

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 octobre 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Dind et Mme Lanz Pleines
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

O. _____, à Ecublens (VD), recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

GERLING HDI VERSICHERUNG AG, à Zurich, intimée, représentée par Me Baptiste Rusconi, avocat à Lausanne.

Art. 6 ss et 16 LPGA; 18 al. 1, 19, 24 et 25 LAA

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1974, marié, père de deux enfants nés respectivement en 1999 et 2003, de nationalité bosniaque, est au bénéfice d'un permis C. Il a travaillé depuis le 13 juin 2000 au service de l'entreprise B. _____ SA en tant qu'employé d'exploitation (magasinier) à 100% jusqu'au 30 juin 2006, date de son licenciement. Il était à ce titre assuré auprès de Gerling HDI Versicherung AG (ci-après: l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20).

Le 16 juillet 2004, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation en Slovénie. Alors qu'il circulait au volant de sa voiture, accompagné de son épouse et de ses deux enfants, il a percuté, après avoir mordu une ligne continue, un véhicule venant en sens inverse qui débouchait d'une légère courbe; la conductrice de ce véhicule a été tuée. Hospitalisé sur place pendant un mois, une fracture de l'extrémité distale du radius droit et une fracture oblique courte du fémur gauche à l'union du tiers proximal et du tiers moyen ont été diagnostiquées. A la suite de cet accident, l'assuré a été en incapacité totale de travail. Rentré en Suisse, une déclaration d'accident LAA du 18 août 2004 a été remplie par les soins de l'employeur, lequel indique notamment qu'en 2004, l'assuré percevait un revenu annuel de 48'781 fr. pour 42,5 heures de travail hebdomadaires, ce qui correspond à l'horaire de travail habituel de l'entreprise. Le 26 octobre 2004, une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse (une vis protrusive) a été effectuée au poignet droit. Les suites opératoires furent simples. En revanche, la consolidation du fémur gauche s'étant réalisée de façon précaire et lente, l'assuré a été opéré le 12 août 2005 pour l'ablation d'une vis proximale et d'une vis distale afin de dynamiser le clou.

Le 17 mars 2006, l'assureur a chargé le Dr A._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de déterminer la capacité de travail exigible de l'assuré en tant que magasinier.

Dans son rapport du 21 juillet 2006, le Dr A._____ a posé les diagnostics suivants:

- Instabilité postérieure du genou gauche et douleurs résiduelles de la cuisse gauche,
- Status après accident de la circulation le 16 juillet 2004 avec fracture diaphysaire proximale du fémur gauche, déchirure du ligament croisé postérieur du genou gauche et fracture de l'épiphyse distale du radius droit,
- Status après ostéosynthèse du fémur gauche et du poignet droit en urgence,
- Status après cure de pseudarthrose du fémur gauche le 9 mars 2005 et dynamisation du clou fémoral le 12 août 2005.

Dans son rapport, l'expert a procédé à une anamnèse circonstanciée, décrit les plaintes de l'assuré ainsi que le status clinique. Sous la rubrique "Attitude", l'expert a exposé ce qui suit:

"Au niveau des membres supérieurs, l'évolution est tout à fait favorable, de sorte que l'on peut considérer que la fracture du poignet droit a guéri sans séquelle objectivable. Il n'y a pas d'amyotrophie ni de limitation fonctionnelle résiduelle. La diminution subjective de la force de préhension doit être relativisée. En effet, les mesures répétitives actuelles sont peu reproductibles, sans signes d'épuisement physiologique, de sorte que l'intervention de facteurs non organiques devient très probable. Quoi qu'il en soit, le patient lui-même reconnaît que ses mains sont à nouveau utilisables professionnellement.

Au niveau du membre inférieur gauche, l'évolution est moins favorable. La pseudarthrose du fémur a fini par consolider. Il persiste seulement une discrète amyotrophie quadricipitale avec une différence de périmètre de la cuisse de 2.5 cm, ce qui est encore modéré dans le contexte. Les douleurs diffuses de la cuisse gauche sont plus difficiles à expliquer. Là aussi, on a l'impression d'une certaine discrétance entre l'extension des plaintes et les constatations objectivables, de sorte que l'intervention de facteurs non somatiques est à nouveau probable. Au niveau du genou gauche, je retrouve cliniquement une instabilité postérieure

suspecte d'une déchirure méconnue du ligament croisé postérieur. Celle-ci pourrait expliquer quelques signes irritatifs au niveau de la rotule, mais pas vraiment la sensation d'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche rendant le patient encore tributaire de l'utilisation de 2 cannes pour le moindre pas.

A l'occasion, une IRM du genou gauche pourrait être faite pour objectiver la suspicion de lésion du ligament croisé postérieur et une physiothérapie spécifique pourrait être entreprise, visant à tonifier le quadriceps et à mieux verrouiller le genou gauche. Il me semble absolument nécessaire de lui donner suffisamment confiance pour qu'il abandonne enfin ses cannes. Cela contribuera peut-être à diminuer ses sentiments de morbidité. L'intervention chirurgicale de stabilisation du genou gauche ne me semble pas nécessaire. L'AMO du fémur gauche pourra probablement avoir lieu dès l'année prochaine.

Sur le plan professionnel, il est peu probable qu'il puisse un jour reprendre le travail de magasinier qu'il avait avant l'accident, de sorte qu'une reconversion professionnelle est d'ores et déjà à envisager. Dans l'immédiat, une activité industrielle légère en position semi-assise me semble exigible à 100%: ouvrier dans une usine de tri de petites pièces, de conditionnement alimentaire, poste de surveillance, etc.

Un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% peut être défini pour le membre inférieur gauche, considérant la laxité postérieure résiduelle du genou gauche. Ce taux restera vraisemblablement inchangé après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Aucun taux d'atteinte à l'intégrité n'est à retenir pour le poignet droit.

Avec votre accord, je vous prie de bien vouloir faire parvenir une copie de mon rapport pour son médecin traitant, le Dr F. _____ à l'Hôpital H. _____".

Par décision du 24 octobre 2005, confirmée sur opposition le 6 novembre 2006, l'assureur a réduit de 20% les indemnités journalières pour une durée maximale de 2 ans, soit jusqu'au 15 juillet 2006, en raison de la faute grave commise par l'assuré (art. 37 al. 2 LAA). Cette décision est entrée en force.

Par décision du 2 novembre 2006, l'assureur, se fondant sur l'avis de l'expert A. _____, a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit 10'680 fr. Il a en outre dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, dès lors que la comparaison des revenus avec et sans invalidité n'aboutissait pas à un degré d'invalidité minimum de 10%, ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il a considéré que l'état de santé de

l'assuré était stabilisé, ce qui entraînait la fin de la prise en charge des frais de traitement et du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} novembre 2006, exception faite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse évoquée par le Dr A. _____ dans son rapport d'expertise (p. 8).

Par courrier du 29 novembre 2006, le Centre social protestant a formé opposition contre la décision du 2 novembre 2006 pour le compte de l'assuré. Il a admis expressément l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, qui ne faisait dès lors plus l'objet de la contestation, de sorte que l'assureur pouvait procéder à son versement.

Par lettre du 1^{er} décembre 2006, Me Hofstetter a formé opposition contre cette décision pour le compte de l'assuré, se réservant de la compléter ultérieurement.

Dans un questionnaire du 29 novembre 2006 adressé par le Centre social protestant, précédent conseil de l'assuré, le Dr Q. _____, médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué qu'il suivait ce dernier depuis le 14 septembre 2005 pour une fracture fémorale gauche non consolidée. Ce praticien a estimé que l'intéressé n'était pas en mesure de reprendre une activité lucrative en raison des douleurs occasionnées par des difficultés à se déplacer. Il estime au surplus qu'une expertise psychiatrique n'est pas opportune pour évaluer la capacité de travail de l'assuré.

Le 15 décembre 2006, le Dr Q. _____ a adressé cette missive au conseil actuel de l'assuré:

"Maître,

Votre client, à mon avis, mérite une rente d'invalidité à 100%.

En effet, il ne peut rester que quelques minutes assises avant de devoir s'allonger, ce qui rend les propositions de nouveau travail de l'assureur complètement caduques.

[Salutations]".

Dans une correspondance du 21 décembre 2006 adressée au médecin-conseil de l'assureur, le Dr F._____, médecin adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital H._____, se demandait s'il n'y avait pas lieu de reconnaître une atteinte de 15% à l'intégrité corporelle au vu des lésions graves du membre inférieur gauche. En outre, compte tenu des plaintes atypiques de l'assuré, il préconisait éventuellement la mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique en vue d'évaluer le degré de sinistrose post-traumatique.

Dans son opposition motivée du 21 décembre 2007, le conseil de l'assuré a écrit à l'assureur pour lui signaler que son mandant était toujours en incapacité totale de travail à ce jour. Considérant l'importance du volet psychiatrique dans le cas d'espèce, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était sollicitée afin de déterminer l'éventuelle capacité résiduelle de travail de l'assuré, compte tenu de ses troubles psychiques. Il concluait ainsi à la poursuite de la prise en charge des frais de traitement et du versement de pleines indemnités journalières, respectivement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, à compter du 1^{er} novembre 2006.

Le 5 février 2008, le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a écrit ce qui suit au conseil de l'assuré:

"Cher Maître,

Donnant suite à votre lettre du 8 janvier 2008, je vous réponds de façon suivante.

Monsieur O._____ m'a consulté le 25 mai 2007 pour un état dépressif et stress post-traumatique avec des douleurs physiques persistantes. Depuis cette date, il suit son traitement (anti-dépresseur, analgésiques) et une psychothérapie de soutien.

Monsieur O._____ a été fortement atteint physiquement et psychiquement par l'accident dramatique de juillet 2004. Depuis lors, suite à un changement important dans sa vie (perte d'emploi, incapacité de travail, limitation de ses mouvements), est actuellement incapable de reprendre une activité professionnelle.

[Salutations]".

Par décision sur opposition du 15 février 2008, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré. Il a en substance considéré que les documents médicaux versés au dossier ne faisaient état d'aucun traumatisme crânien, le traitement psychiatrique ayant de surcroît débuté trois ans après l'accident, soit le 25 mai 2007. L'assureur a rejeté la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, au motif que le diagnostic d'état de stress post-traumatique implique la réalisation de critères spécifiques, lesquels ne sont au demeurant nullement mis en évidence par le Dr K._____. Après avoir procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'assureur a constaté qu'il n'y avait pas d'incapacité de gain permanente et que l'assuré pourrait percevoir, dans une activité adaptée à son handicap physique telle que celles décrites par le Dr A._____, un salaire comparable à celui qu'il percevait dans son activité antérieure à l'accident. Au surplus, l'assureur a constaté que l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI) avait refusé d'octroyer des prestations pour réadaptation professionnelle et limité le droit à une rente pour invalidité à une période déterminée du 12 juillet 2005 au 30 avril 2006. Il avait en effet constaté qu'à partir du 1^{er} mai 2006, le revenu d'invalidité était supérieur au revenu sans invalidité et qu'il n'y avait plus de préjudice économique. Il semblerait en outre que l'assuré n'ait pas contesté le projet de décision du 3 novembre 2006. L'assureur-accidents a rendu le dispositif suivant:

- "1. Nous notons votre accord d'accepter le degré d'atteinte à l'intégrité de 10% fixé par le Dr A._____ et nous allons verser la somme de CHF 10'680.-. Veuillez nous indiquer les coordonnées bancaires nécessaires.
2. Une expertise psychiatrique est refusée pour les motifs évoqués ci-dessus.
3. Le droit à une rente pour invalidité est refusé, vu qu'il n'y a pas d'incapacité de gain de minimum 10% résultant de l'accident."

B. Agissant par l'intermédiaire de son conseil, O._____ recourt contre cette décision par acte du 13 mars 2008. Il conclut avec suite de frais et dépens à sa réforme, en ce sens que l'assureur est tenu de poursuivre la prise en charge de son cas après le 1^{er} novembre 2006 et doit lui allouer une rente d'invalidité entière dès cette date. Le recourant conclut en outre à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité

de 16'020 fr. correspondant à un degré d'atteinte à l'intégrité de 15%. Il conclut subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'assureur pour nouvelle instruction et/ou décision au sens des considérants. Il soutient pour l'essentiel que l'aspect psychiatrique n'a pas fait l'objet d'investigations par l'assureur, de sorte que la décision sur opposition est mal fondée, en tant que les pièces médicales produites au dossier font clairement état de troubles post-traumatiques, lesquels n'autorisent pas, selon le recourant, la reprise d'une activité professionnelle. Il estime par ailleurs que les activités proposées par l'expert sont incompatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il critique en outre la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'assureur, dès lors que celui-ci semble avoir grossi outre mesure le revenu d'invalidé et en même temps réduit de façon incompréhensible le revenu qu'il percevrait aujourd'hui s'il était en bonne santé. S'appuyant sur l'avis du Dr F._____, le recourant estime enfin que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être de 15%. A titre de mesures d'instruction, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et orthopédique). Il considère en effet que les constatations de l'expert A._____ sont contredites par celles émises par le Dr Q._____, les activités exigibles préconisées par l'expert étant inappropriées à son état de santé. De surcroît, l'assureur ne fournit selon le recourant aucune justification pour rejeter toute atteinte psychique en relation avec l'accident, d'où la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire.

Dans sa réponse du 23 juin 2008, l'assureur intimé conclut au rejet du recours. Il considère au surplus qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire bi-disciplinaire.

Dans sa réplique du 1^{er} octobre 2008, le recourant a confirmé les conclusions de son recours.

L'intimé a renoncé à dupliquer.

C. Le dossier AI de l'assuré a été produit.

Sur mandat de l'OAI, le Dr L._____, psychiatre FMH, a rendu le 15 avril 2006 une expertise. L'expert estime qu'il n'y a pas d'atteinte psychique justifiant une incapacité de travail et que l'assuré dispose de ressources psychologiques suffisantes pour exercer une activité professionnelle. Il n'a pas mis en évidence d'état de stress post-traumatique ni de dépression, les critères diagnostiques n'étant pas présents. Il relève des signes typiques d'un trouble mixte anxiodépressif avec anxiété, tension interne, tristesse légère et quelques troubles de la concentration d'un degré plutôt léger. Les diagnostics retenus sans répercussion sur la capacité de travail sont un trouble anxieux et dépressif mixte léger et un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Par décision du 4 mai 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2005 au 30 avril 2006.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente d'invalidité (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

2. a) Dans le cadre d'un contentieux objectif (sur cette notion, cf. Moor, Droit administratif, volume II, 2^e édition, Berne 2002, pp. 530 sv.), l'objet du litige est doublement circonscrit, à savoir par la décision attaquée, d'une part, et par les griefs formulés par le recourant contre celle-ci, d'autre part. En effet, le juge ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter de griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, conformément au principe dit du grief ("Rügeprinzip"), le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception est faite à cette règle lorsque les points non critiqués par le recourant ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413; ATF 110 V 48, RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question du taux de la rente d'invalidité ainsi que de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par l'intimé au recourant.

3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Ainsi, la notion d'invalidité au sens de la loi ne se

confond pas forcément avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin.

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

4. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 LAA prévoit que 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).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, 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).

5. a) En qui concerne la capacité de travail du recourant sur le plan *somatique*, le Dr A._____ estime qu'elle est totale dans une activité adaptée et que l'état de santé est stabilisé depuis le 1^{er} novembre 2006. Dans son rapport, l'expert explique en quoi une telle capacité est exigible et suggère des activités susceptibles de pouvoir être exercées par le recourant. Il convient à cet égard de rappeler que selon le projet de décision de l'OAI du 3 novembre 2006, une capacité de travail entière a été reconnue au recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (manutention légère, montage de petites pièces industrielles, surveillance d'une chaîne de production). Cela étant, l'appréciation de l'expert se fonde sur un examen approfondi du recourant et ses conclusions sont claires et convaincantes. Au reste, elles ne sont pas remises en cause par les documents fournis par le recourant, les avis du Dr Q._____, non motivés, n'étant aucunement de nature à infirmer celles-ci. Le rapport d'expertise du Dr A._____ doit se voir ainsi reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'il satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés plus haut (cf. consid. 3 supra).

Le recourant fait par ailleurs état de problèmes psychologiques liés à l'accident et qui l'empêcheraient de reprendre une activité professionnelle à plein temps.

b) Selon la jurisprudence (TF 8C_301/2009 du 17 septembre 2009, consid. 4.2), en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé, il faut d'abord classer 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.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409).

En l'espèce, la collision frontale a été violente, conduisant au décès de la conductrice du véhicule venant en sens inverse. L'accident n'a pas en lui-même un caractère particulièrement impressionnant. Cela étant, il n'a pas entraîné chez l'assuré de lésions physiques particulières si ce n'est une fracture du fémur gauche ainsi qu'une fracture du poignet droit. Si le Dr A. _____ constate une évolution favorable des membres supérieurs, il observe en revanche une évolution moins favorable du membre inférieur gauche tout en ne faisant pas état d'une aggravation de

la situation, l'objectif étant que le recourant puisse de nouveau marcher sans cannes. La durée du traitement médical et l'incapacité de travail afférentes aux seuls troubles somatiques en lien de causalité avec l'accident n'apparaît pas particulièrement longue. C'est ainsi en effet que dans son projet d'acceptation de rente du 3 novembre 2006, l'OAI a considéré qu'il n'y avait plus d'invalidité dès le 1^{er} mai 2006, une capacité de travail entière ayant été reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (manutention légère, montage de petites pièces industrielles, surveillance d'une chaîne de production). Par ailleurs, il n'a pas été constaté de séquelles ni de complication importante. De ce qui précède, on peut déduire que l'accident du 16 juillet 2004 entre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Au reste, on constate que, selon le certificat médical du Dr K. _____ du 5 février 2008, le recourant a consulté un psychiatre pour la première fois près de 3 ans après l'accident, soit dès le 25 mai 2007 après que l'assureur-accidents a refusé d'allouer des prestations supplémentaires. La causalité des troubles de l'assuré avec l'accident du 16 juillet 2004 paraît dès lors peu vraisemblable. Le Dr K. _____ fait mention d'un état dépressif et d'un stress post-traumatique avec des douleurs physiques persistantes, sans toutefois motiver son constat et son diagnostic. Il ne mentionne notamment pas les signes qui lui ont fait poser le diagnostic de stress post-traumatique, comme l'observe le Dr L. _____, qui relève, deux mois après le Dr K. _____, l'absence des critères diagnostiques aboutissant au constat d'un stress post-traumatique ou de dépression. A cet égard, les atteintes psychiques relevées par le Dr K. _____ semblent, de son propre constat, plutôt dues aux conséquences de l'accident (perte d'emploi, difficultés financières) qu'à l'accident lui-même.

En conséquence, les conditions pour que l'atteinte psychiatrique alléguée soit invalidante ne sont pas réunies. En d'autres termes, les critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques font défaut.

6. S'agissant de la comparaison des revenus, le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir calculé de manière adéquate le revenu annuel que celui-ci retirait de son activité. Quant au salaire d'invalidé, il n'entend pas le discuter dans la mesure où il soutient être en incapacité totale de travailler.

Il résulte de la déclaration d'accident LAA du 18 août 2004 que le recourant percevait en 2004, soit au moment de l'accident, un revenu annuel de 48'781 fr. pour 42,5 heures de travail par semaine.

En ce qui concerne le salaire sans invalidité, l'assureur intimé s'est fondé sur le salaire statistique issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) 2004 pour retenir un salaire mensuel moyen de 4'588 fr. (part du treizième salaire comprise) pour les hommes effectuant une activité simple et répétitive pour une durée de 40 heures hebdomadaires, soit un salaire annuel de 55'056 fr. Une réduction de 15% a été opérée afin de tenir compte des désavantages dont souffrirait le recourant sur le marché du travail en raison de son handicap physique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). Le salaire hypothétique annuel s'élève ainsi à 46'798 fr. Comme il vient d'être dit, les données salariales de l'ESS sont calculées sur une base hebdomadaire de 40 heures de travail, soit 2 heures et demi de moins que la moyenne de travail hebdomadaire effectuée par le recourant avant son accident. Afin de pouvoir obtenir des données comparables, l'intimé avait donc ramené le salaire dans l'emploi d'origine à 40 heures de travail par semaine, ce qui conduit à un salaire annuel de 45'912 fr. Il serait aussi concevable d'envisager l'adaptation du salaire tiré de l'ESS 2004 à 42,5 heures de travail hebdomadaire, ce qui paraîtrait à première vue plus logique, compte tenu de la durée de travail en usage dans l'entreprise employant le recourant au moment de son accident.

Quoi qu'il en soit et quelle que soit la variante adoptée pour procéder à la comparaison des gains et au calcul du taux d'invalidité, celui-ci n'excède pas 10% de sorte qu'il n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA).

Au surplus, vérifié d'office, le calcul effectué par l'assureur intimé est exact. Ce calcul n'est au demeurant infirmé par aucune pièce, le recourant se bornant à prétendre que le revenu annuel retiré de son activité n'a pas été calculé de manière adéquate. Or, le recourant ne conteste pas avoir perçu en 2004 un revenu annuel de 48'781 fr. pour 42,5 heures de travail par semaine. De ce gain, l'intimé n'a fait que l'adapter à un salaire perçu pour un travail hebdomadaire de 40 heures de manière que la comparaison avec le salaire hypothétique issu de l'ESS s'effectue sur une même base. Il n'y a là rien de critiquable, de sorte que la décision entreprise doit être confirmée sur ce point également, le recours à l'ESS n'étant au demeurant pas contesté en tant que tel, pas plus que la réduction de 15% opérée sur le salaire hypothétique qui tient correctement compte des limitations liées au handicap de l'assuré.

7. Le recourant conteste ensuite le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : l'IPAI) alloué par l'assureur; il considère qu'il devrait être de 15%.

a) Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'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).

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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). L'Exécutif fédéral a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202).

Selon cette disposition réglementaire, l'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). Elle comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour-cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème, reconnu conforme à la loi, ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 209 consid. 4a/bb; RAMA 1992 n° U 145 p. 85 consid. 5a; RAMA 1988 n° U 48 p. 230). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

La division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables ne constituent pas des règles de droit et ne sauraient lier le juge, d'autant moins que le chiffre 1 de l'annexe 3 à l'OLAA spécifie que le taux de l'atteinte à l'intégrité indiqué par le barème constitue une règle générale, ce qui permet des dérogations vers le haut et vers le bas dans un cas d'espèce. Néanmoins, dans la mesure où il s'agit de valeurs abstraites, indicatives et médico-théoriques, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement des assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; ATF 116 V 156 consid. 3a; ATF 115 V 147 consid. 1; RAMA 1998 n° U 296 p. 235 consid. 2a; RAMA 1997 n° U 278 p. 207 consid. 2a; RAMA 1992 n° U 145 précité, *ibid.*; RAMA 1990 n° U 111 p. 369). Aucune indemnité n'est allouée pour les atteintes à l'intégrité inférieures à 5 % (TFA U 399/01 du 2 décembre 2002, consid. 3.1; ATF 116 V 156 précité consid. 3b *in fine*; RAMA 1988 n° U 48 p. 230 consid. 2b).

b) Le taux de l'atteinte à l'intégrité reconnu au recourant a été suggéré par le Dr A. _____ (cf. rapport d'expertise du 21 juillet 2006, p. 9) pour tenir compte de la laxité postérieure résiduelle du genou gauche, aucune atteinte à l'intégrité n'étant retenue par l'expert pour le poignet droit. C'est dans un certificat médical du 21 décembre 2006 adressé au médecin-conseil de l'assureur intimé que le Dr F. _____ a envisagé l'augmentation du taux de l'IPAI à 15%, motivée non seulement par la gravité des lésions du membre inférieur gauche mais également, semble-t-il, par les plaintes psychiques du recourant. Le Dr F. _____ se pose du reste la question de savoir si un complément d'expertise psychiatrique ne

serait pas nécessaire pour fixer cette IPAI. Il convient dans un premier temps de constater que le degré d'atteinte à l'intégrité de 10% ainsi que le montant de 10'680 fr. retenus par la décision de l'intimée n'ont pas fait l'objet d'opposition, de sorte que la décision du 2 novembre 2006 est entrée en force sur ce point. On constatera par surabondance ce qui suit:

aa) Sur le plan *somatique*, l'expert a procédé à une évaluation de la situation et a retenu un taux tenant compte des limitations fonctionnelles constatées. C'est ainsi que la gravité des lésions constatées au membre inférieur gauche n'a pas non plus échappé à l'expert qui a pourtant considéré qu'un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% se justifiait au regard des atteintes présentées par le recourant. C'est ainsi que "les lésions graves du membre inférieur gauche au moment de l'indemniser", sans autre motivation, ne sauraient suffire à admettre à elles seules une augmentation du taux de l'IPAI, dans la mesure où le taux retenu par l'expert A. _____ tient précisément déjà compte de la laxité postérieure résiduelle du genou gauche. Ce taux doit donc être confirmé, aucun élément du dossier ne permettant de le mettre en doute.

Cela étant, il y a lieu d'examiner les répercussions d'éventuels troubles *psychiques* sur le taux de l'IPAI.

bb) Dans l'ATF 124 V 29, le Tribunal fédéral des assurances a posé des principes généraux au sujet du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. Il a admis que de tels troubles peuvent ouvrir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité si celle-ci revêt un caractère durable et important au sens des art. 24 LAA et 36 al. 1 OLAA. Pour déterminer si une atteinte à l'intégrité psychique a un caractère durable, l'administration ou le juge, s'il y a recours, doit trancher en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale.

Le caractère durable des troubles psychiques, en tant que notion juridique, est une question de droit qui doit être tranchée en

fonction du cas particulier. Le Tribunal fédéral des assurances, dans l'arrêt précité, se référant à la jurisprudence rendue en matière de lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un événement accidentel, a jugé que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 140 sv. consid. 6c, 409 sv. consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulière et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie (TFA U 288/03 du 24 mars 2004, consid. 6.2).

cc) En l'espèce, s'agissant d'un accident de gravité moyenne, on doit admettre qu'il ne ressort pas des critères servant à l'examen de la causalité adéquate que des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique existent, d'autant que le recourant a consulté pour la première fois un psychiatre 3 ans après l'accident seulement et que le Dr L. _____ a constaté le caractère léger et non invalidant des troubles psychiques du recourant. Le taux de 10% de l'IPAI doit dès lors être confirmé.

8. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision querellée sans qu'il soit nécessaire de faire droit à la requête du recourant, tendant à la mise en

œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et orthopédique). Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 15 février 2008 par Gerling HDI Versicherung AG est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour O. _____),
- Me Baptiste Rusconi, avocat (pour Gerling HDI Versicherung AG),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :