

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 septembre 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Reinberg et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont,

et

X. _____, à Lausanne, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 23 septembre 2002 pour l'entreprise L._____ SA, à [...], dont il est le directeur. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la X._____ (ci-après : la X._____ ou l'intimée).

Le 23 novembre 2011, alors qu'il roulait au volant de sa voiture, il est entré en collision avec un camion militaire venant en sens inverse. Polytraumatisé, il a notamment subi de nombreuses fractures du visage et des membres inférieurs.

La X._____ a pris en charge le cas en réglant les frais de traitement médical et en allouant des indemnités journalières.

Le 20 juillet 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations AI (mesures professionnelles et/ou rente) pour adultes en raison des atteintes à la santé résultant de l'accident de novembre 2011.

Dans le cadre de l'instruction médicale, la X._____ a confié une expertise monodisciplinaire au Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, qui a rendu son rapport le 22 juillet 2014. Plus tard, elle a mandaté le W._____ (W._____) de [...] pour une expertise pluridisciplinaire. Les experts (à savoir, les Drs J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et A._____, spécialiste en ORL et en chirurgie cervico-faciale) ont rendu leur rapport le 5 février 2015, qu'ils ont complété les 20, 24 avril et 15 mai 2015.

Se fondant sur les rapports de ses médecins-conseils (à savoir, les Drs E._____, spécialiste en médecine interne générale, et H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) des 26 et 31 mars 2015 respectivement des 2 et 9 février 2016, la X._____ a, par décision du 15 juillet 2016, mis un terme

au versement des indemnités journalières au 30 juin 2014 et à la prise en charge des frais de traitement au 31 mars 2015. Elle a par ailleurs reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 40 % et a refusé le droit à une rente d'invalidité.

Saisie d'une opposition de l'assuré, la X._____ l'a écartée par décision du 28 février 2017. Se distançant de l'expertise du W._____, à la faveur des avis opposés de ses médecins-conseils, l'assurance-accidents a retenu une capacité de travail entière de l'assuré dans l'activité habituelle de chef d'entreprise.

B. Par arrêt du 27 juin 2019 (CASSO AA 41/17 - 87/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition précitée, a annulé celle-ci et a renvoyé la cause à la X._____ afin de procéder à l'estimation et au versement de ses prestations, au sens des considérants.

C. Par arrêt du 6 juillet 2020 (cause 8C_554/2019), la Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral a partiellement admis le recours interjeté par la X._____ auprès de cette autorité, a annulé l'arrêt cantonal du 27 juin 2019 et a renvoyé la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il ressort notamment ce qui suit de cet arrêt fédéral de renvoi :

"[...]

3.4 En l'espèce, s'agissant de la capacité de travail sous l'angle ophtalmologique, l'expert associé du W._____ a estimé qu'elle était réduite à 80 % en raison de l'importante fatigabilité et des problèmes de déplacement dans les escaliers. Du point de vue ORL, le docteur A._____, spécialiste FMH en ORL, a indiqué que le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) avait très vraisemblablement été aggravé de manière irréversible par la déformation nasale post-traumatique (sténose des valves nasales). Selon lui, on pouvait reconnaître comme vraisemblable que ce syndrome soit à l'origine d'une diminution de rendement qui était déjà incluse dans l'appréciation ophtalmologique, soit une diminution de rendement de 20 % dans une activité à plein temps. Dans une telle situation, seul un traitement par pression nasale positive (CPAP) permettait d'améliorer la perméabilité nasale durant le sommeil. Le docteur A._____ a en outre confirmé que chez cet assuré, le CPAP était très efficace et qu'il devrait probablement être utilisé à vie. Sur le plan orthopédique, le docteur J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que les

limitations du coude et des deux genoux ne devaient pas limiter une activité de direction, mais que la montée et la descente des escaliers s'effectueraient très vraisemblablement avec un certain ralenti en raison des douleurs. Par ailleurs, la douleur à la mise à genoux était explicable objectivement, mais la mise à genoux dans le cadre professionnel lui apparaissait limitée comme directeur d'entreprise. Interpellé par le docteur H. _____ sur cette appréciation, le docteur J. _____ a signalé que l'assuré travaillait sur plusieurs étages dans le cadre de son entreprise et que le déplacement était difficile. Cela était parfaitement expliqué par la situation clinique des deux genoux et il y avait eu des deux côtés des fractures intra-articulaires et du côté gauche une fracture ouverte, la situation ne pouvant d'ailleurs que s'aggraver. Pour conclure, il a confirmé que l'assuré subissait une perte de rendement de 20 %.

3.5 Le docteur E. _____ a signalé qu'il ne partageait pas le point de vue du docteur A. _____ quant à la question de l'existence d'un lien de causalité entre le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et l'accident assuré, de même que l'estimation de la capacité de travail. D'après lui, le SAOS existait avec une probabilité prépondérante déjà en 2009 et avait un potentiel d'aggravation marquée étant donné la difficulté de l'assuré à maigrir. En outre, la dyspnée n'avait aucun rapport avec l'accident non plus. Tout au plus pouvait-on admettre une aggravation respiratoire transitoire par le biais de phénomènes inflammatoires qui ne dépasserait pas les trois mois. Quant à la capacité de travail, il a fait remarquer que le traitement CPAP était efficace, faisant disparaître la fatigue diurne, et que le docteur P. _____ était arrivé à la conclusion que sous traitement, la capacité de travail n'était pas limitée par le SAOS. Sous l'angle orthopédique, le docteur H. _____ a considéré que l'examen clinique relaté dans le rapport d'expertise faisait état d'une situation parfaitement favorable; l'assuré marchait sans boiterie; la mobilité des hanches était sans limitation et indolore; la flexion-extension des deux genoux n'était pas pathologique; il n'y avait pas d'épanchement. Compte tenu des troubles séquellaires des deux genoux, dont il estimait qu'ils étaient de modique importance, et du défaut de mobilité du coude gauche qui fonctionnellement n'était pas limitant, la capacité de travail de l'assuré n'était pas réduite.

3.6 Force est de constater avec la recourante qu'il existe bien des indices concrets qui permettent de douter du bien-fondé de l'expertise du W. _____. Tout d'abord, on ne saurait suivre le raisonnement des experts lorsqu'ils affirment que la capacité de travail serait réduite à 80 % pour les mêmes causes, aussi bien sous l'angle ophtalmologique qu'orthopédique (fatigabilité et de difficulté à se déplacer). Ensuite, il apparaît douteux que l'activité habituelle de l'assuré soit effectivement adaptée aux séquelles accidentelles, notamment des genoux, dès lors que son entreprise est répartie sur cinq étages et qu'il est fréquemment amené à descendre et à monter les escaliers. D'ailleurs, le docteur J. _____ a relevé que s'il était possible que l'assuré exerce son activité sur un étage ou que l'on construise un ascenseur pour lui, il est vraisemblable que sa rentabilité serait à nouveau pleine et entière, en tout cas de façon transitoire jusqu'à ce que l'arthrose de ses genoux et de son coude se décompense. S'agissant de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident assuré et le syndrome d'apnée obstructive du

sommeil respectivement ses possibles répercussions sur la capacité de travail, il existe des opinions médicales circonstanciées qui aboutissent à des conclusions opposées et qu'on ne peut pas départager. Quant à l'atteinte à l'intégrité, elle a été évaluée par les experts du W. _____ pour chaque atteinte séparément (affections oculaires 5 %; dommages esthétiques 10 %; arthrose modérée genou droit 10 %; arthrose modérée genou gauche 10 %; arthrose avancée huméro-cubitale coude gauche mais pronosupination pas touchée 15 %; syndrome d'apnée obstructive du sommeil 5 %). A la question de savoir s'il fallait s'attendre dans un futur plus ou moins éloigné à une augmentation significative de l'importance de l'atteinte, les experts ont répondu qu'une aggravation de l'arthrose était possible aux trois niveaux et ont indiqué que le taux des atteintes arriverait à 25 % pour le coude et à 30 % pour chacun des genoux. Dans la mesure où selon l'art. 36 al. 4 OLAA, il y a précisément lieu de tenir compte équitablement des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité, le taux total qui résulte est de 115 % et dépasse donc le seuil légal de 100 % (arrêt 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6.4.1).

4. Au vu de ce qui précède, la cour cantonale ne pouvait pas se fonder sur les conclusions émanant des experts du W. _____. Conformément à la jurisprudence citée ci-avant (ATF 135 V 465 consid. 4.7 p. 471), il y a lieu de renvoyer la cause aux juges cantonaux pour qu'ils ordonnent une expertise judiciaire."

D. **a)** Procédant au complément d'instruction auquel il se trouvait renvoyé, le magistrat instructeur a confié aux S. _____ (S. _____) le soin de procéder à une expertise judiciaire pluridisciplinaire, dont le rapport a été établi le 11 juillet 2022 par les Drs F. _____, spécialiste en médecine interne générale, G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Q. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, ainsi que N. _____ et M. _____, tous deux spécialistes en ophtalmologie. Se fondant sur leurs propres examens cliniques, avec des radiographies des genoux du 7 avril 2022, ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, les experts ont établi, de manière consensuelle, la synthèse interdisciplinaire suivante :

"4. ÉVALUATION CONSENSUELLE

[...]

4.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

4.2.1 Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail :

- Gonarthrose interne bilatérale.
- Arthrose huméro-cubitale du coude gauche

4.2.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Diplopie binoculaire au regard vers le haut, dès 15°, sur limitation de l'élévation de l'œil gauche :
- Xérophtalmie sur blépharite postérieure modérée, probablement aggravée par l'accident
- Fracture du cotyle gauche.
- Fracture des métatarsiens du pied droit.
- SAOS sévère appareillé par CPAP.
- Status post fracas facial avec déformation rhino-septale opérée le 26.12.2012.
- Status après thrombose veineuse profonde poplitée et jambière gauche, sans séquelle significative.

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Cf. paragraphe 8.1, Réponse à la question 6 de l'expertise d'orthopédie.

4.4 Évaluation des aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Pas applicable.

4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'assuré a des capacités d'adaptation qui lui ont permis de reprendre son activité professionnelle et des activités de loisir.

4.6 Contrôle de cohérence

Les expertises de médecine interne, d'orthopédie, d'ophtalmologie et d'ORL n'ont pas relevé d'incohérences lors des entretiens et des examens de l'assuré.

4.7 Capacité de travail (CT) dans l'activité exercée jusqu'ici

Les expertises de médecine interne, d'orthopédie, d'ophtalmologie et d'ORL concluent à une CT de 100% dans l'activité actuelle de l'expertisé, à savoir celle de directeur d'entreprise.

4.8 Capacité de travail (CT) dans une activité adaptée

L'activité actuelle de l'expertisé est considérée comme une activité adaptée. Sa CT dans une activité adaptée est donc de 100%.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Sur le plan ostéoarticulaire, les limitations fonctionnelles concerne[nt] les déplacements répétés dans les escaliers et sur un terrain instable. On retient surtout une impossibilité également de s'accroupir ou de s'agenouiller. Ces limitations n'ont toutefois pas d'impact sur l'activité professionnelle actuellement exercée par l'assuré.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les lésions au niveau des deux genoux ont évolué vers une arthrose modérée des deux genoux qui, à ce jour, ne justifie pas d'un traitement chirurgical prothétique au vu de la bonne tolérance clinique. Il n'est pas possible de prédire si dans le futur une

indication prothétique sera à envisager car une aggravation, à fortiori bilatérale, n'est pas inéluctable. [...]"

b) Dans ses déterminations du 18 août 2022, le recourant, représenté par Me Pierre Seidler, a fait siennes les constatations et les conclusions des experts des S._____. Ce faisant, il a pris note que selon l'expertise judiciaire, le SAOS séquellaire était en relation de causalité naturelle probable avec l'accident et que, malgré les diagnostics incapacitants retenus, les experts ont conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée. S'agissant de l'évaluation des différents taux d'atteinte à l'intégrité, il y aurait lieu, selon les experts, de retenir les taux suivants : Dommage esthétique : 10 %; arthrose du genou droit et aggravation : 20 %; arthrose du genou gauche et aggravation : 20 %; arthrose huméro-cubitale et aggravation : 20 %; atteinte oculaire : 15 %. Le taux global de l'atteinte à l'intégrité serait de 85 %. A dire d'experts, le retour à un *statu quo ante* n'était pas envisageable et la prise en charge des frais de traitements médicaux futurs restait dès lors à la charge de l'assureur-accidents.

c) De son côté, la X._____ s'est déterminée le 23 août 2022, relevant ce qui suit :

"1 Stabilisation de l'état de santé

Nous partons du principe que l'état de santé est stabilisé au 01.02.2015, attendu qu'à partir de là les bénéfices escomptés de toute mesure thérapeutique n'en visent plus une amélioration sensible.

2. Droit à la rente d'invalidité

En raison d'une part de l'aptitude au travail quantifiée à 100 % dans le rapport d'expertise S._____ du 11.07.2022 et d'autre part, vu les revenus tirés de l'activité professionnelle en dépit des séquelles accidentelles dès février 2015, aucune incapacité de gain ne résulte de l'accident.

3 Droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité

3.1 Troubles arthrosiques (genou, coude)

Le rapport d'expertise S._____ du 11.07.2022 retient un taux pondéré d'atteinte à l'intégrité de 30 % pour l'ensemble des séquelles sur le plan orthopédique.

Ledit rapport rend par ailleurs compte au degré de la vraisemblance prépondérante du caractère non prévisible d'une aggravation pro futuro justifiant la mise en place de prothèse. Ainsi, il n'y a pas lieu d'inclure ce type de potentielle aggravation dans la détermination de l'ampleur du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3.2 Troubles oculaires

Nous prenons acte du taux de 15% pour l'atteinte oculaire dont fait mention le rapport d'expertise S. _____ du 11.07.2022.

3.3 Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

S'agissant du syndrome d'apnées obstructives du sommeil, le rapport d'expertise S. _____ du 11.07.2022 indique que le taux d'atteinte à l'intégrité est nul en raison de l'absence de séquelles.

4 Droit au remboursement du traitement médical

L'état de santé étant stabilisé, le droit au remboursement du traitement médical se définit à l'aune des préceptes de l'art. 19, al. 1 LAA (seconde phrase a contrario).

Nous nous permettons en outre d'attirer votre attention sur le fait qu'il n'est pas possible de facturer à l'assurance-accidents des prestations en nature à des prix non convenus par tarifs. Dès lors, la Commission des tarifs médicaux LAA (CMT) a établi en vertu de l'art. 67 OLAA un remboursement des moyens et appareils devant se faire dans les limites des montants maximaux de la LiMA, ce que nous avons l'intention de faire valoir cas échéant *ex-nunc* lors du défraiement des factures présentées.

Pour le surplus, nous vous renvoyons à nos écritures précédentes, notamment à notre mémoire de réponse du 26.06.2017, et confirmons nos conclusions précédemment exprimées."

L'intimée a joint en annexe à ses déterminations, un extrait du 11 juillet 2022 du compte individuel (CI) AVS du recourant.

E n d r o i t :

1. La Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau dans cette affaire, à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 6 juillet 2020.

2. a) En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de

fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A_488/2013 du 4 avril 2014 consid. 3.1 et les références).

b) Par son arrêt du 6 juillet 2020, le Tribunal fédéral a admis le recours dirigé contre l'arrêt cantonal du 27 juin 2019 et renvoyé l'affaire à la Cour de céans pour qu'elle en complète l'instruction et statue à nouveau sur le cas. Ce faisant, il a considéré que la cour cantonale ne pouvait pas se fonder sur les conclusions émanant des experts du W. _____ pour trancher le litige.

Il est rappelé que le litige opposant les parties porte tant sur l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, singulièrement d'une part sur le refus d'en poursuivre le versement sous forme d'indemnités journalières, de frais de traitement médical du syndrome d'apnée du sommeil, puis de rente après stabilisation de l'état de santé, d'autre part sur la quotité d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le principe est admis.

L'argumentation et les conclusions des parties divergeaient sur la question déterminante de la capacité de travail telle que recouvrée par l'assuré. Aussi, la solution du litige tient en premier lieu à l'appréciation médicale de la capacité de travail résiduelle du recourant.

3. a) Il est rappelé que la modification de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Selon les dispositions transitoires (al. 1) y relatives, pour les accidents qui, comme en l'espèce, sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit.

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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) La prise en charge du traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident est garantie aussi longtemps que celui-ci est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé. Si tel n'est plus le cas et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, l'assureur-accident examine le droit de l'assuré à une rente ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 143 V 148 consid. 5.3.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références

citées ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5 ; TF 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut donc entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; TFA U 244/2004 arrêt du 20 mai 2005, consid. 3.1).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité).

5. a) En l'occurrence, une expertise judiciaire a été réalisée le 11 juillet 2022.

L'appréciation des experts des S. _____ résulte d'une analyse minutieuse des pièces médicales au dossier, menée sur la base d'exams cliniques et radiologiques complémentaires complets ainsi qu'en pleine connaissance de l'anamnèse. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de leur rapport du 11 juillet 2022 qui est en effet le fruit d'une analyse multidisciplinaire particulièrement approfondie du cas, repose sur des investigations complètes et minutieuses, procède d'une appréciation clairement motivée de la situation par des spécialistes confirmés dans chacun des domaines examinés, et de conclusions parfaitement convaincantes, posées *lege artis*. Partant, le rapport d'expertise pluridisciplinaire peut se voir conférer

pleine valeur probante. Dans leurs déterminations respectives, les parties en conviennent au demeurant.

Des conclusions du rapport d'expertise des S._____, il ressort dès lors, au regard de la décision sur opposition litigieuse, que la stabilisation de l'état de santé de l'assuré est donnée, et les conclusions du W._____, tenant l'état de santé pour stabilisé à la date du rapport du 5 février 2015, ne sont à cet égard pas remises en cause, de sorte qu'elle peut être arrêtée à février 2015. Les experts ont par ailleurs retenu que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle qu'exercée.

Cela étant, il convient d'examiner le sort de chacune des quatre prestations litigieuses.

Il est rappelé que par décision du 15 juillet 2016, confirmée sur opposition le 28 février 2017, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2014 et à la prise en charge des frais de traitement médical au 31 mars 2015. Elle a par ailleurs reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 40 % et a refusé le droit à une rente d'invalidité.

b) S'agissant des indemnités journalières, en l'absence d'incapacité de travail, respectivement compte tenu d'une capacité de travail totale dans l'activité habituelle réputée adaptée, il n'y a aucune perte de gain. Le droit aux indemnités journalières a donc été à juste titre interrompu au motif du retour à une pleine capacité de travail et de gain. A cet égard, la décision attaquée n'est donc pas critiquable.

c) S'agissant du droit à une rente d'invalidité, compte tenu de la capacité de travail entière retenue dans l'activité habituelle réputée adaptée, il n'est pas davantage ouvert. La décision attaquée n'est dès lors pas non plus critiquable sur ce point.

d) S'agissant du SAOS (syndrome d'apnée obstructive du sommeil) sévère appareillé par CPAP, la causalité entre l'accident et l'aggravation des troubles respiratoires étant donnée, les frais de traitement restent donc à la charge de l'assurance-accidents. Dans ses déterminations du 23 août 2022, l'intimée en convient du reste, sur ce plan comme s'agissant des frais médicaux qui resteraient en causalité avec l'accident.

e) Quant aux séquelles de l'accident, elles ont été évaluées par le W. _____ pour chaque atteinte séparément, à savoir xérophtalmie symptomatique : 5 %; diplopie dans le regard vers le haut : 5 %; dommages esthétiques : 10 %; arthrose modérée du genou droit : 10 %; arthrose modérée du genou gauche : 10 %; arthrose avancée huméro-cubitale du coude gauche : 15 %; syndrome des apnées du sommeil : 5 % (Rép. 18 en p. 19 de l'expertise).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité globale, s'élève, comme déjà estimée par le W. _____, à 60 %, après avoir pris en compte les quatre problématiques concernées (orthopédique, ophtalmique, esthétique, et ORL), mais pour des motifs différents.

Les experts des S. _____ ont en effet retenu :

aa) Sur le plan orthopédique, un taux de 10 % pour chaque genou et de 15 % pour le coude gauche, soit un taux arithmétique total de 35 % (10 % + 10 % + 15 %) pour l'ensemble des atteintes à la santé sur cet axe (expertise, p. 50).

bb) Sur le plan ophtalmique, un taux de 10 % lié à la diplopie binoculaire au regard vers le haut, dès 15°, sur limitation de l'œil gauche et de 5 % liée à la sécheresse oculaire, soit un taux arithmétique total de 15 % (10 % + 5 %) pour les deux affections oculaires (expertise, p. 55).

cc) Sur le plan esthétique, un taux de 10 % pour l'hypoglobie, l'affaissement de la pommette gauche ainsi que l'asymétrie de la fente palpébrale, en l'absence de débat y relatif.

dd) Enfin, sur le plan ORL, un taux de 0 % en raison de l'absence de séquelles de cet ordre.

ee) Dans ses déterminations du 18 août 2022, le recourant estime avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 85 % (dommage esthétique : 10 %; arthrose du genou droit et aggravation : 20 %; arthrose du genou gauche et aggravation : 20 %; arthrose huméro-cubitale et aggravation : 20 %; atteinte oculaire : 15 %). Ce faisant, il plaide la prise en compte d'une aggravation prévisible de l'arthrose sur le plan orthopédique par la probabilité de pose de prothèses aux genoux ainsi qu'au coude gauche.

Ce n'est toutefois pas ce que l'expert rhumatologue des S._____ a retenu, exposant clairement ce qui suit (expertise, p. 45 ch. 7.2 et p. 66 - 67 ch. 4.10) :

“Les lésions au niveau des deux genoux ont évolué vers une arthrose modérée des deux genoux qui, à ce jour, ne justifie pas d'un traitement chirurgical prothétique au vu de la bonne tolérance clinique. Il n'est pas possible de prédire si dans le futur une indication prothétique sera à envisager car une aggravation, à fortiori bilatérale, n'est pas inéluctable.”

ff) En définitive, en se ralliant aux conclusions dûment motivées des experts judiciaires des S._____, on retiendra une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 60 %, soit supérieure aux 40 % retenus par l'intimée dans la décision dont est recours.

6. En conclusion, au regard de la décision litigieuse et des conclusions prises par le recourant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition rendue le 28 février 2017 étant réformée, et la cause renvoyée à l'intimée afin de procéder au calcul et au versement de ses prestations d'assureur-accidents, au sens des considérants.

7. **a)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA).

b) Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 28 février 2017 par X._____ est réformée, la cause lui étant renvoyée afin de procéder à l'estimation et au versement de ses prestations, au sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. X._____ versera à C._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour C._____),
- X._____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :