'avait pas fait.

39. Dans sa duplique du 30 juin 2015, l'intimée a intégralement maintenu ses conclusions, précisant pour le surplus que le Dr K\_\_\_\_\_ avait notamment procédé à l'analyse du cas au moyen de radiographies du bassin, du fémur proximal droit et de la cheville droite et d'une IRM du bassin. Il disposait par conséquent de tous les éléments nécessaires pour rendre son expertise. Tant le rapport que le dossier sur lequel le Dr O\_\_\_\_\_ s'était fondé étaient en revanche lacunaires.
40. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

### **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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et 38 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles physiques et psychiques présentés par le recourant sont en lien de causalité avec l'accident du 30 décembre 2009, si son droit aux prestations doit être maintenu au-delà du 31 juillet 2014 et sur le taux de l'IPAI devant être allouée au recourant.
5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 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).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

c) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai



---

de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

d) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2 ; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, 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 (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates

de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques ; ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie 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 du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

Lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références).

Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1<sup>er</sup> septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004), une cycliste renversée par un scooter à vitesse modérée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013).

Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999).

Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type «coup de lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral - si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2) - il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit :

- 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 au cours de la guérison et des complications importantes;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident » a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_817/2009 du 26 mars 2010 et les références). Au contraire, ce critère a été nié dans le cas d'un assuré, qui portait un casque, et qui a chuté par-dessus son vélo sur la chaussée se fracturant le coude et la mâchoire, après avoir dû freiner brusquement sa bicyclette pour éviter une collision avec une voiture (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1).

La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1).

6. a) L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc.

L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

b) 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

c) 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).

d) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles

---

risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

7. a) En l'espèce, le recourant allègue souffrir d'atteintes somatiques, sous la forme de douleurs à la hanche au niveau de la fesse droite, au fémur droit et à l'épaule droite, des séquelles neuropsychologiques d'un traumatisme crânio-cérébral et d'atteintes psychiques, soit un état dépressif majeur de gravité moyenne, un état de stress post-traumatique sévère chronique, un syndrome post-commotionnel et une modification de la personnalité liée à une atteinte organique. Selon lui, ces troubles sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec son accident du 30 décembre 2009.

Quant à l'intimée, elle considère que l'état physique du recourant s'est stabilisé et qu'il ne subsiste qu'une modeste raideur résiduelle de la cheville droite et de discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droite. Aucune incapacité de travail ne doit subsister au-delà du 31 août 2011, soit trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur et de la cheville droite. Sur le plan psychique, il n'existe aucun lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles présentés par le recourant. Par conséquent, plus aucune prestation n'est due au-delà du 31 juillet 2014.

b) En ce qui concerne les atteintes somatiques, les parties s'opposent sur la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ et du rapport du Dr O\_\_\_\_\_.

En l'occurrence, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ se fonde sur un examen clinique du recourant, sur un bilan radiologique et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tient compte de ses plaintes et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ permet de comprendre les troubles dont souffre encore le recourant et leur absence d'effet sur sa capacité de travail dans son activité habituelle. Il convient donc de reconnaître à cette expertise une pleine valeur probante. Il en ressort que les multiples fractures et traumatismes subis lors de l'accident du 30 décembre 2009 ont évolué favorablement. La fracture de la clavicule droite ne laisse pas de séquelle fonctionnelle. Il en va de même pour la disjonction symphysaire, hormis la notion d'une surcharge résiduelle à caractère transitoire des adducteurs. La mobilité de la hanche est quasiment normale et son architecture globalement préservée. La fracture du fémur droit laisse la possibilité, à long terme, de douleurs modestes et occasionnelles, essentiellement à l'effort, mais ne devrait pas nécessiter un traitement médicamenteux soutenu ou un traitement fonctionnel complémentaire. Aucune incapacité de travail ne peut donc être retenue au-delà de 3 mois après la dernière ablation du matériel d'ostéosynthèse (fémur), soit le 31 août 2011.

Les griefs du recourant à l'encontre de cette expertise tombent à faux. En effet, le fait que le Dr K\_\_\_\_\_ ait relevé que l'intéressé s'était massé régulièrement la fesse droite lors de leur entretien ne signifie pas qu'une limitation fonctionnelle, sous la forme d'une restriction du maintien de la position assise, doit en découler. A cet égard, l'expert a également relevé qu'en dépit de ces massages fréquents, le recourant ne montrait aucune gêne particulière lorsqu'il croisait les jambes (droite sur la gauche). En outre, le Dr K\_\_\_\_\_ ayant détaillé son appréciation du cas pour chaque lésion, ses conclusions sont claires et ne laissent place à aucun doute sur l'état de santé du recourant. Enfin, si aucun document radiologique n'a été mis à disposition de l'expert, ce dernier a pu consulter les rapports y relatifs, avoir accès à l'IRM du 24 octobre 2011 et se fonder sur un bilan radiologique du bassin, du fémur proximal droit et de la cheville droite réalisé le jour de l'examen clinique du recourant.

Quant au rapport du Dr O\_\_\_\_\_, il convient de relever qu'il a été établi, sans que l'intimée en soit informée, ni qu'elle ait eu l'opportunité de formuler ses propres questions. De plus, le Dr O\_\_\_\_\_ n'indique pas sur quelles bases il se fonde, notamment pour déterminer l'anamnèse du recourant, au demeurant fort brève. Force est enfin de constater que les conclusions relatives à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles ne sont pas motivées à satisfaction. Par conséquent, aucune valeur probante ne peut être reconnue à ce rapport, lequel ne peut servir de base pour remettre en cause l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_.

Par conséquent, il convient de suivre les conclusions de ce dernier et de considérer que, d'un point de vue physique, le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans son activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011. On relèvera cependant que l'éventualité future d'un traitement médical soutenu, voire d'un traitement fonctionnelle, complémentaire n'a pas été écarté de manière certaine par le Dr K\_\_\_\_\_, de sorte que l'intimée ne peut pas purement et simplement cesser toute prestation dès le 1<sup>er</sup> août 2014. Conformément aux art. 10 et suivants LAA, l'intimée devra en effet rembourser et prendre en charge les frais médicaux nécessaires au traitement des lésions en lien avec l'accident du 30 décembre 2009, dans les limites de la loi, notamment de l'art. 21 LAA, si une rente d'invalidité était allouée au recourant.

Sur ce point, le recours sera donc partiellement admis et la décision querellée annulée, au sens de ce qui précède.

c) aa) S'agissant des troubles psychiques du recourant, il convient en premier lieu de constater la survenance d'un traumatisme crânio-cérébral cliniquement perceptible, mais sans substrat organique au sens d'une altération structurelle, lors de l'accident du 30 décembre 2009.

Contrairement à ce que soutient l'intimée dans ses écritures, le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral a été retenu par plusieurs médecins depuis la survenance de l'accident, notamment par les Drs D\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et



N\_\_\_\_\_, soit l'un des médecins qui a opéré le recourant dans les heures qui ont suivi l'accident, et les experts mandatés par l'intimée pour examiner le cas du recourant. Ce diagnostic a été posé en présence du tableau clinique typique de ce genre d'atteinte. D'ailleurs, si l'intimée semble, dans le cadre de la procédure, remettre en question la survenance dudit traumatisme, elle a pourtant admis son existence sans réserve dans le cadre de son courrier du 10 juillet 2014, de sa décision du 18 septembre 2014 et de sa décision sur opposition du 17 février 2015.

bb) Le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident a été admis par le Dr N\_\_\_\_\_, dans le cadre de son expertise du 18 octobre 2012 et de son complément d'expertise du 29 août 2013. Compte tenu des réquisits jurisprudentiels évoqués précédemment, il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ces rapports se fondent sur deux entretiens avec le recourant, un examen neuropsychologique du 28 avril 2012, des tests psychométriques du 14 juin 2013 et le dossier transmis par l'intimée. Le Dr N\_\_\_\_\_ rappelle le contexte de l'expertise, expose l'anamnèse de l'assuré, ses plaintes, résume les pièces pertinentes du dossier et fait état de ses constatations objectives et de son analyse du cas. Ses conclusions sont claires et bien motivées, dans la mesure où elles permettent de comprendre précisément de quoi souffre le recourant, quels sont ses symptômes, quelles sont ses limitations fonctionnelles et en quoi elles influent sur sa capacité de travail. Il ressort de ces expertises que le recourant souffre d'état dépressif majeur sévère à probable caractéristique mélancolique, d'un état de stress post-traumatique et d'un syndrome post-commotionnel avec modification de la personnalité liée à une atteinte organique. Ces atteintes sont suffisamment sévères et incapacitantes (niveau de réactivité au stress, atteinte émotionnelle et capacités de concentration et cognitives) pour justifier une incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 30 décembre 2009. En outre, il apparaît que les troubles psychiques présentés jouent un rôle prépondérant par rapport à l'ensemble des atteintes à la santé de l'assuré, depuis le jour de l'accident. Les critiques de l'intimée vis-à-vis des rapports du Dr N\_\_\_\_\_ ne sauraient être suivies. En effet, outre le fait qu'elles ne sont pas clairement exposées, il apparaît que les troubles neuropsychologiques relevés par l'expert sont établis sans équivoque et de manière convaincante. De plus, l'intimée ne dispose d'aucun élément médical lui permettant de remettre en cause la valeur probante des dites expertises. En réalité, elle se contente de livrer sa propre interprétation du rapport et de son contenu, ce qui ne saurait être suffisant pour en tirer quoi que ce soit.

Par conséquent, il convient de suivre les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, d'admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes psychiques et l'accident et de reconnaître, d'un point de vue psychique, que le recourant présente une incapacité totale de travail depuis le 30 décembre 2009.

cc) Reste à déterminer s'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident.

Les parties s'opposent sur la question de la gravité de l'accident du 30 décembre 2009. Le recourant considère avoir subi un accident grave, subsidiairement un accident de gravité moyenne, à la limite de grave, alors que l'intimée estime que ledit accident est de gravité moyenne stricto sensu.

Le 30 décembre 2009, le recourant a été heurté de plein fouet sur sa droite par un véhicule automobile. Selon le rapport de police, le vélo du recourant et ce dernier ont été projetés à 15 mètres, respectivement à 30 mètres, du point d'impact. Ce choc a causé au recourant un traumatisme crânio-cérébral, des plaies au cuir chevelu et des fractures de la clavicule, du bassin, du fémur, du pilon tibial et de la malléole. Il a été emmené à l'hôpital alors qu'il était inconscient. Compte tenu de ces éléments et de la casuistique du Tribunal fédéral en la matière (cf. supra consid. 5d), cet accident doit être considéré comme étant de gravité moyenne, à la limite de grave.

Nonobstant la survenance d'un traumatisme crânio-cérébral, les atteintes psychiques du recourant apparaissent manifestement comme prédominantes, par rapport aux troubles somatiques, ce qu'a relevé le Dr N\_\_\_\_\_ dans son expertise du 18 octobre 2012. En effet, le recourant a consulté le Dr H\_\_\_\_\_ dès le mois de mai 2010, soit moins de six mois après l'accident, en raison d'un état de stress post-traumatique invalidant et d'un épisode dépressif récurrent d'intensité sévère sans symptômes psychotiques réactionnel à son état de stress post-traumatique. Alors qu'il guérissait des atteintes physiques et qu'il était autorisé à reprendre son activité habituelle à temps partiel, ses troubles psychiques ont perduré, sans diminution notable, malgré son suivi et le traitement mis en place, occasionnant des incapacités de travail importantes. D'ailleurs, il ressort de l'expertise orthopédique du Dr K\_\_\_\_\_ que la capacité de travail du recourant est de 100% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011, alors que les expertises psychiatriques du Dr N\_\_\_\_\_ de 2012 et 2013 font état d'une incapacité de travail totale, depuis l'accident.

Par conséquent, l'événement du 30 décembre 2009 appartenant à la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de grave, il convient d'appliquer au cas d'espèce, les critères objectifs de l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et de l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques.

A la lecture du dossier, il apparaît que l'accident a revêtu un caractère particulièrement impressionnant pour le recourant, ce qui ne suffit pas en soi pour admettre ce critère. Cela étant, ce dernier a été percuté de plein fouet sur sa droite par un véhicule automobile, alors qu'il circulait à vélo et sans casque. Le conducteur du véhicule automobile s'est enfui, l'abandonnant à son sort, et n'a jamais pu être retrouvé. Le vélo du recourant a été projeté à une distance de 15 mètres et s'est encastré dans un véhicule parké. Quant au recourant, le choc a été tel qu'il a été retrouvé à 30 mètres du point d'impact, étant précisé que le rapport de police précise qu'une tâche de sang était visible à cet endroit sur la chaussée. Même si l'on peut admettre que le recourant a eu de la chance, il a tout de même subi un traumatisme crânio-cérébral, de multiples fractures et des plaies à la

---

tête. Lorsqu'il a été emmené à l'hôpital, il était encore inconscient. Comme l'a très justement relevé le Dr N\_\_\_\_\_, lors de cet événement, le recourant a été confronté à sa propre mort. On relèvera par ailleurs, bien que cela ne revête qu'une importance secondaire dans le cas particulier, que l'accident s'est déroulé de nuit, par temps de pluie et en plein hiver. Dès lors, l'ensemble de ces éléments justifie de reconnaître à l'accident du 30 décembre 2009 un caractère particulièrement impressionnant.

Dans la mesure où l'accident est à la limite d'un accident grave, ces seules circonstances suffisent à admettre le lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques du recourant.

d) Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimée a refusé de prendre en charge les conséquences des troubles psychiques du recourant. La cause lui sera donc renvoyée, afin qu'elle détermine le droit aux prestations du recourant, en particulier qu'elle se prononce sur le droit à une rente d'invalidité, conformément aux art. 18 ss LAA. A ce propos, il convient de relever que le Dr N\_\_\_\_\_ considère qu'il y a peu d'espoir pour que l'état psychique du recourant évolue de manière favorable.

8. a) Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). 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).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort

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

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

b) Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

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

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

---

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

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

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://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).

b) Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2; RAMA 1998 p. 602).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2<sup>ème</sup> phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5% de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

11. 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 (art. 36 al. 3 OLAA).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pourcent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5% (ATF 116 V 156 consid. 3b ; RAMA 1988 p. 230).

12. Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b; ATF 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).
13. Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c; ATF 115 V 403 consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (ATF 124 V 29 consid. 5c; ATF 124 V 209 consid. 4b).
14. En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de compenser par le versement d'un montant en espèces les souffrances physiques,

---

ainsi que psychiques ressenties par l'assuré ensuite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4).

15. En l'espèce, l'intimée a reconnu au recourant le droit à une IPAI de 5%, en raison d'une modeste raideur résiduelle de la cheville droite et de discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droites. Pour parvenir à cette conclusion, elle s'est fondée sur l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_.

Le recourant conteste l'IPAI dans sa quotité. Il considère que celle-ci devait être d'au moins 50%. D'après lui, la réduction de la mobilité de sa hanche et son blocage en position douloureuse, la mobilité réduite de sa cheville et de son épaule, ainsi que des douleurs justifient une IPAI de 25%. Du point de vue psychique, il souffre d'un état dépressif majeur de gravité moyenne, d'un état de stress post-traumatique sévère chronique, d'un syndrome post-commotionnel, d'une atteinte neuropsychologique et d'une modification de la personnalité liée à une atteinte organique, ce qui lui donne droit à une IPAI de 25%, au minimum.

En l'occurrence, le recourant présente des atteintes somatiques et psychiques.

Sur le plan somatique, le Dr K\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'IPAI. Il a considéré que la modeste raideur résiduelle de la cheville, en l'absence de troubles dégénératifs substantiels, deux ans après le traumatisme, méritait une indemnisation proche de 5%, étant précisé que la gêne fonctionnelle dans les articulations de cheville/arrière-pied pouvait varier de 5 à 30% selon l'atteinte. Les discrètes limitations fonctionnelles de la hanche droite n'atteignaient clairement pas la limite indemnisable des 5%. Le cumul de ces deux atteintes pouvait aboutir à la limite inférieure, soit 5%. En effet, la gêne cumulée pouvait être comparée à celle d'un halux rigidus avancé. La valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ ayant déjà été admise, il n'y a pas lieu d'y revenir. On précisera tout au plus que les éléments avancés par le recourant ne sont pas étayés médicalement et que l'IPAI retenue respecte la seconde table d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA publiée par la SUVA.

Le recours sera donc rejeté sur ce point.

S'agissant de l'aspect psychique, le Dr N\_\_\_\_\_ a estimé qu'au niveau médical, il y avait peu d'espoir d'évolution favorable, malgré la prise en charge psychiatrique, qui devait être poursuivie. Le pronostic d'évolution du syndrome post-commotionnel et des troubles neuropsychologiques était mauvais. A ce titre, le recourant pouvait néanmoins bénéficier d'un réentraînement des fonctions exécutives et attentionnelles, ce qui justifiait une réévaluation dans un délai de

12 mois. L'IPAI pour les séquelles psychiques de l'accident pouvait être qualifiée de modérée à sévère et chiffrée entre 50 et 80%. En effet, le recourant avait des difficultés à assumer sa vie quotidienne et ne pouvait plus s'occuper de ses enfants.

Si la valeur probante des expertises du Dr N\_\_\_\_\_ a été admise, il apparaît que le taux de l'IPAI n'a pas été déterminé avec suffisamment de précision. Bien que l'intimée ait mandaté elle-même cet expert, elle n'a pas requis de ce dernier plus de précision, considérant que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident était absent. La chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer sur cet aspect du litige. La cause devant être renvoyée à l'intimée afin qu'elle détermine le droit aux prestations du recourant dès le 1<sup>er</sup> août 2014, il lui incombera donc d'interpeler le Dr N\_\_\_\_\_, afin que ce dernier se détermine avec plus de précisions au sujet de l'IPAI. Cela fait, il appartiendra à l'intimée de verser au recourant une IPAI correspondant à l'addition des 5% retenus pour les atteintes somatiques et du pourcentage fixé par le Dr N\_\_\_\_\_. Dans le cas où l'intimée aurait déjà versé l'IPAI de 5% qu'elle a reconnue dans son courrier du 10 juillet 2014, il va de soi que cette indemnité devra être déduite du montant total de l'IPAI.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 17 février 2015 sera annulée, au sens des considérants.
17. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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



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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 17 février 2015, au sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'intimée afin qu'elle détermine le droit aux prestations du recourant dès le 1<sup>er</sup> août 2014 et établit le montant total de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'elle devra verser au recourant.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 3'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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