

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/414/2018

ATAS/413/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 7 mai 2019**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ

recourant

contre

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS (SUVA), Division juridique, LUCERNE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier  
ELSIG

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Christian PRALONG,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1950, a travaillé à 100% (42.5 h./sem.) en qualité de chauffeur pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur principal) et à 23% (10 h./sem.) en qualité de nettoyeur pour C\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur accessoire). À ces deux titres, il était assuré, en matière d'accidents professionnels et non professionnels, auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 10 janvier 2014, l'assuré a été renversé par une voiture alors qu'il circulait en motorcycle. Selon le rapport de police établi le lendemain, il a souffert d'un traumatisme crânien, d'une plaie au nez et d'une fissure du poignet gauche; les premiers soins lui ont été prodigués par des ambulanciers, puis il a été conduit au service des urgences des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG).
3. La SUVA a pris en charge les suites du sinistre, en versant notamment aux deux employeurs de l'assuré des indemnités journalières dès le 13 janvier 2014.
4. Le 5 février 2014, l'assuré a subi une arthro-IRM de poignet gauche. Dans son rapport du même jour, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une fracture de l'os scaphoïde, à une contusion osseuse post traumatique du lunatum, du grand os et de l'os trapézoïde, ainsi qu'à une déchirure de la portion moyenne du ligament luno-triquétal.
5. Le 11 février 2014, l'assuré a été hospitalisé au service des urgences des HUG. Selon le résumé de séjour du 11 février 2014, il a expliqué avoir fait une chute sur la tête lors de l'accident du 10 janvier 2014 et avoir subi plusieurs lésions et plaies au niveau du visage, ainsi qu'une fracture oblique du scaphoïde gauche pour laquelle il portait un plâtre depuis la veille. Le matin même, il avait souffert de vertiges rotatoires très forts, l'empêchant de se lever et de bouger, avec plusieurs épisodes de vomissements. Il a fait état de légères douleurs au niveau du sommet du crâne le matin même et, surtout, d'importantes douleurs cervicales et des trapèzes qui s'étaient estompées depuis. Les derniers jours, il n'avait pas eu de céphalées.
6. Un CT-cérébral réalisé le 11 février 2014 a mis en évidence une occlusion de l'artère vertébrale gauche, associée à un thrombus sub-occlusif de l'artère cérébelleuse inféro-postérieure (ci-après : PICA) à l'origine d'un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) ischémique et subaigu dans le territoire PICA gauche. L'origine était probablement une thrombose en rapport avec la localisation et l'athéromatose globale (cf. lettre de transfert du service de médecine interne générale des HUG du 8 mai 2014).
7. Du 12 au 26 février 2014, l'assuré a séjourné au service de neurologie des HUG.

---

Il ressort de la lettre de transfert du 28 février 2014 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et chef de clinique, que l'intéressé présentait une instabilité à la marche avec des vertiges de type tangage, des nausées et des vomissements. A été retenu à titre de diagnostic principal un AVC ischémique cérébelleux gauche sur une probable dissection de l'artère vertébrale dans le cadre d'un accident de la voie publique en janvier et de cervicalgies depuis lors. Ont été mentionnés à titre de diagnostics secondaires : un diabète inaugural et une hypovitaminose D et, à titre de comorbidités actives, un ancien tabagisme et une haute tension artérielle. Compte tenu de la persistance des troubles de l'équilibre secondaires à la lésion cérébelleuse, l'assuré était transféré à la clinique de Joli-Mont pour une rééducation à la marche.

8. Le 12 avril 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a émis l'avis que l'AVC survenu le 10 février 2014 n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 10 janvier 2014. Concernant le poignet gauche, il convenait de demander un rapport d'évolution au médecin traitant, étant précisé qu'une fracture du scaphoïde non déplacée guérissait habituellement après douze à seize semaines d'immobilisation.
9. Dans un certificat du 30 avril 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès de l'unité de chirurgie de la main des HUG, a indiqué à la SUVA que le diagnostic était celui de fracture du scaphoïde gauche et que l'assuré devait porter un plâtre pendant six semaines. L'incapacité totale de travail était prolongée.
10. Le 16 octobre 2014, l'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de la SUVA.

Il a notamment déclaré qu'un médecin des HUG lui avait indiqué que ses problèmes de diabète et d'hypertension, développés postérieurement au 10 janvier 2014, pouvaient être consécutifs au choc accidentel.

Lors de ce sinistre, il avait été blessé au poignet et à l'épaule gauches, ainsi qu'au nez, et avait subi un choc à la tête. Il ne ressentait plus de douleurs aux niveaux de l'épaule et du nez. En revanche, il souffrait de douleurs nocturnes et à la mobilisation du poignet, avec une réduction des amplitudes. Il suivait un traitement de physiothérapie. Il avait présenté une tuméfaction sur le côté gauche de la tête, au niveau du front, de l'œil et du nez, avec une importante contusion. Immédiatement après la survenance de l'accident, il avait ressenti de forts maux de tête, résistants aux antidouleurs et l'obligeant à se lever plusieurs fois par nuit, qui avaient persisté jusqu'au second événement accidentel. Sa femme l'avait conduit aux urgences parce qu'il ne parvenait plus à se lever, ne voyait plus rien et avait des vomissements à répétition. Il avait eu des difficultés à s'exprimer.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il était suivi par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et le service de neurologie des HUG.

S'agissant de ses emplois, l'assuré a expliqué que son activité principale était lourde, qu'elle impliquait de nombreuses manutentions et consistait à conduire

manuellement un poids lourd, à le charger et à le décharger à l'aide de transpalettes. Dans le cadre de son travail accessoire, il passait l'aspirateur dans des locaux administratifs, sans port de charges, à l'exception de celui, occasionnel, de l'aspirateur.

11. Dans un rapport du 15 décembre 2014, l'unité de chirurgie de la main des HUG a qualifié l'évolution de la fracture du scaphoïde de très bonne, avec une récupération complète, tout en mentionnant la persistance de quelques douleurs lors du port de charges, douleurs dont il était estimé qu'elles s'amenderaient rapidement avec la physiothérapie. Le pronostic était excellent et une reprise du travail possible à 100% dès le 5 janvier 2014 (recte : 2015).
12. Se basant sur ce document, la SUVA, par décision du 5 janvier 2015, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 4 janvier 2015, date au-delà de laquelle elle a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail s'agissant des lésions au niveau du poignet gauche. La SUVA a considéré que le lien de causalité entre l'accident et les troubles ayant nécessité une hospitalisation du 11 au 26 février 2014 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.
13. En dates des 14 janvier et 25 février 2015, l'assuré a formé opposition contre cette décision.
14. Par courriel du 2 février 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a certifié qu'il existait un très probable lien de causalité entre l'accident de la voie publique du 10 janvier 2014 et les troubles neurologiques des 11 et 26 février 2014.
15. Dans un rapport du 12 février 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé que l'accident du 10 janvier 2014 avait causé une fracture de l'os scaphoïde et de l'arcade zygomatique à gauche, d'une part, qu'entre l'accident et l'hospitalisation du 11 février 2014, l'assuré avait souffert de cervicalgies intermittentes, avec irradiation dans le trapèze gauche notamment, d'autre part. Au vu de l'ensemble des éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques, une dissection de l'artère vertébrale gauche d'origine post-traumatique avait alors été diagnostiquée.

Le neurologue a expliqué que toutes les études populationnelles récentes confirmaient le lien de causalité entre un traumatisme cervical mineur ou sévère et les dissections des artères cervicales, en particulier vertébrales. Ces mêmes études considéraient les dissections comme post-traumatiques lorsque l'accident ou le traumatisme survenait dans le mois précédent l'AVC. Les symptômes neurologiques survenaient souvent dans les deux premières semaines après la dissection, mais des délais bien plus longs avaient été rapportés. Classiquement, dans les cas de dissections vertébrales, on retrouvait des douleurs latéro-cervicales, secondaires au déchirement de la paroi de l'artère. Enfin, le diagnostic de dissection de l'artère vertébrale n'était pas toujours évident et reposait sur les éléments anamnestiques, des anomalies cliniques et des examens paracliniques suggestifs. L'assuré avait été victime d'un traumatisme cervical conséquent, comme en témoignait la fracture de l'arcade zygomatique. Le délai entre l'accident et l'AVC

était d'un mois et, dans l'intervalle, l'intéressé avait effectivement présenté des douleurs latéro-cervicales localisées à gauche. Les examens paracliniques effectués étaient compatibles avec une dissection de l'artère vertébrale gauche et les autres causes d'occlusion vertébrale, dont une athéromatose conséquente, avaient été écartées. Sur la base de ces éléments, le médecin considérait que les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ devaient être reconsidérées.

16. Le 27 avril 2015, l'assuré a été soumis à une scintigraphie osseuse en raison de douleurs persistantes diffuses du poignet gauche. Dans un rapport du 5 mai 2015, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a conclu que l'aspect scintigraphique était très fortement évocateur d'un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) type I de la main gauche, dans la période terminale de sa 1<sup>ère</sup> phase hémodynamiquement active. Il a également constaté la présence de remaniements érosifs à contours sclérosés du scaphoïde, du radius distal, du lunatum et de l'os capitatum, associés à une hyperfixation plus intense au niveau du scaphoïde et des régions péri-scaphoïdiennes, pouvant en partie être en relation avec des remaniements kystiques post-traumatiques au niveau du scaphoïde, mais suggérant la présence de remaniements dégénératifs post-traumatiques.
17. Dans une attestation du 5 mai 2015, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main auprès de la Clinique Générale-Beaulieu, a diagnostiqué un SDRC I post-traumatique et une atteinte dégénérative inter-carpienne et radio-carpienne asymptomatique décompensée par le traumatisme.
18. Le 14 juillet 2015, la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil de la SUVA, a conclu, au vu des pièces du dossier, que l'infarctus cérébelleux gauche, faisant suite à une dissection vertébrale gauche, était attribuable à l'accident du 10 janvier 2014 avec un degré de vraisemblance prépondérante, en raison de l'évolution dans la durée, de la symptomatologie et de la localisation de l'occlusion de l'artère vertébrale.
19. Le 12 août 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle annulait sa décision du 5 janvier 2015. Après réexamen du dossier, les troubles cérébraux pour lesquels l'assuré avait été hospitalisé le 11 février 2014 pouvaient être considérés comme en relation de causalité pour le moins probable avec le sinistre du 10 janvier 2014. Par conséquent, la SUVA reprenait le paiement de ses prestations dès le 5 janvier 2015.
20. Dans un rapport du 17 août 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a rappelé que l'accident du 10 janvier 2014 avait été compliqué par une dissection traumatique de l'artère vertébrale, l'accident cérébral ischémique cérébelleux gauche secondaire, ainsi que par une fracture de l'extrémité distale du radius gauche. L'assuré continuait à présenter une asthénie importante, des troubles de la mémoire, de la concentration et du sommeil et rencontrait des difficultés modérées à la marche. Sur conseil du service de neurologie des HUG, son patient serait examiné en septembre 2015 par un neurologue afin de vérifier si le flux sanguin au niveau du segment V4 de l'artère vertébrale gauche était toujours inversé. Par ailleurs, il souffrait de sa

fracture du poignet en raison d'une instabilité radio-ulnaire. Un rendez-vous avait été fixé avec un spécialiste en chirurgie de la main en septembre 2015. L'intéressé était donc encore en traitement pour ces deux affections traumatiques.

21. Le 21 septembre 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a confirmé que son patient continuait à présenter une asthénie inhabituelle, des troubles du sommeil et, surtout, une perturbation de l'équilibre à la marche et des difficultés importantes de concentration. Par ailleurs, l'instabilité radio-ulnaire constituait une gêne importante au niveau de cette articulation. L'assuré n'était en aucun cas capable de remplir son ancien cahier des charges de chauffeur-livreur, même à temps partiel. Cas échéant, une reconversion professionnelle dans une activité sédentaire devrait être entreprise. L'incapacité de travail demeurait totale.
22. Dans un rapport du 8 octobre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a signalé un état douloureux persistant avec une amélioration fonctionnelle. L'assuré, retraité, n'avait pas repris le travail. À l'examen du poignet gauche, les extension-flexion étaient mesurées à 80/0/70, la force à 16 kg. Un « Bride Dupuytren IV » était également mentionné.
23. Le 28 janvier 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté, à l'examen, la persistance d'un état douloureux, en régression avec la prise régulière d'antalgiques, ainsi qu'un déficit de l'enroulement digital, dans le contexte du SDRC post traumatique. Les extension-flexion étaient mesurées à 70/0/65, la force à 15 kg.
24. En date du 26 février 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de son patient de relativement stationnaire. Il a confirmé les symptômes relevés dans ses précédents rapports, y ajoutant des céphalées temporales gauches partiellement diminuées par la prise de médicaments.
25. Le 26 mai 2016, l'assuré s'est soumis à un bilan neuropsychologique sur demande de la SUVA.

Il ressort du rapport y relatif du 3 juin 2016 de Madame L\_\_\_\_\_, psychologue, que l'assuré s'est plaint de pertes d'équilibre et de vertiges, sans chutes, et de céphalées temporales gauches, troubles apparus depuis l'accident de 2014. Il a également relaté quelques oublis en mémoire prospective, ainsi qu'une anxiété et une hypervigilance face à sa situation médicale.

Le bilan a mis en évidence, au niveau comportemental, un ralentissement psychomoteur et une tendance à la précipitation à l'abord des tâches, ainsi qu'une anxiété et une apathie révélées par différentes échelles. Au niveau des fonctions exécutives, un important ralentissement, des difficultés de planification, d'auto-activation et d'inhibition, et des troubles de flexibilité mentale ont été relevés. Enfin, des troubles de la mémoire à court terme et de travail ont été constatés. En mémoire à long terme épisodique verbale, des difficultés de récupération sur « indiçage » ont été retrouvées, malgré des performances en rappel libre dans les normes. Les scores sur l'échelle de la HAD (Hospital Anxiety and Depression) étaient significatifs en anxiété (15) et dépression (17), tout comme ceux des échelles de Starkstein et de Marin relatifs à l'apathie (21/42, respectivement 33/29).

26. Le 9 juin 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que le cas n'était pas stabilisé. Il a rappelé la persistance d'un ralentissement mental et de douleurs au poignet gauche dans le contexte d'une algoneurodystrophie et conclu que l'assuré était théoriquement apte à exercer un métier simple mono-manuel à droite.
27. Le 15 juin 2016, l'employeur principal a répondu à un questionnaire de la SUVA et mentionné que le salaire de base 2016 de l'assuré aurait été de 5'495.- CHF/mois pour son activité à plein temps.
28. Dans un pli adressé à l'assuré le 16 juin 2016, la SUVA a retenu qu'au vu des examens médicaux de janvier et juin 2016, sa situation médicale n'était pas encore entièrement stabilisée. Elle a toutefois considéré comme vraisemblable que l'assuré, s'il n'avait pas atteint l'âge de retraite, aurait pu exercer une activité monomanuelle simple, nonobstant les limitations toujours existantes. Par conséquent, elle l'avisait qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières le 31 juillet 2016. La SUVA annonçait par ailleurs qu'elle prendrait position, par missives séparées, sur les droits de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et à une rente.
29. Le 27 juin 2016, l'employeur auxiliaire a indiqué à la SUVA que le salaire horaire de base de l'assuré se serait élevé à CHF 18.80 en 2016; s'y seraient ajoutés CHF 1.55 à titre de 13<sup>ème</sup> salaire.
30. Dans un rapport du 27 juin 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ a confirmé que le traitement consistait en la prise d'antalgiques et a renvoyé à ses constatations du 26 janvier 2016.
31. Le 30 juin 2016, l'assuré a contesté la position de la SUVA.
32. Le 7 juillet 2016, la SUVA lui a expliqué que, dans la mesure où il se trouvait à la retraite depuis janvier 2015, elle ne le dédommagerait pas pour sa perte de gain au-delà du 31 juillet 2016.  
  
Selon la pratique, lorsqu'un accident survenait avant le départ à la retraite ordinaire ou anticipée et que l'incapacité de travail se prolongeait au-delà de la date du départ à la retraite, l'indemnité journalière continuait d'être due. Dans un premier temps, c'était le degré d'incapacité de travail dans l'activité habituelle qui était déterminant. Au plus tard six mois après la date du départ à la retraite, le marché général du travail prenait le relais. En payant une indemnité journalière pleine sur la base des deux activités lucratives exercées, elle avait largement dépassé ses devoirs de compensation des salaires dont l'assuré aurait bénéficié durant l'année écoulée entre l'accident et son 65<sup>ème</sup> anniversaire.
33. Dans un rapport du 5 septembre 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué avoir examiné l'assuré en date du 22 juillet 2016 et avoir constaté que ses plaintes restaient inchangées et l'état douloureux non évolutif. L'intéressé prenait des antalgiques à la demande, selon sa tolérance. Au status, les amplitudes en extension-flexion du poignet gauche étaient de 70/0/70, la force mesurée à 13 kg.

34. La SUVA a transmis ce rapport à son médecin d'arrondissement et lui a demandé s'il maintenait son dernier avis, aux termes duquel l'assuré était apte à travailler dans un métier simple mono-manuel. Elle lui a précisé qu'elle devait se prononcer sur l'exigibilité théorique afin d'évaluer le droit à une rente, indépendamment de la stabilisation du cas de l'assuré, ce dernier étant à la retraite.
35. Le 13 octobre 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu par l'affirmative, ajoutant : « malgré que ces rapports sont bien maigres ».
36. Le 24 janvier 2017, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a relevé que l'assuré présentait encore, lors de certains mouvements de la nuque, des sentiments vertigineux assez brefs, mais inquiétants, avec parfois une céphalée dans la région pariéto-occipitale gauche qui ne durait pas. L'examen écho-doppler montrait toujours une athéromatose des bifurcations carotidiennes modestes anciennes et calcifiées qui ne progressaient pas. La vertébrale droite avait un débit assez élevé, puisqu'elle compensait la gauche, qu'on ne voyait que sur son premier secteur de départ (puis elle n'était plus mesurable). La situation était donc stable sur le plan de l'aspect des vaisseaux cérébraux, étant donné l'âge et la sclérose vasculaire. L'adaptation lors des changements de positions était encore un peu lente et entraînait des sentiments vertigineux.
37. Le 3 mars 2017, l'assuré a été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_.

Dans son rapport signé le 6 mars 2017, le médecin d'arrondissement a diagnostiqué un status après une fracture du scaphoïde carpien et un traitement conservateur, un status après une algoneurodystrophie du poignet gauche et un status après un accident vasculaire ischémique cérébelleux gauche sur une probable dissection de l'artère vertébrale.

L'assuré décrivait des vertiges, surtout à la mobilisation de sa tête en flexion/extension, des céphalées pariéto-occipitales gauches de courte durée, des troubles de la mémoire, un important ralentissement de ses fonctions exécutives, une sensation de chaleur du poignet au repos ainsi que des douleurs à chaque mobilisation. Il évitait de porter des charges.

À l'examen des poignets, la flexion dorso-palmaire était mesurée à 60-0-40 à gauche (contre 70-0-50 à droite), l'inclinaison radio-cubitale à 10-0-40 des deux côtés; la mobilité des doigts était complète et symétrique. La présence d'une bride de Dupuytren non rétractiles des 4<sup>èmes</sup> rayons des deux côtés était relevée. D'après les radiographies du poignet gauche du 8 avril 2014, le trait de la fracture était encore visible, il n'y avait pas d'image d'instabilité intracarpienne, mais une discrète arthrose radio-carpienne. Une nouvelle radiographie réalisée le jour de l'examen a permis de constater que la fracture du scaphoïde carpien paraissait consolidée, qu'il n'y avait pas d'instabilité majeure, mais une arthrose modérée radio-carpienne.

Dans son appréciation du cas, le médecin-conseil a noté la persistance de séquelles neurologiques sous forme de sentiments vertigineux et de céphalées de courte



durée. Les atteintes neuropsychiques avaient été évaluées aux HUG et n'étaient, à son avis, par toutes dues à l'AVC. Cette appréciation devrait toutefois être confirmée par un spécialiste. S'agissant du poignet gauche, l'assuré avait récupéré une mobilité pratiquement complète, mais souffrait à la mobilisation et au port de charges. Sur le plan ostéo-musculaire, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail s'agissant d'une activité simple. Il devait éviter celles impliquant des mouvements répétés du poignet gauche et un port de charges de plus de 10 kg avec le membre supérieur gauche.

38. Dans une appréciation séparée du 6 mars 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 10%, compte tenu d'une arthrose radio-carpienne modérée, étant relevé que la table 5 des barèmes d'indemnisation prévoyait un taux de 5% à 10% dans un tel cas.
39. Dans un rapport du 8 mai 2017, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil de la SUVA, a évalué les séquelles accidentelles sur le plan neurologique.

S'agissant des troubles de l'équilibre, il a estimé, après comparaison des rapports des HUG avec celui du Dr M\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2017, que la symptomatologie neurologique s'était améliorée de manière significative. L'assuré continuait de souffrir de brefs vertiges lors de certains mouvements de la nuque et éprouvait occasionnellement des céphalées dans la région pariéto-occipitale gauche. Le Dr M\_\_\_\_\_ ne signalait aucun déficit neurologique objectif, résumant le problème comme une compensation incomplète d'un déficit vestibulaire central. Sur la base d'un écho-doppler, il avait considéré que la situation était stable sur le plan de l'aspect des vaisseaux cérébraux. En résumé, l'assuré souffrait d'un syndrome vertigineux léger en fonction de certains mouvements de la nuque. Les activités en hauteur, sur des échelles, des échafaudages ou des plateformes élevées n'étaient plus exigibles.

Concernant les troubles affectifs et cognitifs révélés par le bilan réalisé aux HUG, le médecin émettait, tout comme le Dr F\_\_\_\_\_, des réserves quant au rapport de causalité avec l'AVC du 24 février 2014 pour trois raisons. Premièrement, le territoire PICA concerné en l'espèce relevait de l'hémisphère cérébelleux gauche. Bien que le cervelet joue un rôle modeste dans la cognition, il était surtout un centre d'intégration sensitivomotrice nécessaire pour le maintien de l'équilibre et la performance précise des mouvements. Deuxièmement, les limitations fonctionnelles étaient légères, caractérisées au premier plan par un ralentissement psychomoteur et une apathie importante, signes cliniques non spécifiques, aussi bien compatibles avec le trouble dépressif retrouvé chez l'assuré qu'avec une atteinte organique. Troisièmement, l'assuré, avec ses comorbidités cardiovasculaires multiples, présentait des altérations au niveau de la substance blanche d'origine vasculaire probable, qui à leur tour pourraient être l'origine des troubles cognitifs et affectifs.

---

En conclusion, le médecin retenait qu'un lien de causalité entre l'AVC et les troubles affectifs et cognitifs susmentionnés était possible, mais pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

40. Le jour même, ce même médecin a évalué à 10% le taux de l'atteinte à l'intégrité en application de la table 14 des barèmes de la SUVA. En effet, d'apparition occasionnelle et de brève durée, sans symptômes associés, les vertiges de l'assuré étaient de gravité légère.
41. Dans un document interne daté 31 août 2017, la SUVA a sélectionné cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) en Suisse romande ne supposant qu'une formation interne, comprise entre une semaine et six mois : ceux de cariste-conducteur d'élévateurs (DPT 12845863), d'ouvrier rectifieur (DPT 11553), d'ouvrier magasinier (DPT 5987), de collaborateur de production en montage et câblage (DPT 2260) et de chauffeur-livreur (DPT 490425). La SUVA a mentionné les salaires 2016 minimum, maximum et moyen de ces postes, soit une moyenne de CHF 58'296.60, CHF 65'520.- et CHF 61'908.40.
42. Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2017, la SUVA a alloué à l'assuré, à compter du 1<sup>er</sup> août 2016, une rente d'invalidité de 18% calculée sur un gain annuel assuré de CHF 86'546.- (rente de CHF 1'038.55) et lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 25'200.- correspondant à un taux de 20%. Elle a notamment retenu qu'une activité ne requérant ni port de charges de plus de 10 kg avec la main gauche, ni mouvements répétitifs du poignet gauche, ni travail en hauteur, était exigible à 100% et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu de CHF 61'908.-. En y ajoutant le salaire accessoire de CHF 10'582.- que l'assuré était encore en mesure d'obtenir, le salaire réalisable se montait à CHF 72'490.- par année. Comparé au gain de CHF 88'051.- que l'assuré aurait pu réaliser sans l'accident, il en résultait une perte de salaire de 17.67%.
43. En date du 3 octobre 2017, l'assuré s'est opposé à cette décision.

Il a notamment reproché à la SUVA une instruction lacunaire et sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a soutenu que son état de santé n'était pas stabilisé au 31 juillet 2016 et que la SUVA n'était alors pas en possession des informations nécessaires quant à sa capacité de travail, étant rappelé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F\_\_\_\_\_ ressortaient d'un rapport établi en mars 2017 seulement. Les indemnités journalières auraient dû prendre fin au plus tôt à cette période.

L'assuré a en outre contesté le revenu d'invalidité retenu par la SUVA, soulignant que l'exercice d'une activité accessoire en sus d'une activité principale dépasserait manifestement ses forces eu égard aux restrictions physiques qu'il rencontrait. L'exigibilité de ces deux activités n'avait pas été évaluée. Il était en outre notoire qu'une activité de nettoyage était exigeante sur le plan physique et faisait appel à des mouvements répétitifs et pénibles du poignet, ainsi qu'au sens de l'équilibre. De plus, aucune mention n'était faite concernant sa rentabilité dans une activité à

100%, eu égard au ralentissement psychomoteur et aux difficultés rencontrées sur le plan des fonctions d'exécution.

Enfin, l'assuré a également critiqué l'appréciation de la SUVA quant au lien de causalité entre les troubles affectifs et cognitifs et l'AVC.

44. Dans un rapport du 13 octobre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient demeurait inchangé au plan général; il continuait de se plaindre d'une importante asthénie, de vertiges intermittents avec une instabilité à la marche, et de troubles de la concentration. Il ne pouvait pas conduire. S'agissant du poignet gauche, il convenait de se renseigner auprès du Dr J\_\_\_\_\_. Aucune activité professionnelle ne pouvait être exigée.

45. Le 8 novembre 2017, l'assuré a complété son opposition.

Il a relevé que la cessation de son activité professionnelle en raison de l'âge de la retraite ne constituait pas un motif d'extinction du droit à l'indemnité. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise au regard du fait qu'il existait un doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations du médecin d'arrondissement de la SUVA liées aux atteintes neurologiques. Il a notamment rappelé que le bilan réalisé aux HUG en juin 2016 était expressément destiné à apprécier les conséquences de l'AVC et de la probable dissection de l'artère vertébrale. Les troubles alors constatés avaient à l'évidence une incidence sur sa capacité de gain et devait être prise en compte dans l'évaluation médico-théorique. Enfin, les atteintes somatiques qu'il présentait ne lui permettaient pas d'exercer l'activité accessoire qu'il avait précédemment occupée, celle-ci n'étant absolument pas adaptée, de sorte que le gain de CHF 10'582.- ne pouvait pas être pris en compte. Il contestait également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

46. Par décision du 29 décembre 2017, la SUVA a confirmé celle du 1<sup>er</sup> septembre 2017.

Elle a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 31 juillet 2016, étant rappelé qu'aucune prescription thérapeutique propre à améliorer notablement son état de santé n'avait été faite à l'été 2016, hormis une médication sous forme d'antalgiques et d'Aspirine cardio. De plus, l'âge de l'assuré ne permettait plus la mise en œuvre de mesures de réadaptation par l'assurance-invalidité. La SUVA était donc fondée à mettre un terme au versement de l'indemnité journalière le 31 juillet 2016, de sorte que l'assuré avait droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

S'agissant de la valeur probante du rapport du Dr N\_\_\_\_\_, la SUVA a relevé que ce médecin avait démontré qu'il n'y avait aucun lien de causalité possible entre l'AVC cérébral et les troubles affectifs et cognitifs, mentionnant notamment l'interaction du trouble dépressif et les altérations au niveau de la substance blanche dont l'origine était probablement vasculaire. L'assuré n'avait fait valoir aucun élément médical nouveau ou différent permettant de mettre en doute les conclusions du neurologue. Une expertise ne se justifiait donc pas. Du point de vue

---

orthopédique, le Dr F\_\_\_\_\_ avait objectivé une mobilité pratiquement complète de l'articulation du poignet gauche.

Concernant le gain réalisable par l'assuré, la SUVA s'est référée aux conclusions des Drs F\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Tenant compte du profil des activités exigibles défini par ces médecins, elle retenait cinq DPT qui permettaient d'établir qu'il existait, sur le marché général du travail, des emplois légers et sédentaires, n'impliquant pas de sollicitations marquées du poignet gauche et ne nécessitant pas l'exécution de tâches au-dessus du niveau du sol; le gain moyen annuel réalisable à de tels postes s'établissait à CHF 61'908.40. En prenant en considération le fait que l'intéressé était toujours en mesure d'exercer une activité accessoire rémunérée analogue à celle effectuée au moment de l'accident, le gain exigible s'élevait à CHF 72'490.-.

Enfin, concernant le taux de l'IPAI retenu - 20% -, la SUVA a constaté que l'assuré n'apportait aucun élément propre à mettre en cause les conclusions de ses médecins.

47. Par acte du 1<sup>er</sup> février 2018, l'assuré, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, neurologique et neuropsychologique, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières à raison d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 mars 2017, à ce qu'il soit dit et constaté que son taux d'invalidité est supérieur à 18%, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser, dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, une rente invalidité mensuelle supérieure à CHF 1'038.55, à ce qu'il soit dit et constaté que l'atteinte à son intégrité est supérieure à 20% et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une indemnité à ce titre de plus de CHF 25'200.-.

Le recourant argue que le droit à l'indemnité journalière persiste au-delà de l'âge ouvrant droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants et ce, tant que perdure l'incapacité de travail et que le traitement médical n'est pas terminé. Il en tire la conclusion qu'il a donc droit aux indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2017, date à laquelle il peut être considéré que son état de santé s'est stabilisé.

Le recourant fait valoir qu'une expertise devait être ordonnée car les troubles mis en évidence lors de l'examen neuropsychologique réalisé aux HUG ont une incidence sur sa capacité de gain et doivent être pris en considération dans l'évaluation médico-théorique. Leur caractère causal ne pouvait pas être écarté sans plus ample examen. L'appréciation des HUG diverge passablement de celle du médecin d'arrondissement et permet de douter sérieusement de la valeur probante de cette dernière. Le médecin-conseil se fonde sur des hypothèses et son avis quant au rôle du territoire PICA est en contradiction avec les appréciations émises par le service de neurologie des HUG, dont il rappelle qu'il y a été examiné en septembre 2015 en raison de troubles de la mémoire, de la concentration et du sommeil. Il s'agissait de vérifier que le flux sanguin de l'artère vertébrale gauche était toujours inversé. Dès lors, l'atteinte de cette artère, secondaire à l'accident, paraît clairement

être à l'origine de ces troubles. Le Dr N\_\_\_\_\_ est le seul médecin à s'aventurer à faire un lien entre un éventuel trouble dépressif et les limitations fonctionnelles consistant en un ralentissement psychomoteur et une apathie importante. Il en va de même concernant les prétendues comorbidités cardio-vasculaires qui pourraient être, selon ce médecin, à l'origine des troubles cognitifs et affectifs, un tel lien ne trouvant aucun fondement dans le dossier médical.

Le recourant conteste ensuite l'évaluation de sa perte de gain et notamment être apte à exercer à plein temps une activité adaptée. De plus, les troubles dont il souffre ne lui permettent pas de continuer son activité accessoire de nettoyage. De surcroît, les DPT 2260 et 5987 sont incompatibles avec ses limitations fonctionnelles, puisqu'une motricité fine, des rotations de la main et l'usage des deux mains est requis.

Enfin, le recourant réserve sa position quant à l'IPAI en fonction des résultats de l'expertise; il se limite, à ce stade de la procédure, à contester le taux de 20% retenu.

A l'appui de sa position, le recourant produit, notamment, un courrier adressé le 18 janvier 2018 par le Dr M\_\_\_\_\_ au Dr H\_\_\_\_\_. Il en ressort que le contrôle échodoppler à une année a montré que, du côté de l'artère vertébrale, la situation ne se modifie pas. Elle est donc définitivement obstruée à gauche, avec une bonne compensation à droite. En revanche, au niveau des carotides, les dépôts athéromateux ont légèrement augmenté, sans atteindre des valeurs inquiétantes, et il y a une petite accélération des vitesses circulatoires en regard de la plaque de la carotide interne gauche. À droite le flux n'est pas modifié. Il n'y a pas de mesure particulière à prendre, mais un contrôle annuel régulier est recommandé.

48. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 25 avril 2018, a conclu au rejet du recours.

Elle soutient que le lien de causalité entre les troubles affectifs et cognitifs constatés par la Dresse L\_\_\_\_\_ et l'AVC cérébelleux est tout au plus possible, mais non établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dues au trouble de l'équilibre peuvent être confirmées. Selon les précisions du Dr F\_\_\_\_\_, le recourant peut conserver son activité accessoire de nettoyeur, pourvu que celle-ci n'implique ni mouvements répétés du poignet gauche, ni port de charges de plus de 10 kg avec le membre supérieur gauche.

En faisant abstraction de l'âge du recourant, mais pas de son obligation de limiter le dommage, fût-ce au prix d'un effort important, elle ne peut que maintenir la quotité de la rente d'invalidité.

Selon l'intimée, le recourant ne fait valoir aucun argument susceptible de remettre en cause le taux de l'IPAI.

A l'appui de sa position, l'intimée produit une appréciation neurologique du 27 mars 2018 du Dr N\_\_\_\_\_, lequel relève que les investigations de la Dresse L\_\_\_\_\_ ont

---

porté sur les fonctions exécutives, mnésiques, attentionnelles, visuo-spatiales et instrumentales du recourant, mais qu'elle ne s'est pas prononcée sur l'origine des troubles constatés. Le médecin renvoie à son appréciation du 8 mai 2017, fondée sur l'intégralité du dossier, dans laquelle il explique les raisons pour lesquelles il considère que les atteintes neuropsychiques évaluées en juin 2016 ne sont pas toutes dues à l'AVC. L'ischémie cérébelleuse gauche causée par la dissection post-traumatique de l'artère vertébrale gauche est à l'origine des troubles de l'équilibre séquellaire du recourant. Le syndrome vertigineux a été interprété par le Dr M\_\_\_\_\_ comme une compensation incomplète d'un déficit vestibulaire central. Pour le trouble de l'équilibre, une IPAI de 10% a été accordée. Réitérant son argumentation, le Dr N\_\_\_\_\_ souligne que le cervelet joue un rôle mineur dans le fonctionnement cognitif propre. Au demeurant, les limitations fonctionnelles constatées chez le recourant, notamment son ralentissement psychomoteur, l'apathie importante et la diminution de la flexibilité mentale, ne sont, selon lui, pas spécifiques pour une lésion cérébrale localisée. La Dresse L\_\_\_\_\_ se réfère à des questionnaires qui ont révélé des scores élevés à l'évaluation de l'apathie, mais également à celles de l'anxiété et de la dépression (HAD). Il était vrai qu'un score élevé à la HAD ne peut remplacer un diagnostic de dépression retenu par un psychiatre. Toutefois, les scores élevés aux questionnaires de l'affectivité indiquent la présence d'un trouble thymique assez important pour interférer dans le fonctionnement cognitif. D'un point de vue médico-asséurologique, cet argument sert à démontrer que le lien de causalité entre les troubles affectifs et cognitifs constatés par la Dresse L\_\_\_\_\_ et l'AVC cérébelleux était tout au plus possible, mais non établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Quant au courrier du 13 octobre 2017 du Dr H\_\_\_\_\_, il n'est pas susceptible de l'amener à revenir sur ses conclusions car il n'apporte aucun élément médical nouveau. Au vu des limitations fonctionnelles retenues en raison des séquelles neurologiques, le recourant dispose d'une capacité de travail complète dans une activité simple médicalement adaptée et peut conserver son activité de nettoyeur, pour autant que celle-ci n'implique ni mouvements répétés du poignet gauche, ni port de charges de plus de 10 kg avec le membre supérieur gauche, selon les précisions du Dr F\_\_\_\_\_.

49. Par écriture du 31 mai 2018, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions, à l'exception du versement des indemnités journalières qu'il a sollicité jusqu'au 3 mars 2017 au lieu du 30 mars 2017.

À titre liminaire, le recourant annonce que le Dr H\_\_\_\_\_ a pris sa retraite et qu'il est désormais suivi par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, dont il a sollicité l'audition.

Concernant la date à laquelle l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières, le recourant rappelle que l'intimée a reconnu que les examens médicaux de janvier et juin 2016 ont révélé que la situation médicale n'était pas encore stabilisée. Il n'existait pas d'élément au dossier permettant de retenir que

---

son état de santé était stabilisé à cette date. Le succinct rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2016 fait état de la persistance d'un état douloureux en régression et le rapport d'examen neuropsychologique du 3 juin 2016 mentionne des troubles en lien de causalité avec l'accident, sans se prononcer sur leur évolution. Le premier examen réalisé par le médecin d'arrondissement de l'intimée est daté du 3 mars 2017 et ne confirme pas rétroactivement la date retenue par l'intimée. Dès lors, cette dernière était tenue d'instruire le dossier correctement et ne pouvait fixer, de manière aléatoire, la fin du droit aux indemnités journalières.

S'agissant du rapport du Dr N\_\_\_\_\_, le recourant rappelle que la Dresse L\_\_\_\_\_ a expressément indiqué que son objectif était de faire un bilan neurologique « dans un contexte d'un AVC ischémique cérébelleux gauche sur probable dissection de l'artère vertébrale secondaire à un accident de la voie publique du 11.02.2014 ». De plus, ce rapport a été rédigé à l'attention de l'intimée. Si des éléments étrangers à l'accident étaient entrés en considération, les spécialistes des neurosciences cliniques des HUG l'auraient mentionné. Les divergences d'appréciation entre, d'une part, les médecins des HUG et son précédent médecin traitant, d'autre part, les médecins-conseils de l'intimée, sont conséquentes. Considérant qu'il a produit suffisamment d'éléments permettant de douter sérieusement de l'opinion du Dr N\_\_\_\_\_, le recourant estime qu'une expertise est nécessaire pour apprécier l'ampleur des limitations fonctionnelles dans la sphère neurologique consécutives à l'accident.

Quant à sa perte de gain, le recourant maintient que l'activité accessoire de concierge ne peut être exercée sans mouvements répétitifs du poignet gauche, sans port de charges de plus de 10 kg et sans travaux en hauteur. Concernant les DPT citées par l'intimée, il estime qu'elles ne sont pas compatibles avec les restrictions retenues. En outre, ses limitations fonctionnelles sont plus importantes que celles admises par le médecin-conseil de l'intimée, au vu des conclusions de l'examen neuropsychologique réalisé aux HUG. Enfin, le Dr M\_\_\_\_\_ a également signalé des sentiments vertigineux assez brefs, mais inquiétants. Par conséquent, s'il était encore en âge d'exercer une activité lucrative, il n'aurait certainement pas pu reprendre celle de concierge. Quant à l'activité principale, elle devait respecter les restrictions évoquées. La nature et le taux auxquels une activité adaptée pourrait être exercée doivent selon lui être déterminés après une expertise.

50. Le 23 août 2018, la Cour de céans a procédé à l'audition du Dr O\_\_\_\_\_, successeur du Dr H\_\_\_\_\_.

Le témoin a indiqué avoir examiné le recourant à trois reprises, les 3 avril, 7 juin et 17 août 2018. Les plaintes de son patient sont demeurées sensiblement les mêmes et (irritabilité, oublis, pertes d'équilibre, agitation, troubles du sommeil, céphalées à gauche, essoufflement et douleurs au poignet gauche en extension, en flexion et lors des mouvements latéraux et du port de charges). Sur la base du dossier - qui comprend la correspondance échangée entre son prédécesseur et l'intimée, les rapports des différents spécialistes, mais pas ceux établis par les médecins mandatés

par l'intimée -, le témoin estime que les troubles évoqués sont apparus après l'accident et sont restés relativement stables depuis lors. Il a pu constater à l'examen clinique une sensibilité à la mobilisation et à la palpation du poignet, cohérente avec les plaintes du recourant.

Après avoir pris connaissance du bref rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2018, le médecin traitant a indiqué qu'à son avis, l'occlusion de l'artère vertébrale gauche n'explique pas forcément les céphalées. En phase aiguë, un tel événement peut provoquer un AVC, ce qui a été le cas en l'occurrence, mais sur le moyen ou long terme, à moins d'un effet de masse tel qu'un œdème, cela ne provoque pas de céphalées. Qui plus est, en phase aiguë, celles-ci sont plutôt diffuses. Il conviendrait néanmoins d'interroger un neurologue de façon plus précise.

S'agissant du lien de causalité entre les lésions anatomiques et les symptômes, le témoin a qualifié la situation d'un peu compliquée. Selon lui, il y a très probablement un lien entre l'accident, l'AVC et les problèmes psychologiques. À leur tour, ceux-ci peuvent altérer les fonctions cognitives. En revanche, il ne pense pas qu'un lien direct puisse être établi entre ladite altération et l'AVC dans la mesure où celui-ci n'a pas touché le cerveau, mais seulement le cervelet. Un tel lien peut en revanche être fait avec les troubles de l'équilibre.

51. A l'issue de cette audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions et renoncé à se déterminer une nouvelle fois par écrit.
52. Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2019, l'intimée a transmis à la Cour de céans une expertise neurologique diligentée par l'assureur responsabilité civile.

Dans son rapport du 29 avril 2019 établi sur dossier, le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a considéré que l'existence d'une dissection vertébrale était en l'occurrence « au maximum possible » et que l'hypothèse d'une occlusion d'origine athéromateuse était à privilégier chez un homme de 64 ans, hypertendu, diabétique non traité et ancien tabagique. Les troubles documentés intéressant les domaines comportementaux, exécutifs et mnésiques, ne pouvaient être mis sur le compte d'une atteinte cérébelleuse. L'hypothèse des plaintes survenant dans le cadre de difficultés thymiques était à privilégier. On ne pouvait exclure une composante organique liée à une leuco-encéphalopathie hypertensive documentée.

53. Copie de ces documents a été transmise au recourant.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour



---

de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais précitée, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur la durée du droit du recourant à l'indemnité journalière, ainsi que sur le taux d'invalidité imputable aux séquelles de l'accident du 10 janvier 2014 et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. 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. L'art. 4 LPGA prévoit qu'est réputée accident, 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.

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).

7. a. 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 suffit que 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).

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).

b. 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 une 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).

8. a. 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).

b. En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). La jurisprudence a classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

9. a. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité.

Selon l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente

---

s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001).

L'assureur-accidents ne peut clore le cas et mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1, ATF 116 V 41 consid. 2c).

Le droit à une indemnité journalière est maintenu au-delà de l'âge ouvrant droit à une rente AVS, tant que la personne assurée n'a pas recouvré une pleine capacité de travail ou que le traitement médical n'est pas terminé (ATF 134 V 392 consid. 5).

Lorsque les conditions donnant droit à la rente sont remplies, le droit à l'indemnité journalière cesse (art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase LAA), même si la rente d'invalidité n'est pas encore fixée (arrêt du Tribunal fédéral U 342/06 du 7 septembre 2007 consid. 4).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

10. a. Aux termes de l'art. 24 al. 1 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 (IPAI).

---

Selon l'art. 25 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

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

b. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 et la référence). L'importance prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base de constatations médicales (ATF 132 V 393 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 97 et les références).

11. 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).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

c. 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).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences exposées ci-dessus doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre

---

un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

12. 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).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2017, confirmée sur opposition le 29 décembre 2017, l'intimée a alloué au recourant une rente d'invalidité de CHF 1'038.55 (18%) dès le 1<sup>er</sup> août 2016 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 25'200.- (20%).

Se fondant sur les avis de ses médecins-conseils, l'intimée a reconnu l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de la circulation du 10 janvier 2014 et, d'une part, les troubles du poignet (cf. rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 mars 2015), d'autre part, l'AVC survenu le 11 février 2014 (cf. rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2015). Elle a également admis l'existence d'un rapport de causalité entre les troubles de l'équilibre et l'AVC (cf. rapports du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 mars 2015 et du Dr N\_\_\_\_\_ du 8 mai 2015). En revanche, l'intimée a considéré que les troubles cognitifs et affectifs n'étaient pas en relation de causalité avec l'AVC.



L'intimée a considéré que les atteintes au niveau du poignet et les troubles de l'équilibre étaient compatibles avec l'exercice, de l'activité accessoire habituelle, tout comme avec celui, à plein temps, d'une activité ne requérant ni port de charges de plus de 10 kg avec la main gauche, ni mouvements répétitifs du poignet gauche, ni travail en hauteur. Les troubles au niveau du poignet gauche et les vertiges justifiaient tous deux l'octroi d'une IPAI de 10%.

Le recourant conteste toute stabilisation de son état de santé avant son examen par le médecin d'arrondissement, le 3 mars 2017. Il estime par ailleurs que l'ensemble des atteintes à sa santé est en lien de causalité avec le sinistre du 10 janvier 2014 et ne lui permet pas d'exercer les activités retenues par l'intimée. Il conteste ainsi les taux d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité retenus.

14. S'agissant de la naissance du droit à la rente, la Cour de céans observe qu'il ressort clairement des pièces du dossier que l'intimée a décidé d'interrompre l'octroi des indemnités journalières en raison du fait que le recourant avait atteint l'âge de la retraite, et non pas parce qu'elle estimait que son état de santé était stabilisé. En effet, dans son courrier du 16 juin 2016, elle a indiqué que les examens médicaux subis en janvier et juin 2016 avaient révélé que sa situation médicale n'était pas encore entièrement stabilisée, mais qu'une activité adaptée aurait été possible s'il n'avait pas atteint l'âge de la retraite. Dans sa missive du 7 juillet 2016, l'intimée a à nouveau justifié son argumentation en raison de l'âge de la retraite. Lorsqu'elle a sollicité l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ sur l'exigibilité d'une activité adaptée, elle lui a précisé qu'elle devait se prononcer sur cette question, indépendamment de la stabilisation du cas du recourant, ce dernier étant à la retraite. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance des arguments du recourant à l'appui de son complément d'opposition du 8 novembre 2017, qu'elle a soutenu que le cas était stabilisé au 31 juillet 2016.

Or, les rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de conclure qu'il n'y avait plus lieu, à cette date, d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant. Il sied encore de constater avec ce dernier que le Dr F\_\_\_\_\_ n'a fourni aucun renseignement à ce propos dans son rapport du 6 mars 2017, alors qu'il avait clairement estimé, en juin 2016, que le cas n'était pas stabilisé. Le médecin conseil a d'ailleurs manifestement constaté une amélioration de la situation concernant les atteintes au niveau du poignet, puisqu'il avait considéré, dans son appréciation du 9 juin 2016, que le recourant était apte à exercer une activité monomanuelle, ce qu'il a confirmé le 13 octobre 2016, alors qu'il a mentionné, dans son rapport du 6 mars 2017, que le recourant avait récupéré une mobilité pratiquement complète et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

L'intimée n'était donc pas fondée, au vu des pièces en sa possession, à mettre un terme au versement des indemnités journalières le 31 juillet 2016.

Pour ce motif déjà, la décision entreprise doit être annulée.

---

15. Concernant l'évaluation du taux d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Cour de céans constate que la situation médicale n'est pas claire.

a. En premier lieu, elle relève que les atteintes présentées par le recourant dans les suites immédiates de l'accident de la circulation du 10 janvier 2014 et leur évolution jusqu'au second événement ne sont pas du tout documentées, à l'exception des troubles au niveau du poignet gauche.

Pourtant, le rapport de police du 11 janvier 2014 fait expressément mention d'un traumatisme crânien et le recourant a déclaré à plusieurs reprises avoir subi un choc sur la tête, notamment au moment de sa seconde admission aux urgences (il a rappelé avoir été victime d'une chute sur la tête lors de son accident et avoir subi des lésions et plaies au niveau du visage), ou encore, lors d'un entretien avec un collaborateur de l'intimée, le 16 octobre 2014 (il a relaté une tuméfaction sur le côté gauche de la tête, au niveau du front, de l'œil et du nez, avec une importante contusion et indiqué avoir ressenti, immédiatement après le sinistre, de forts maux de tête qui ont persisté jusqu'à sa seconde hospitalisation). Dans la lettre de transfert du 28 février 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait mention de cervicalgies depuis l'accident et, dans son rapport du 12 février 2015, ce même médecin a fait état d'un traumatisme cervical et d'une fracture de l'arcade zygomatique à gauche, et confirmé l'existence de cervicalgies intermittentes, avec irradiation dans le trapèze gauche, entre l'accident du 10 janvier 2014 et l'hospitalisation du 11 février 2014.

Dans ces circonstances, l'intimée aurait dû se livrer à une instruction médicale approfondie, dès lors que le dossier comportait plusieurs éléments suggérant l'existence d'un traumatisme crânien ou d'un traumatisme à la colonne cervicale, que le recourant a fait état de nombreuses plaintes correspondant au tableau clinique typique d'un tel traumatisme et que divers troubles affectifs et cognitifs ont été mis en évidence dans le cadre du bilan neuropsychologique du 26 mai 2016.

Compte tenu de ces éléments, l'intimée aurait dû requérir des informations complémentaires relatives aux premières constatations médicales objectives suite à l'accident du 10 janvier 2014, aux symptômes précis alors signalés et présentés dans les jours qui ont suivi, aux diagnostics retenus et au traitement suivi. Elle ne pouvait en aucun cas se limiter à nier tout rapport de causalité entre les troubles affectifs et cognitifs et l'AVC.

b. En deuxième lieu, la Cour de céans relève que l'intimée semble avoir admis l'existence d'une atteinte psychique, puisqu'elle se réfère aux explications du Dr N\_\_\_\_\_, lequel a relevé que le ralentissement psychomoteur et l'importante apathie étaient compatibles avec le trouble psychique retrouvé chez le recourant lors du bilan neuropsychologique.

Or, l'existence d'une atteinte à la santé psychique n'est en l'état pas établie. Aucun des nombreux médecins consultés par le recourant n'a relevé la présence de troubles d'ordre psychique, ni suggéré à l'intéressé de consulter un spécialiste en la matière. Le Dr N\_\_\_\_\_ a par la suite reconnu, dans son rapport du 27 mars 2018,

que les résultats des différents tests réalisés par le recourant lors du bilan neuropsychologique ne pouvaient se substituer à un diagnostic de dépression retenu par un psychiatre.

Cela étant, si l'intimée estimait que le recourant était atteint dans sa santé psychique, elle aurait dû se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les dits troubles psychiques et l'accident, lequel ne saurait être qualifié de banal ou de peu de gravité, eu égard aux éléments figurant dans le rapport de police.

c. En troisième lieu, la Cour de céans relève que le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu, s'agissant du poignet gauche du recourant, les diagnostics de status après fracture du scaphoïde carpien et traitement conservateur et de « status après » algoneurodystrophie du poignet gauche.

Ces diagnostics sont toutefois incomplets, puisque le médecin d'arrondissement a constaté, suite à une radiographie, une arthrose radio-carpienne modérée et une certaine instabilité. Ils sont de surcroît ambigus et insuffisamment motivés, dès lors que le Dr F\_\_\_\_\_ semble avoir implicitement admis une guérison du SDRC, puisqu'il a diagnostiqué un status après algoneurodystrophie et non une algoneurodystrophie et ce, sans la moindre explication et en dépit des plaintes du recourant qui se plaignait d'une sensation de chaleur du poignet au repos et de douleurs à chaque mobilisation.

C'est le lieu de rappeler que le spécialiste qui a suivi le recourant pour ces troubles a attesté de la présence d'un SDRC post-traumatique (cf. rapports des 5 mai 2015 et 28 janvier 2016 du Dr J\_\_\_\_\_). Par la suite, il n'a plus expressément mentionné ce diagnostic, mais a rapporté la persistance d'un état douloureux nécessitant la prise d'antalgiques et souligné que les plaintes du recourant, lors de sa dernière consultation du 22 juillet 2016, étaient inchangées et que l'état douloureux n'était pas évolutif (cf. rapport du 5 septembre 2016). En outre, selon les constatations objectives du Dr J\_\_\_\_\_, la mobilité du poignet gauche était plus restreinte en juillet 2016 qu'en octobre 2015, et la force moindre (cf. rapports des 8 octobre 2015 et 5 septembre 2016), ce qui ne parle pas en faveur d'une amélioration en voie de guérison.

En l'absence de toute explication du médecin-conseil, le diagnostic de status « après » algoneurodystrophie du poignet gauche ne saurait à ce stade être confirmé. La Cour de céans relèvera encore que le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué si le recourant prenait encore un traitement médicamenteux et qu'il a conclu, de façon surprenante, que l'intéressé avait récupéré une mobilité « pratiquement complète », alors même qu'il avait constaté une flexion dorso-palmaire de 60-0-40 à gauche (contre 70-0-50 à droite) et que le Dr J\_\_\_\_\_ avait quant à lui mesuré des extension-flexion à 70/0/65 en janvier 2016 et à 70/0/70 en juillet 2016.

d. Il ressort de ce qui précède que, compte tenu des pièces à sa disposition, l'intimée ne pouvait tirer de conclusions définitives sur l'état de santé du recourant

au moment où elle a rendu sa décision. Elle ne pouvait donc valablement se déterminer sur les droits de l'intéressé à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

16. À toutes fins utiles, la Cour de céans relèvera encore, s'agissant de taux de l'IPAI, que le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas pris position sur l'existence d'une aggravation prévisible. Pourtant, il a constaté, sur les radiographies du poignet gauche du 8 avril 2014, qu'il n'y avait pas d'image d'instabilité intracarpienne et que l'arthrose radio-carpienne était discrète, alors que, sur la radiographie du 3 mars 2017, il a relevé une instabilité, certes non « majeure », et une arthrose radio-carpienne qualifiée désormais de « modérée ». En outre, le médecin d'arrondissement n'a pas indiqué si l'instabilité, déjà constatée par le Dr H\_\_\_\_\_ en 2015, devait être indemnisée.
17. Eu égard à tout ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2017 et la décision sur opposition du 29 décembre 2017 et de renvoyer la cause à l'intimée à charge pour cette dernière de compléter l'instruction en sollicitant les rapports médicaux pertinents qui font défaut, puis en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire comprenant des volets neurologique, orthopédique et neuropsychologique, voire, au besoin, rhumatologique et psychiatrique.

Les experts devront notamment se prononcer sur la date à compter de laquelle il n'y a plus eu lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant, sur la capacité de travail de ce dernier dans les deux activités habituelles et dans une activité adaptée (taux, rendement, limitations fonctionnelles), compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé en lien de causalité avec l'accident, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

À l'issue de cette instruction, l'intimée rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision.

Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'800.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 1 LPA ; 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**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2017 et la décision sur opposition du 29 décembre 2017.
4. Renvoie le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'800.- 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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