



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1827/2019

ATAS/1013/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 octobre 2020**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VEYRIER, comparant avec élection      recourant  
de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL

contre

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

---

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges  
assesseures.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1981, d'origine polonaise, au bénéfice d'un certificat de serrurier, est arrivé à Genève en 2008 et est titulaire d'un permis B. Le 8 février 2011, il a débuté une mission de durée déterminée jusqu'au 11 février 2011, en tant que serrurier/monteur en façade pour le compte de B\_\_\_\_\_ S.A., société acquise par C\_\_\_\_\_ A.G. en novembre 2013 (ci-après l'employeur), et était, à ce titre, assuré auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après l'assureur ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 9 février 2011, l'assuré a été agressé à son domicile par son colocataire et trois autres personnes.
3. Par rapport du 9 février 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, chef de clinique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué un traumatisme crânien (ci-après TCC) avec perte de connaissance et des contusions multiples sur agression. L'assuré avait été agressé par quatre personnes dans sa chambre; il avait reçu des coups de poing, de matraque télescopique et de taser au niveau de la tête et de tout le corps, avec décharge électrique également au niveau des organes génitaux. Il ne présentait pas de symptômes neurologiques ou ophtalmologiques ; il se plaignait de céphalées et de douleurs multiples au niveau des différentes zones d'agression, avec prédominance au niveau du coude droit et des métacarpes 1 et 2 gauches. L'assuré présentait de multiples lésions longilignes avec ecchymoses et dermabrasions sur tout le corps, tuméfactions diffuses de la face avec plaie du cuir chevelu et de la lèvre inférieure, dents sans problèmes, un hématome à l'oreille gauche, et une tuméfaction du métacarpe droit. Il existait une tuméfaction des tissus mous frontaux à gauche et un épaissement polypoïde des sinus maxillaires.
4. L'assureur a pris en charge les traitements médicaux et a versé les indemnités journalières en faveur de l'assuré.
5. Par rapport du 8 juin 2011, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (ci-après EPST).
6. Le 22 juin 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin conseil de l'assureur, a diagnostiqué un EPST en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'intensité symptomatique restait majeure et importante, justifiant la poursuite d'un arrêt de travail.
7. Le 29 février 2012, l'assuré a été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_, lequel a indiqué qu'à plus d'une année d'une agression particulièrement brutale et violente, l'ESPT persistait, son intensité était désormais moyenne et il restait source de handicap au niveau du fonctionnement quotidien, avec la persistance d'une anxiété importante et de comportements d'évitement.

8. Par rapports des 27 mai et 15 novembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué respectivement un ESPT et un épisode dépressif majeur en rémission puis un trouble dépressif majeur récurrent léger avec un deuil.
9. Le 20 mars 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que l'ESPT était désormais léger. Il convenait encore d'attendre environ 6 mois avant de pouvoir considérer cette situation comme étant réellement stabilisée.
10. Le 14 mai 2014, l'assuré a été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_. Par rapport du 28 mai 2014, ce médecin a diagnostiqué un ESPT, avec un diagnostic différentiel : modification gênante de la personnalité (F61.1), versus modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Le médecin a relevé que si précédemment il avait l'impression d'une absence de trouble de la personnalité, actuellement, il existait des indicateurs de plus en plus importants concernant la présence de particularités dans la personnalité de l'assuré, avec des aspects obsessionnels, une certaine rigidité de pensée et des difficultés dans la relation à autrui liées à de la méfiance et à de la projectivité (nombreux conflits et ruptures). Il existait un tableau psychopathologique complexe, qui était loin d'être stabilisé. Il était prématuré de clôturer le dossier.
11. Par arrêt du 19 mars 2015, la chambre pénale d'appel et de révision de la Cour de justice du canton de Genève a confirmé le jugement du Tribunal correctionnel du 3 octobre 2014, reconnaissant les quatre agresseurs coupables d'agression, de lésions corporelles simples aggravées et de contrainte pour les faits commis au préjudice de l'assuré (AARP/171/2015).
12. Le 9 décembre 2016, le docteur G\_\_\_\_\_ a rendu à la demande de l'assureur un rapport d'expertise ; il a diagnostiqué un trouble de la personnalité narcissique avec composante dyssociale marquée s'exprimant sur un mode passif-agressif (F60.2) antérieur à la grave agression subie le 9 février 2011, et un ESPT (F43.1) manifestement causé par celle-ci. Ce dernier diagnostic était encore une séquelle de l'accident, et on ne pouvait attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé. Le trouble de la personnalité, que l'assuré présentait depuis l'enfance ou au plus tard depuis l'adolescence, avait interféré de façon négative avec l'évolution de l'ESPT, lequel était une pathologie indépendante de la problématique de la personnalité. Dans ce sens, il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état antérieur.
13. Le 31 mars 2017, l'assureur a informé l'assuré qu'il mettait fin au paiement des soins médicaux. L'indemnité journalière allait être versée jusqu'au 30 juin 2017. L'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) et le droit à une rente d'invalidité allait être examiné.

14. Par projet de décision du 15 mai 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui accorder une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2012 au 30 juin 2013. Son degré d'invalidité était de 28 % dès le mois de mars 2013.
15. Le 16 mai 2018, l'assureur a déterminé le gain assuré pour la période du 9 février 2010 au 8 février 2011 en indexant à 2016 le montant de CHF 45'877.- résultant du compte individuel (CI). Il en résultait un montant de CHF 46'741.-.
16. Par décision du 16 mai 2018, l'assureur a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 28% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, calculée sur la base d'un gain annuel assuré de CHF 46'741.-, soit CHF 872.50 par mois, et d'une IPAI de CHF 31'500.-, correspondant au taux de 25%. Sur la base des constatations médicales, l'assuré était à même d'exercer son activité habituelle de serrurier avec un horaire de travail de 85% et une baisse de rendement de 15% durant les heures de présence. Il en résultait une diminution de la capacité de travail et de gain de l'ordre de 28%.
17. Le 13 juin 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision et a contesté l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_.
18. Par décision du 26 mars 2019, l'assureur a rejeté l'opposition. Il ne subsistait pas d'atteintes somatiques empêchant l'exercice d'une activité lucrative, ce que l'assuré ne contestait pas. Par contre, l'assuré avait développé un ESPT et l'expert psychiatre avait admis que les séquelles psychiques de l'agression subie le 9 février 2011 avaient pour conséquence une diminution de rendement de 15% dans l'activité habituelle, ainsi qu'une limitation horaire de 15%, soit une capacité résiduelle de travail de 72 % (72.25%). Enfin, s'agissant de l'IPAI, l'assuré n'apportait aucun élément, sur le plan médical, propre à reconnaître l'existence d'un trouble psychique modéré.
19. Par acte du 13 mai 2019, l'assuré, non représenté, a interjeté recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Dr E\_\_\_\_\_ et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, et principalement, à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 80% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et d'une IPAI de 35%. Il estimait qu'en raison du grave stress post-traumatique subi, sa capacité de travail résiduelle ne dépassait pas les 20%.
20. Par réponse du 5 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.
21. Le 13 septembre 2019, par l'intermédiaire de son conseil, le recourant a fait valoir que les conclusions de l'expert quant à sa capacité de travail résiduelle étaient surprenantes compte tenu des troubles psychiques décrits dans son rapport.
22. Le 12 juin 2020, le docteur H\_\_\_\_\_ a rendu à la demande de la chambre de céans, un rapport d'expertise concluant à un diagnostic de trouble de stress post-

traumatique et autre trouble de la personnalité spécifié (personnalité passive - agressive), en lien probable avec l'agression de 2011. L'incapacité de travail globale dans l'activité habituelle était de 20 % en 2011, de 30 % en 2016 et de 50 % actuellement, avec une baisse de rendement de 20 %. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité.

23. Le 16 juillet 2020, le recourant a conclu à la condamnation de la SUVA au paiement d'une rente d'invalidité de CHF 1'371.- par mois du 1<sup>er</sup> juillet 2017 et de CHF 1'869.75 par mois dès le 1<sup>er</sup> mars 2020, avec intérêts à 5 % l'an dès le 24<sup>ème</sup> mois suivant l'exigibilité de chaque prestation, ainsi qu'au paiement d'une IPAI de 35 % sous suite de frais et dépens. Il a pris en compte un gain assuré de CHF 46'741.-. Il a constaté que le degré d'invalidité était de 44 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, soit 56 % de capacité de travail résiduelle [70 % - (70 % x 20 %)] et de 60 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2020, soit 40 % de capacité de travail résiduelle [50 %- (50 % x 20 %)].
24. Le 29 juillet 2020, la SUVA a observé que selon une appréciation psychiatrique de sa division de médecin des assurances, il n'existait pas de motifs valables de s'écarter des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ ; l'incapacité globale dans l'activité habituelle était de 50 % et il n'y avait pas d'IPAI.
25. A la demande de la chambre de céans, le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé le 19 août 2020 que la diminution de rendement de 20 % devait être prise en compte en sus des incapacités de travail mentionnées et qu'il avait omis de se prononcer sur une IPAI, laquelle était de 35 %.
26. Le 8 septembre 2020, le recourant a observé que le complément d'expertise permettait d'étayer ses conclusions du 16 juillet 2020.
27. Le 10 septembre 2020, la SUVA s'en est remise à justice sur l'issue de la procédure.
28. A la demande de la chambre ce céans, la SUVA a indiqué le 29 septembre 2020 qu'elle acquiesçait partiellement aux conclusions du recours du 13 mai 2019, en ce sens que le recourant avait droit à une rente d'invalidité de 44 % du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 29 février 2020 et de 60 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2020, sur la base d'un gain assuré de CHF 46'741.- ainsi qu'une IPAI de 35 %, sous déduction des montants déjà versés.
29. Le 15 octobre 2020, le recourant a constaté que la SUVA se ralliait intégralement à ses conclusions.
30. Sur 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), 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à 28 %, à une IPAI d'un degré supérieur à 25 %, ainsi que sur le montant du gain annuel assuré à prendre en compte pour le calcul de la rente.
4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent

habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

c. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. (ATF 115 V 403 consid. 5).

5. a. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA).

b. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

6. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

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

b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

8. a. En l'occurrence, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire était nécessaire, laquelle a été confiée au Dr H\_\_\_\_\_.

Le rapport de celui-ci, du 12 juin 2020, a été jugé probant par les parties, lesquelles se sont ralliées aux conclusions de l'expert.

En particulier, l'intimée a partiellement acquiescé aux conclusions du recours dans le sens qu'elle admet devoir verser au recourant une rente d'invalidité de 44 % du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 29 février 2020 et de 60 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2020, ainsi qu'une IPAI de 35 %. Ces conclusions, rejoignent celles finalement formulées par le recourant le 16 juillet 2020.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de dire que le recourant a droit aux prestations précitées, sous déduction de celles déjà versées.

b. Le recourant requiert également des intérêts moratoires sur les prestations dues.

Aux termes de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

L'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA - RS 830.11) précise que le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à l'intégralité de la prestation (al. 3).

In casu, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019, soit deux ans après la date à laquelle l'intimée a tranché le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a droit à des intérêts moratoires de 5% l'an calculés conformément à l'art. 7 OPGA sur la partie restant due à ce titre et non encore versée à cette date, étant constaté que le délai de douze mois de l'art. 26 al. 2 LPGA est respecté, le recourant ayant contesté le 13 juin 2018 la décision de l'intimée du 16 mai 2018.

9. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant 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]), à charge de l'intimée.

Les frais d'expertise restent à la charge de l'Etat.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 26 mars 2019.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 44 % du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 29 février 2020 et de 60 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2020, sous déduction des prestations déjà versées par l'intimée.
5. Dit que le recourant a droit à une IPAI de 35 %, sous déduction de la prestation déjà versée par l'intimée.
6. Dit que les prestations encore dues sont soumises à un intérêt moratoire de 5 % l'an, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019, au sens des considérants.
7. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- au recourant, à charge de l'intimée.
8. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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