

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 août 2020

Composition : M. NEU, président
Mme Durussel, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne,

et

Z. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 LAA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, travaille en qualité d'enseignant auprès de l'U._____. Il était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de Z._____ SA (ci-après : Z._____ SA ou l'intimée ; anciennement : L._____) qui avait pour partenaire Y._____ pour les prestations de longue durée. S'agissant de l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie, il est assuré auprès d'I._____ SA.

Le 29 janvier 2009 vers 17 h 45, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait à moto, étant entré en collision avec une voiture qui lui a coupé la route (rapport de police du 4 février 2009). Les secours l'ont transporté au Centre hospitalier B._____. Il a subi une fracture ouverte médio-diaphysaire de la jambe gauche, une nécrose cutanée du tiers moyen de ce membre et une plaie contuse au niveau de la malléole interne. Opéré le jour même au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier B._____, il a bénéficié de la mise en place d'un fixateur externe tibio-calcanéen (protocole opératoire du 29 janvier 2019 et rapport du 9 mars 2009 du Centre hospitalier B._____).

L'U._____ a annoncé l'accident à L._____ qui a pris en charge le cas.

L'assuré a ensuite subi plusieurs opérations au Service d'orthopédie et de traumatologie et au Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier B._____ pour la stabilisation du fixateur externe (protocole opératoire du 13 février 2009), le débridement et la couverture d'une lésion cutanée de la jambe gauche avec greffe de peau (protocole opératoire du 23 février 2009), l'ablation du fixateur externe (protocole opératoire du 22 mai 2009), l'enclouage centromédullaire du tibia gauche (protocole opératoire du 2 juin 2009) et

la décortication avec greffe autologue prélevée à la crête iliaque gauche, greffe avec matrice osseuse déminéralisée et ostéosynthèse du tibia (protocole opératoire du 22 septembre 2009).

L'assuré a bénéficié d'un suivi psychologique auprès de la psychologue D. _____ dès le 12 décembre 2009 en raison de troubles anxio-dépressifs (rapport du 7 mars 2010). Il a ensuite consulté le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce spécialiste a réalisé le 11 avril 2011 l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, une décortication et greffe tibiale, ainsi que l'excision d'un névrome sural postérieur à gauche.

Durant cette période, L. _____, puis Z. _____ SA, ont régulièrement recueilli des renseignements auprès du Centre hospitalier B. _____ (rapports des 22 avril 2009 et 22 juin 2010 ; lettres de sortie des 9 mars, 8 juin et 29 septembre 2009 ; IRM du 12 octobre 2010) et du Dr F. _____ (rapports des 5 janvier et 17 novembre 2011). Le Dr C. _____, médecin-conseil de L. _____, puis de Z. _____ SA, a en outre examiné l'assuré à deux reprises (rapports du 19 novembre 2009 et 14 juin 2010).

L'assuré a progressivement repris son activité d'enseignant à un taux d'activité de 20 % à la fin du mois d'octobre 2009, de 50 % dès le 4 janvier 2010, puis de 70 % dès le 15 février 2010, pour atteindre 100 % dès le 1^{er} juin 2011.

Parallèlement, l'assuré a poursuivi son traitement auprès de la psychologue D. _____. Celle-ci a décrit, lors de la reprise d'activité, un seuil abaissé de fatigabilité, d'irritabilité, et des capacités de concentration réduites (rapport du 9 octobre 2010). Dès le mois de novembre 2011, il a consulté le psychologue E. _____. Celui-ci a fait état de symptômes de stress post-traumatique, certains en relation avec l'accident, d'autres en relation avec les opérations subies par la suite (rapport du 14 avril 2011). Le 28 septembre 2011, le psychologue E. _____ a fait état d'une thérapie

en cours et d'une fébrilité psychique mise sur le compte de la procédure pénale et de la prise de conscience du handicap.

L'assuré a présenté une nouvelle incapacité de travail à 30 % dès le 12 mars 2012 (déclaration d'accident du 21 juin 2012). Z. _____ SA a recueilli des renseignements auprès du Dr F. _____ (rapport du 14 mai 2012 et CT-scan du 9 mai 2012) et de l'assuré (rapport du 14 juin 2012 de l'inspecteur des sinistres).

Le 3 juillet 2012, Z. _____ SA a également requis l'avis de son médecin-conseil, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, s'agissant de l'incapacité de travail à 30 % durant la période du 12 mars au 15 juillet 2012. Après examen de l'assuré et consultation du dossier, ce spécialiste a posé les diagnostics de status après fracture ouverte de degré 3 selon Gustilo des deux os de la jambe gauche et de suspicion de lésion isolée du ligament croisé antérieur du genou gauche. Il a estimé que la relation de causalité entre l'accident du 29 janvier 2009 et la nouvelle incapacité de travail de 30 % à partir du 12 mars 2012 était « à peine possible » (rapport du 9 août 2012).

Dans un rapport du 25 septembre 2012, le Dr F. _____ a contesté les conclusions du Dr G. _____. Il a expliqué que l'arrêt de travail à 30 % prescrit du mois de mars 2012 au 15 juillet 2012 était motivé par des douleurs au niveau de la jambe et de la cheville gauche.

Le 15 octobre 2012, à la suite d'examens neuropsychologiques mis en œuvre les 27 août et 1^{er} octobre 2012 et d'une IRM cérébrale du 21 septembre 2012, la Prof. H. _____, Cheffe du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du H. _____ a mis en évidence au premier plan, une fatigabilité attentionnelle et des modifications comportementales. Elle a relevé un léger fléchissement de la mémoire à court terme verbale et de travail, avec des scores demeurant toutefois dans les normes inférieures. Le reste des fonctions cognitives investiguées (langage, praxies, gnosies, mémoire antérograde épisodique, fonctions

exécutives) se situaient dans les normes, voire dans les normes supérieures. La Prof. H._____ a estimé que ces éléments paraissaient s'inscrire de manière prépondérante, dans le cadre des troubles de l'humeur connus. En outre, l'IRM cérébrale était dans la norme. La Prof. H._____ a rappelé que l'assuré avait bénéficié d'un traitement post-traumatique (douleur et sommeil).

Le 20 novembre 2012, le Dr G._____ a confirmé les conclusions de son rapport du 9 août 2012.

Par décision du 22 janvier 2013, Z._____ SA a refusé de prendre en charge l'incapacité de travail à 30 % durant la période du 12 mars au 15 juillet 2012, cette dernière n'étant pas en relation de causalité avec l'accident survenu le 29 janvier 2009.

Le 23 janvier 2013, agissant par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition contre la décision du 22 janvier 2013. Il a indiqué qu'il motiverait son opposition à réception de l'entier du dossier.

Le 20 février 2013, agissant seul, l'assuré a complété ses motifs, contestant la valeur probante des conclusions du Dr G._____ et annonçant la production d'un rapport de son médecin traitant, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 4 mars 2013, ce dernier a justifié l'arrêt de travail à 30 % pour la période du 12 mars au 15 juillet 2012.

Interrogée par Z._____ SA, la Prof. H._____ a précisé le 17 avril 2013 que l'assuré présentait, du point de vue neuropsychologique, une fatigabilité attentionnelle ainsi que des modifications comportementales, toutes deux séquellaires à l'accident du 29 janvier 2009, tandis que le reste des fonctions cognitives était dans les limites des normes selon l'évaluation neuropsychologique des 27 août et 1^{er} octobre 2012. Elle a estimé qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'influencerait l'évolution de l'assuré.

Le 6 août 2013, l'assuré, agissant sous la plume de son conseil, a confirmé les motifs de son opposition.

Par décision du 22 août 2013, Z. _____ SA a refusé la prise en charge des troubles psychiques et neuropsychologiques affectant l'assuré, niant la causalité entre ceux-ci et l'accident survenu le 29 janvier 2009.

Le 23 août 2013, l'assuré a formé opposition contre la décision du 22 août 2013. Le 20 novembre 2013, il a produit les factures dont il réclamait la prise en charge par Z. _____ SA au titre de l'assurance-accidents.

Par acte du 12 septembre 2013, complété le 22 octobre 2013, I. _____ SA a également formé opposition à l'encontre de la décision du 22 août 2013.

Par courrier du 14 juillet 2014, mettant un terme à de multiples échanges avec le conseil de l'assuré et Z. _____ SA, I. _____ SA a retiré son opposition à la décision du 22 août 2013 du fait du paiement des factures par l'assureur du tiers responsable de l'accident.

Le 10 mars 2015, le conseil de l'assuré a produit un rapport du 3 novembre 2014 de la Prof. H. _____, qui confirmait ses précédents avis et prenait position sur une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI).

A la suite de nouveaux échanges au sujet de l'IPAI entre le conseil de l'assuré, Z. _____ SA et Y. _____, cette dernière a indiqué le 25 novembre 2016 que la décision de l'assureur des prestations de courte durée liait l'assureur des prestations de longue durée concernant la causalité entre l'accident et les troubles psychiques et neuropsychologiques. Y. _____ a précisé qu'elle n'était pas en mesure de se déterminer sur les prestations de longue durée dès lors que la décision du 22 août 2013 n'était pas entrée en force.

Par courrier du 18 avril 2017, au terme de pourparlers, l'assuré a demandé à Z._____ SA de statuer sur l'opposition formée à l'encontre de la décision du 22 août 2013.

Par décision du 21 juillet 2017, Z._____ SA a rejeté l'opposition. Elle a retenu en substance que l'accident en question pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et qu'il y avait lieu d'exclure un lien de causalité adéquate entre l'accident survenu le 29 janvier 2009 et les troubles psychiques et neuropsychologiques dès lors qu'aucun des critères jurisprudentiels ne revêtait seul ou conjointement une intensité particulière. En conséquence, la question de la causalité naturelle pouvait rester ouverte.

B. Par acte du 14 septembre 2017, A._____, représenté par Me Hofstetter, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 21 juillet 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que Z._____ SA soit tenu de prendre en charge le traitement des troubles psychiques et neuropsychologiques survenus à la suite de l'accident du 29 janvier 2009. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à son renvoi pour complément d'instruction et nouvelle décision. Implicitement, il a aussi conclu au constat d'un retard injustifié à statuer s'agissant de la décision du 22 janvier 2013. Il s'est également plaint d'un manque de clarté quant à la nature des prestations à servir (prestations de courte/longue durée). En substance, il a fait valoir que la causalité naturelle serait établie par les différents rapports de la Prof. H._____ et des psychologues traitants, faute d'antécédents psychiatriques. Du point de vue de la causalité adéquate, il a reproché à l'intimée d'avoir mal apprécié la nature de l'accident. Selon lui, l'évènement survenu le 29 janvier 2009 constituait un accident grave. A supposer qu'il se soit agi d'un accident de gravité moyenne, il a fait grief à l'intimé de ne pas avoir correctement apprécié les circonstances concomitantes de celui-ci, la gravité des lésions physiques, la longueur du traitement médical, les douleurs et la durée de l'incapacité de travail

consécutives. Il a notamment produit des rapports de la psychologue D. _____ des 7 mars et 9 octobre 2010 et ceux du psychologue E. _____ des 14 avril et 28 septembre 2011. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, l'appointement d'une audience et les auditions de la Prof. H. _____ et du Dr F. _____.

Dans sa réponse du 27 novembre 2017, Z. _____ SA a conclu au rejet du recours se référant à sa décision sur opposition du 21 juillet 2017.

Le recourant a déposé une réplique le 4 janvier 2018, confirmant ses motifs et conclusions.

Dans sa duplique du 31 janvier 2018, l'intimée a annoncé qu'elle prendrait prochainement position sur sa décision du 22 janvier 2013. Pour le surplus, elle a maintenu ses conclusions et produit le procès-verbal des entretiens des 21 et 28 novembre 2017 entre ses services et son médecin-conseil, le Dr C. _____.

Le 2 mars 2018, le recourant a produit une nouvelle décision de l'intimée du 1^{er} mars 2018 par laquelle elle lui allouait les prestations d'assurance-accidents en relation avec l'arrêt de travail à 30 % du 12 mars au 15 juillet 2012. Il a convenu que son recours devenait ainsi sans objet sur ce point, sans toutefois renoncer à l'allocation de dépens.

Le 16 mars 2018, l'intimée a maintenu ses conclusions, indiqué que les conditions du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) n'étaient pas réunies et produit le procès-verbal de l'entretien du 6 mars 2018 entre ses services et le Dr C. _____.

Les 18 avril, 14 mai, 4 et 19 juin 2018, les parties ont déposé d'ultimes déterminations et confirmé leurs conclusions respectives.

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 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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). Un recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA). Le recours doit alors être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le 29 janvier 2009, puisqu'elle a accepté de prester pour les séquelles somatiques.

b) aa) Le litige portait aussi - au jour du dépôt du recours - sur la question de savoir si l'intimée avait tardé à rendre une décision sur l'opposition formée le 23 janvier 2013 à l'encontre de sa décision du 22 janvier 2013 refusant la prise en charge des conséquences de l'incapacité de travail à 30 % présentée par le recourant entre le 12 mars et le 15 juillet 2012.

bb) L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit à toute personne le droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa

cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Une décision rendue dans un délai raisonnable est également, en règle générale, un préalable nécessaire en procédure administrative suisse pour garantir à toute personne de pouvoir faire entendre sa cause dans un délai raisonnable par un tribunal indépendant et impartial au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 46 ad art. 56 LPGA).

Le refus de statuer sur une demande ou la violation de l'obligation de statuer dans un délai raisonnable constitue un déni de justice formel. Si l'autorité rend finalement la décision attendue avant que le tribunal saisi ne se prononce, le recours pour déni de justice devient sans objet (Métral, op. cit., n° 37 ad art. 56 LPGA).

cc) Les parties conviennent que le volet portant sur le déni de justice est sans objet du fait de la reconsidération par l'intimée de la décision en question dans sa communication du 1^{er} mars 2018. La question d'éventuels dépens à ce propos doit quant à elle être examinée dans le cadre du règlement du litige (cf. consid. 7c).

c) Quant au droit à une IPAI, abordé par l'intimée dans des termes peu clairs au stade de son écriture du 16 mars 2018, il échappe au présent litige. En effet, dans le cas de figure visé par l'art. 70 al. 2 LAA où deux assureurs sont liés par un accord de collaboration aux termes duquel l'un assure les prestations de courte durée (soins médicaux et indemnités journalières) et l'autre celles de longue durée (rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité), chaque assureur doit se laisser opposer le comportement de l'autre (ATF 138 V 161 consid. 2 ; TF 8F_11/2010 du 15 mars 2012 consid. 5.2). Il n'en demeure pas moins qu'il revient à chaque assureur d'assumer la prise en charge des prestations dont il est tenu contractuellement (TF 8F_11/2010 du 15 mars 2012 consid. 5.2). Or, il ressort clairement du courrier d'Y. _____ du 25 novembre 2016 que la couverture accidents assurée par Z. _____ SA se limite aux prestations de courte durée, celles de longue durée, telle que l'IPAI, étant du ressort

d'Y. _____ (voir aussi courriers électroniques des 22 avril et 13 mai 2015 et courrier du 6 avril 2017 de Z. _____ SA), ce que le recourant a admis au terme de la procédure administrative dès lors qu'il a réservé ses droits à l'encontre d'Y. _____ dans son ultime courrier du 18 avril 2017.

d) Le présent litige ne porte que sur le droit du recourant aux prestations de courte durée de l'assurance-accidents, singulièrement sur le rapport de causalité entre les troubles psychiques et neuropsychologiques objectivés et l'accident survenu le 29 janvier 2009.

3. a) Aux termes de 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. Constitue un accident au sens de cette disposition toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) 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 physique, 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. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a

lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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.

Ces critères, qui sont examinés au regard des seules lésions ou douleurs physiques, à l'exclusion des aspects psychiques, ne doivent pas tous être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n. 123, pp. 935-936 et la référence citée).

e) La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_475/2018 du 5 septembre 2019 consid. 5.3.1.1 ; 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1 ; 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1).

f) Le Tribunal fédéral admet de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque les conditions nécessaires pour reconnaître une causalité adéquate ne sont pas réunies (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.2 ; 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées

par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée d'avoir minimisé la gravité de l'accident, mal apprécié la causalité adéquate et de ne pas avoir procédé à une analyse médicale complète et objective,

requérant à cet égard la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre.

b) aa) S'agissant de la gravité de l'accident en cause, il convient de se référer au rapport de police du 4 février 2009, dont on extrait ce qui suit :

« Au volant de sa [...], M. _____ montait la rue de [...], en direction du centre de la ville. Parvenu à l'intersection [...], il bifurqua sur sa gauche, pour emprunter le tronçon reliant la rue de [...] et la rue de [...]. Inattentif lors de ce changement de direction [nrd : à environ 10 km/h], il n'accorda pas la priorité au [...], piloté par A. _____, lequel arrivait en sens inverse [nrd : à 50 km/h]. Ainsi, un heurt se produisit entre l'aile avant gauche de la [...] et l'avant du motorcycle. Suite au choc, la moto [nrd : et son conducteur] se coucha et glissa sur la chaussée, puis termina sa course, quelque 20 mètres plus bas, sous le timon d'une remorque, qui était stationnée en bordure droite de la chaussée. Quant à A. _____, il resta allongé jusqu'à l'arrivée des secours.

Conscient mais gravement blessé à la jambe gauche, A. _____ fut acheminé au Centre hospitalier B. _____, par le personnel ambulancier [...]. Il fut opéré et hospitalisé plusieurs jours. »

bb) Le Tribunal fédéral a récemment rappelé la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile (TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1). Les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (TF 8C_902/2010 du 6 avril 2011 ; 8C_726/2007 du 16 mai 2008 ; U 78/07 du 17 mars 2008 ; U 115/05 du 14 septembre 2005). Le déroulement des événements et les forces en présence apparaissent en l'occurrence comparables à ceux de l'accident survenu le 29 janvier 2009. Il n'est pas fait état d'autres facteurs pouvant justifier un degré de gravité plus élevé. Le véhicule heurté était une voiture de tourisme et non un tracteur avec une remorque (comp. TF 8C_484/2007 du 3 septembre 2008, s'agissant d'un accident qualifié de gravité moyenne à la limite des cas graves). Quant au déroulement de l'accident, il est constant que le recourant a glissé sans être éjecté ni projeté, comme allégué dans son recours (comp. TF 8C_134/2015 du 14 septembre 2015). L'événement du

29 janvier 2009 constitue ainsi un accident de gravité moyenne *stricto sensu*.

cc) Dans un tel cas, trois critères parmi ceux énumérés par la jurisprudence doivent être présents pour qu'un lien de causalité adéquate puisse être retenu, voire un seul pour autant qu'il se soit manifesté de manière particulièrement marquante (cf. consid. 3).

c) aa) Les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa) s'apprécient d'un point de vue objectif ; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti l'accident, singulièrement au sentiment de peur qui en a résulté (TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.1 in SVR 2013 UV n° 3 p. 9 ; 8C_100/2011 du 1er juin 2011 consid. 3.5.1 in SVR 2012 UV n° 2 p. 7). Il faut observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TFA U 287/97 du 20 novembre 1998 consid. 3b/cc, in RAMA 1999 n° U 335 p. 207 ss ; plus récemment 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 4.4.1).

En l'espèce, le choc a certes été violent, sans que l'on puisse toutefois retenir des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes au sens de la jurisprudence. En effet, le recourant admet qu'il est resté conscient, les secours l'ont rapidement pris en charge et il n'est pas fait état d'autres blessés. Ce critère n'est dès lors pas réalisé.

bb) Selon le Dr G._____, l'assuré présentait une discrète boiterie. Le CT-scann du 8 mai 2012 a en outre montré la persistance d'un defect osseux antérolatéral du tibia. A l'examen, ce spécialiste n'a pas décelé de troubles au niveau du rachis et des hanches. Il a décrit un déficit de sensibilité dans le territoire du nerf sural, des cicatrices calmes, un lambeau bien vascularisé et une mobilité légèrement réduite au niveau des articulations sous-astragalienne (rapport du 15 août 2012). Dans ces

conditions, on ne peut pas retenir que les lésions subies sont, au regard de leurs conséquences purement physiques, d'une gravité et d'une nature particulière propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques et neuropsychologiques.

cc) S'agissant des douleurs physiques persistantes, celles-ci sont qualifiées de mécaniques (rapport du Dr F. _____ du 5 janvier 2011) et de nature « très modérée » (rapport du Dr C. _____ du 19 novembre 2009). A la suite de l'ablation du névrome, l'orthopédiste-traitant a mentionné une évolution favorable, les douleurs étant mises sur le compte d'un syndrome fémoro-patellaire (rapport du rapport du Dr F. _____ du 17 novembre 2011), ce que le Dr G. _____ a également relevé dans son rapport du 15 août 2012. Le traitement antalgique est limité à la prise de 2 à 3 comprimés de Dafalgan 500 mg par jour. Les médecins traitants du recourant n'ont pas conseillé de thérapie particulière, par exemple dans un centre spécialisé de la douleur (comp. TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 5.3). Ce critère ne présente ainsi pas une intensité suffisante pour être retenu.

dd) Aucune erreur dans le traitement médical n'est à déplorer. S'agissant du déroulement de celui-ci, il convient de relever que lors de son premier examen, le Dr C. _____ a estimé que les opérations successives de la jambe n'avaient offert aucune garantie de consolidation osseuse à court terme et que la couverture cutanée avait nécessité une chirurgie conséquente, relevant toutefois que la marche en charge et la symptomatologie douloureuse très modérée étaient rassurantes (rapport du 19 novembre 2009). Dans son second rapport du 14 juin 2010, ce médecin-conseil a relevé une évolution clinique lentement favorable avec une modeste boiterie résiduelle, une bonne remusculature de la jambe, une amélioration des amplitudes articulaires et un meilleur contrôle proprioceptif, ce que l'orthopédiste traitant a ensuite confirmé (rapport du Dr F. _____ du 17 novembre 2011). Dans ces circonstances, le traitement, bien que complexe, n'a pas présenté de difficultés particulières.

ee) En ce qui concerne l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 ; TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 ; 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références citées). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (TF U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3)

En l'occurrence, les lésions somatiques (fracture ouverte médio-diaphysaire de la jambe gauche, nécrose cutanée du tiers moyen de ce membre et plaie contuse au niveau de la malléole interne) ont été traitées par plusieurs opérations en service de traumatologie et de chirurgie plastique qui ont permis d'éviter une issue plus grave. L'évolution a été tout à fait satisfaisante et sans complication (rapports du Centre hospitalier B._____ du 9 mars, 22 avril, 8 juin et 29 septembre 2009). Certes, le Dr C._____ a admis que le traitement était délicat (jambe multiopérée, couverture cutanée ayant nécessité une chirurgie conséquente). Le Dr C._____ n'a cependant pas recommandé de plus amples investigations (rapport du 19 novembre 2009). L'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le 11 avril 2011, ne constitue pas à proprement parler un « traitement médical » et n'a pas à être pris en considération à ce titre (TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.2.2). Il convient toutefois de relever que lors de l'opération du 11 avril 2011, le Dr F._____ a procédé à une décortication et greffe tibiale ainsi qu'à l'excision d'un névrome sural qui constituent des traitements médicaux au sens précité. Par la suite, même si des séquelles (raideur à la cheville) et des douleurs ont persisté, les traitements de physiothérapie, la prise de médicaments antalgiques et les visites médicales n'ont pas à être pris en

compte dans l'examen de cette condition (TF 8C_804/2014 précité consid. 5.2.2 et les références citées ; TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées). Il convient ainsi de situer la fin du traitement médical au sens entendu par la jurisprudence au plus tard au printemps 2011. Même si la prise en charge a duré plus de deux ans, les traitements postérieurs à la sortie du dernier séjour au Centre hospitalier B._____ le 28 septembre 2009 ne revêtent pas une intensité particulière (une seule opération), ni un caractère objectivement impressionnant, et n'ont pas empêché une reprise progressive de l'activité d'enseignant et des loisirs (ski et vélo courant 2012) contribuant à une amélioration de l'état de santé (rapport du Dr G._____ du 14 août 2012). De surcroît, durant cette période, les symptômes antalgiques étaient très modérés (rapport du Dr C._____ du rapport du 19 novembre 2009). Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, la durée du traitement ne saurait être qualifiée d'anormalement longue (comp. TF U 37/06 précité consid. 7.3).

ff) Enfin, s'agissant de la durée et du degré de l'incapacité de travail, le recourant a progressivement repris son activité d'enseignant à un taux d'activité de 20 % à la fin du mois d'octobre 2009, de 50 % dès le 4 janvier 2010, puis de 70 % dès le 15 février 2010, pour atteindre un taux d'activité de 100 % dès le 1^{er} juin 2011 avec une rechute à 70 % du 12 mars au 15 juillet 2012. Les parties ne contestent pas que ces incapacités de travail sont à mettre sur le compte des lésions physiques. A supposer que ce critère soit réalisé, il ne se manifeste cependant pas de façon particulièrement importante dans la mesure où l'intéressé a *in fine* pu reprendre son activité à plein temps sans avoir dû bénéficier d'un reclassement professionnel (comp. TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.6 ; 8C_935/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.3.3 ; TFA U 200/03 du 18 mars 2004 consid. 3.3).

d) La question de la causalité naturelle peut rester ouverte dès lors que ce lien ne pourrait de toute manière pas être qualifié d'adéquat comme démontré ci-dessus (consid. 3f ci-dessus).

e) L'intéressé n'a dès lors pas droit aux prestations litigieuses pour les atteintes psychiques et neuropsychologiques.

6. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En outre, l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable de l'une des parties au procès ; de simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (ATF 136 I 279 consid. 1 ; 122 V 47 consid. 2e et 3a et 3b ; TF 9C_442/2018 du 16 octobre 2018 consid. 2.1 et 2.2).

b) En l'occurrence, le recourant, représenté par un mandataire professionnel, n'a pas formulé de manière claire et indiscutable une demande pour la tenue de débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH. Dans son recours du 14 septembre 2017, il a sollicité des débats afin d'entendre le Dr F._____ et la Prof. H._____, ce qui constitue une requête tendant à l'administration d'un moyen de preuve, qui ne fonde pas l'obligation de tenir des débats publics au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus. Cela étant, le dossier s'avère complet, permettant à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise, ni à l'audition de ses médecins.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité en tant qu'il concerne la décision sur opposition rendue le 21 juillet 2017, qui doit être confirmée. Il est devenu sans objet en tant qu'il concerne la décision rendue le 22 août 2013.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) En ce qui concerne les dépens, il n'y a pas lieu d'en allouer en tant que le recours concerne la décision sur opposition rendue le 21 juillet 2017 dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

En tant que le recours avait pour objet le retard à statuer de l'intimée sur l'opposition formée le 23 janvier 2013 à l'encontre de la décision du 22 janvier 2013 (rechute du 12 mars au 15 juillet 2012), il y a lieu d'observer que le temps pris par l'intimée pour statuer n'est pas constitutif d'un déni de justice dans les circonstances particulières. En effet, dans son opposition, le conseil du recourant a indiqué qu'il motiverait son opposition une fois en possession de l'entier du dossier. Le délai de motivation de l'opposition a été ensuite prolongé au 31 juillet 2013, le recourant n'agissant ensuite que le 6 août 2013, hors du délai imparti pour ce faire. Au cours des divers échanges et pourparlers qui ont suivi, le recourant a indiqué avoir perdu les justificatifs des traitements dont il a bénéficié durant la rechute du 12 mars au 15 juillet 2012 (courrier électronique du 13 juillet 2014). Au final, l'intimée a requis du recourant qu'il précise ses prétentions le 10 février 2017 dans un courrier qui fait explicitement référence à la décision du 22 janvier 2013, sans obtenir de réponse à ce propos. Les pièces au dossier ne rendent ainsi pas compte d'une volonté soutenue du recourant de voir le traitement de cette partie du dossier avancer, nonobstant l'accord global qu'il entendait obtenir concernant la prise en charge des troubles psychiques et la rechute du 12 mars au 15 juillet 2012, ceci dans le cadre des pourparlers qu'il avait engagés. Dans ces conditions, le

recourant ne saurait être mis au bénéfice d'une allocation de dépens en raison d'un retard à statuer.

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

- I. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité en tant qu'il concerne la décision sur opposition rendue le 21 juillet 2017 par Z. _____ SA.
- II. Le recours est sans objet en tant qu'il concerne la décision rendue le 22 août 2013 par Z. _____ SA.
- III. La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2017 par Z. _____ SA est confirmée.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour le recourant),
- Z. _____ SA (intimée),
- 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 :