

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2203/2017

ATAS/211/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 18 mars 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maîtres Émilie CONTI et Éric  
MAUGUÉ

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1969, a été engagé le 1<sup>er</sup> février 2007 en qualité de parqueteur à plein temps par B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur). Son salaire était de CHF 29.50 de l'heure, à quoi s'ajoutait une indemnité pour vacances et jours fériés de 10.64%, ainsi qu'un treizième mois de salaire de 8.33%. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Dans un rapport du 17 avril 2007, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif dans le cadre de la maladie (encéphalite grave sur X) de sa fille de huit ans. Son incapacité de travail était nulle depuis le 9 mars 2007, pour une durée indéterminée.
3. Le 18 mai 2007, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. En rentrant chez lui en scooter, un véhicule lui a coupé la route et l'a fait chuter, provoquant plusieurs fractures et atteintes au niveau des membres inférieurs. Une déclaration de sinistre relative à cet événement a été adressée à la SUVA le 29 mai 2007, laquelle a pris le cas en charge par la couverture des frais médicaux et le versement d'une indemnité journalière.
4. Le jour même, la doctoresse D\_\_\_\_\_, du Service de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a certifié de l'hospitalisation et de l'incapacité de travail totale de l'assuré dès cette date. Par la suite, cette incapacité a été prolongée à de nombreuses reprises, par différents médecins.
5. Selon le rapport de police du 19 mai 2007, le scooter de l'assuré a été percuté sur une route secondaire par un véhicule venant en sens inverse et obliquant à gauche. Il faisait jour, la route était sèche et il n'y avait pas de précipitations. Le véhicule en question a été fortement endommagé au niveau de l'avant droit et endommagé au niveau du pare-chocs avant gauche, et son conducteur n'a pas été blessé. Quant au scooter, l'accident l'a mis hors d'usage. L'assuré a subi plusieurs fractures au niveau du membre inférieur droit. Ses vêtements et son casque ont été endommagés. L'accident a eu lieu à une vitesse maximum de 50 kilomètres à l'heure (km/h). L'assuré ne se souvenait pas de l'accident, à l'exception du choc à l'avant de son scooter. Un témoin a indiqué que, suite au choc, l'assuré a été projeté à plusieurs mètres de l'impact. Les policiers n'ont constaté aucune trace de freinage.
6. Dans un compte rendu opératoire du 4 juin 2007 transmis à la SUVA, les docteurs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, ont retenu les diagnostics de fracture diaphysaire du fémur droit, de fracture comminutive de la rotule droite et de fracture du plateau tibial interne avec arrachement du massif des épines du genou droit. L'assuré a subi une intervention chirurgicale le 19 mai 2007, laquelle a

---

consisté en un enclouage centromédullaire rétrograde T2 longueur 360 mm, ø 12 mm du fémur droit, une ostéosynthèse par deux vis corticales et cerclage de la rotule droite, une ostéosynthèse par plaque en L du plateau tibial interne droit et une ostéo-suture du massif des épines par points trans-osseux. L'assuré avait séjourné à l'hôpital du 18 au 29 mai 2007.

7. Suite à une IRM du genou gauche réalisée le 4 juin 2007, les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie des HUG, ont conclu à une fracture-arrachement au niveau de l'intersection distale du ligament croisé postérieur, sans lésion associée de celui-ci. La lésion était de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Un épanchement articulaire contenait des fragments graisseux.
8. Le 26 juin 2007, l'assurance perte de gain de l'employeur a indiqué à la SUVA que l'assuré avait perçu des indemnités journalières en raison d'une incapacité de travail totale ayant débuté le 9 mars 2007.
9. Dans un rapport du 5 juillet 2007 à l'attention de l'assurance perte de gain, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic motivant l'incapacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, et, au titre de comorbidité influençant la capacité de travail, un traumatisme aux membres inférieurs suite à un accident, ayant nécessité une hospitalisation de plusieurs semaines dès le 18 mai 2007. Il a précisé avoir fondé son analyse sur un entretien avec l'assuré le 4 juillet 2007, une étude de son dossier, ainsi qu'un entretien avec son médecin traitant le 5 juillet. Il a rappelé les circonstances de l'examen, résumé les éléments pertinents du dossier, exposé l'anamnèse et les plaintes de l'assuré et fait état de ses constatations objectives avant de discuter le cas. Sa fille de huit ans avait été hospitalisée le 9 mars 2007, suite à une crise convulsive inaugurale. Cette hospitalisation avait continué jusqu'à ce jour en raison d'une encéphalite limbique virale. Le pronostic était incertain. Cette situation était à l'origine de son trouble psychique. Il présentait une symptomatologie dépressive, mais réduite par rapport à ce qu'il rapportait. Sur le plan strictement psychiatrique, une incapacité totale de travail n'était pas justifiée. Elle était actuellement de 50%. La prise en charge par un spécialiste était recommandée, en regard du risque possible d'une évolution défavorable. En l'absence de morbidités préexistantes et de l'absence de personnalité pathologique, le risque d'une péjoration de l'état clinique était réduit. Cependant, l'élément stressant permanent constitué par la maladie de sa fille, cumulé à son affection somatique, entretenait en ce moment la symptomatologie psychique et freinait une rémission. A plus long terme, selon l'issue de l'affection de son enfant, ladite symptomatologie était susceptible de s'intensifier.
10. Le 12 juillet 2007, l'assurance perte de gain a informé l'assuré que, compte tenu du rapport du Dr J\_\_\_\_\_, une prolongation de son arrêt de travail à 100% pour maladie ne se justifiait plus. Il pouvait reprendre son activité à 50% à partir du 23 juillet 2007, en ce qui concerne la maladie. Les indemnités journalières ont été réduites en conséquence à partir de cette date.

11. Dans un rapport du 12 juillet 2007, les doctresses K\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ des HUG ont retenu les diagnostics de fracture diaphysaire du fémur droit, traitée par enclouage centromédullaire rétrograde, de fracture comminutive de la rotule droite, traitée par ostéosynthèse par deux vis et cerclage, de fracture du plateau tibial interne avec arrachement du massif des épines du genou droit, traitée par plaque en L et ostéo-suture du massif des épines par points trans-osseux, et d'entorse grave du genou gauche avec fracture arrachement de l'insertion distale du ligament croisé postérieur et lésion grade III de la corne postérieure du ménisque interne. L'assuré avait séjourné au sein de l'unité de rééducation orthopédique du 29 mai au 22 juin 2007 pour une rééducation à la marche en charge à cinq kilogrammes sur le membre inférieur droit, ce qui devait lui rendre une autonomie suffisante pour un retour à domicile. Le genou droit présentait une limitation de flexion importante. L'intéressé s'était plaint de douleurs au genou gauche. Une IRM avait mis en évidence une atteinte dudit genou et permis de poser un diagnostic. A sa sortie, l'assuré était capable de marcher avec deux cannes sur de petites distances et de monter et de descendre des escaliers. Pour les longs déplacements, il utilisait un fauteuil roulant. Le genou droit était très douloureux et avec une mobilité très réduite. Constatant une humeur dépressive suite à l'accident et aux problèmes familiaux de l'assuré, elles avaient introduit un traitement médicamenteux et un soutien psychologique durant le séjour, étant précisé que par la suite la prise en charge serait assurée par le médecin traitant et un psychologue. Le 21 juin 2007, l'assuré était rentré chez lui, poursuivant la physiothérapie en piscine à raison de trois fois par semaine et à domicile, deux fois par semaine. A la sortie, sa capacité de travail était nulle.
12. Le 27 juillet 2007, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a prescrit un traitement d'électrostimulation pour deux mois, jusqu'à fin septembre 2007. Ce traitement a été validé par le médecin d'arrondissement de la SUVA et pris en charge. Par la suite, ce traitement a été étendu et pris en charge jusqu'au 30 novembre 2007.
13. Dans une note du 14 septembre 2007 faisant suite à un entretien avec son médecin d'arrondissement, la SUVA a relevé que la triple atteinte à la jambe droite risquait d'avoir une évolution difficile. La reprise de l'activité de parqueteur était improbable. Un examen de l'assuré fin novembre en vue d'un éventuel séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour rééducation et bilan professionnel était à examiner. L'affection dépressive allait être influencée par l'évolution de la maladie de sa fille.
14. Lors d'un entretien le 3 octobre 2007, l'assuré a notamment indiqué à la SUVA qu'il marchait à l'aide de cannes anglaises. Sur terrain plat, il pouvait se déplacer sur de petites distances. Sa jambe droite était en décharge, les douleurs apparaissant dès qu'il la posait. Sa jambe gauche avait la fonction d'appui fatigue et devenait douloureuse après un déplacement. Il suivait un traitement physiothérapeutique.

15. Le 10 octobre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
16. Dans un rapport du 6 novembre 2007, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a repris les diagnostics du rapport des Dresses K\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2007. L'évolution était lentement favorable, avec une discrète progression en termes de mobilité articulaire du genou droit. L'assuré décrivait des douleurs au niveau du genou gauche. Il parvenait à présent à se déplacer avec des cannes anglaises sur un périmètre de cent mètres environ, mais un fauteuil roulant était utilisé pour les longs trajets. Un traitement médicamenteux antalgique relativement important était encore nécessaire. Une importante amyotrophie quadricipitale droite, un empâtement global du genou droit et une limitation fonctionnelle importante avec une flexion/extension limitée avec un arrêt dur et des douleurs en fin de mouvement étaient constatés. Au niveau du genou gauche, un tiroir postérieur attestait de la rupture du ligament croisé postérieur et des signes de souffrance méniscale interne étaient présents. Le traitement était poursuivi sous la forme d'une prise de médicaments antalgiques à dose progressivement dégressive et d'une physiothérapie visant à restaurer la mobilité articulaire et à lutter contre l'atrophie musculaire.
17. Dans un courrier du 22 novembre 2007 adressé à la SUVA, Madame N\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, a indiqué que l'assuré lui avait été adressé le 19 juillet 2007 par le Dr C\_\_\_\_\_ pour une évaluation et une prise en charge d'un trouble anxio-dépressif d'apparence sévère. L'intéressé présentait un épuisement, un désespoir, une angoisse élevée et des sentiments d'impuissance et de culpabilité intolérables générés par son incapacité, suite à l'accident, de continuer à s'occuper de sa fille aînée, hospitalisée pour une grave maladie, et d'assumer pleinement son rôle de chef de famille auprès de son épouse et de sa fille née en \_\_\_\_\_ 2007. Les évaluations standardisées et les entretiens cliniques signalaient la présence d'une dépression et d'un état anxieux sévères, ainsi que d'un trouble d'anxiété généralisée. L'éventualité d'une vulnérabilité anxio-dépressive ne pouvait être écartée. Cependant, l'assuré n'avait jamais présenté aucun trouble dépressif ni anxieux jusqu'à la survenue de son accident. Celui-ci était grave avec une sérieuse atteinte physique qui nécessitait une longue et pénible réhabilitation et qui risquait de prêter son avenir professionnel. Dans un premier temps, la thérapie avait consisté à apporter un soutien, puis une approche cognitive et comportementale en thérapie de la dépression et de l'anxiété avait été introduite progressivement. L'objectif était une diminution notable de la symptomatologie, avec retour de l'élan vital et développement des compétences personnelles de gestion émotionnelle. La psychothérapie se poursuivait actuellement et devait encore durer six mois environ. Une amélioration de l'humeur était déjà observée. L'assuré présentait un degré moindre de désespoir et d'angoisse, ce qui lui permettait de commencer à reprendre en main certains pans de sa vie. L'évolution se poursuivait mais était encore fragile.

18. Dans un avis du 17 décembre 2007, le médecin d'arrondissement de la SUVA a renvoyé au courrier de Mme N\_\_\_\_\_ s'agissant des troubles psychiques présentés par l'assuré. Sans la survenance de l'accident, ces troubles ne se seraient pas développés de la même manière. Ledit accident avait joué un rôle amplificateur. Les troubles psychiques étaient à eux seuls invalidants, mais la proportion dépendait de l'intensité de la symptomatologie qui fluctuait. Une évolution favorable pouvait être attendue, mais le médecin d'arrondissement devait évaluer lui-même l'intéressé pour pouvoir faire un pronostic. Pour l'instant, un examen n'était pas nécessaire.
19. Le 11 février 2008, Mme N\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA qu'elle préconisait la poursuite de la psychothérapie d'orientation cognitive et comportementale. Vingt-cinq à trente séances sur six mois, soit jusqu'en juin 2008 à raison d'une séance hebdomadaire, étaient nécessaires, sous réserve de réévaluation. Le traitement intervenait en collaboration avec le Dr C\_\_\_\_\_.
20. Le 20 février 2008, la SUVA a accepté la prise en charge de vingt-cinq séances de psychothérapie, jusqu'à fin juin 2008. Elle a émis des réserves pour la suite du traitement.
21. L'assurance perte de gain de l'employeur a mis fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 29 février 2008. Elle a considéré que l'assuré pouvait reprendre le travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2008, du point de vue de sa maladie.
22. Selon un compte-rendu opératoire et résumé de l'observation du 10 mars 2008 établi par les docteurs E\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, l'assuré a été hospitalisé aux HUG du 27 février au 4 mars 2008, en raison d'une intervention chirurgicale ayant consisté en une ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit, plaque plateau tibial et cerclage rotule droite, une arthrolyse étendue du genou droit et un renforcement du tendon rotulien par une vis corticale 3.5 et 1 ancre Bio Corkscrew. Ils ont retenu les diagnostics de status post fracture diaphysaire du fémur droit, de la rotule comminutive à droite, du plateau tibial et arrachement des épines du genou droit, d'arthrofibrose post-traumatique et de rupture du ligament croisé postérieur à gauche. La rééducation avait été extrêmement difficile. L'assuré était peu compliant, en raison d'un seuil de tolérance à la douleur quasi nul. Il était resté plusieurs semaines dans un état contemplatif, totalement passif en ce qui concerne sa rééducation. Malgré une prise en charge globale, une physiothérapie bien menée et un traitement antalgique efficace, il avait mis plusieurs mois avant de se verticaliser et de reprendre une marche sous couvert de deux cannes anglaises. Neuf mois après son intervention, il était encore au bénéfice d'une thérapie à base d'Hydromorphone, d'anti-inflammatoires et d'antalgiques divers. L'examen clinique de janvier 2008 montrait une régression de la flexion/extension du genou droit, par rapport au mois de décembre 2017. Les suites post-opératoires étaient marquées par des douleurs décrites comme insupportables par l'assuré. Celle-ci étaient situées dans le genou, dans la cuisse et à la face antérieure de la jambe.

- 
23. Le 18 avril 2008, l'employeur a indiqué que le gain de l'assuré en 2008 se serait monté à CHF 30.- par heure, pour 41 heures de travail hebdomadaire, auxquels s'ajoutait 10.64% de vacances et 8.33% de gratifications. Par la suite, toujours selon l'employeur, le salaire horaire de l'intéressé serait passé à CHF 32.- en 2009 et CHF 32.50 en 2010, puis à CHF 33.- de 2011 à 2014.
24. Dans un rapport du 18 avril 2008, les doctoresses K\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics d'arthrofibrose post traumatique du genou droit, traitée par arthrolyse étendue du genou droit, renforcement du tendon rotulien par une vis corticale et une ancre le 8 février 2008 ; ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit (plaque tibial et cerclage de la rotule droit). L'assuré avait séjourné dans l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG du 4 au 26 mars 2008, date de son retour à domicile. La prise en charge avait visé la rééducation à la marche et de la fonction du genou droit et l'antalgie. En péri-opératoire, le chirurgien avait pu mobiliser le genou droit jusqu'à 90° en flexion, mais en post-opératoire, malgré la présence d'un bloc fémoral, la flexion restait très difficile et douloureuse. La prise en charge était multidisciplinaire. Actuellement, l'assuré était autonome à la marche et dans les escaliers, avec deux cannes anglaises. Le traitement antalgique était important. L'intéressé avait également été suivi par le psychologue du service et une prise en charge à l'extérieur en présence de son épouse lui avait été proposée. Il avait quitté le service étant autonome à la marche et avec une importante diminution des douleurs. Un traitement intensif de physiothérapie à sec et en piscine devait être poursuivi à la sortie, ce à quoi s'ajoutait la poursuite de l'électrostimulation et des exercices. Sa capacité de travail à la sortie et sa capacité à la conduite automobile étaient nulles.
25. Le 17 juin 2008, l'assuré a été examiné par le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon ce médecin, l'évolution actuelle n'était pas favorable. D'importants troubles fonctionnels des membres inférieurs et un syndrome douloureux bilatéral imposant un traitement antalgique majeur persistaient. La situation n'était pas stabilisée et l'incapacité de travail était totale.
26. Le 3 septembre 2008, l'assuré a été examiné par le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA.
- Dans son rapport du 10 septembre 2008, le Dr R\_\_\_\_\_ a résumé le dossier, exposé l'anamnèse de l'assuré et ses plaintes, et fait état de ses constatations objectives avant de donner son appréciation du cas. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique, de troubles de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes, dépressives et anxieuses, et de somatisation.
- L'intéressé avait été victime d'un accident de la circulation il y a un peu plus d'un an. L'évolution orthopédique avait été défavorable, puisqu'il n'y avait pas eu de récupération et qu'il restait handicapé. Sur le plan psychiatrique, l'évolution avait

été marquée par l'apparition d'une symptomatologie psychique, trois à quatre mois après l'accident, tout d'abord d'intensité légère à modérée, selon le Dr J\_\_\_\_\_. En octobre-novembre, l'assuré avait été adressé par son médecin traitant à une psychologue qui le suivait depuis. Cette dernière évoquait un état dépressif et anxieux sévère, mais avec un pronostic qui serait positif. L'évolution dans ce domaine restait également négative, puisqu'après dix mois d'une prise en soins intégrée, l'assuré restait toujours symptomatique sur les plans dépressifs et anxieux. Il relevait également une symptomatologie de nature psychosomatique importante avec des douleurs et des manifestations physiques touchant l'ensemble du corps. Devant ce tableau clinique et cette évolution négative, il était fort à craindre que la situation aille vers une invalidation progressive. Il lui paraissait difficile de remobiliser l'assuré, dont l'ensemble de la vie était centrée autour de sa problématique physique et qui avait déjà adopté un mode de vie réduit, sur le plan de son autonomie, de ses sorties et de ses relations sociales. Il n'envisageait pas, de son propre chef, de pouvoir faire une réadaptation professionnelle et n'arrivait plus à se projeter dans l'avenir. En ce qui concerne la problématique psychique elle-même, elle devait être considérée comme un co-facteur aggravant, mais pas encore comme un facteur suffisamment important pour justifier une quelconque atteinte à l'intégrité ou une incapacité de gain. Par contre, il était à craindre que l'évolution sur le plan psychique soit elle-même négative, avec une majoration de la symptomatologie, malgré les traitements entrepris qui, au bout d'un certain temps d'évolution, ne feraient que renforcer cette dernière. Une hospitalisation à la CRR était souhaitable pour tenter de débloquer la situation.

27. Dans un rapport du 6 novembre 2008, la Dresse M\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'arthrofibrose post-traumatique du genou droit, traitée par arthrolyse étendue, renforcement du tendon rotulien et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 28 février 2008, et d'algodystrophie du genou droit, objectivée en juillet 2008. L'évolution était sérieusement ralentie depuis le début du processus algodystrophique au début de l'été 2008. Une scintigraphie osseuse réalisée le 3 juillet 2008 avait révélé des images compatibles avec un syndrome douloureux régional complexe. Depuis lors, l'adaptation du traitement antalgique médicamenteux avait été nécessaire, en parallèle à un traitement de physiothérapie. Malgré tout, les amplitudes articulaires restaient relativement satisfaisantes. Ces résultats étaient obtenus grâce à un traitement de physiothérapie relativement intensif, comprenant deux à trois séances à sec et deux séances en piscine hebdomadaires, ainsi qu'un travail d'électrostimulation et de Kinetec à domicile. L'assuré était collaborant et motivé dans sa rééducation. Il paraissait adéquat de poursuivre le programme de rééducation jusqu'à ce que la deuxième phase de l'algodystrophie soit atteinte.
28. Le 21 novembre 2008, la SUVA a mis en œuvre une mesure de surveillance de l'assuré, suite à une dénonciation anonyme indiquant qu'il profitait des assurances

et qu'il avait travaillé sur un stand durant tout le mois de juin 2008, pendant le Championnat d'Europe de football.

29. Dans un rapport du 11 décembre 2008 Mme N\_\_\_\_\_ a relevé que la dépression de l'assuré restait sévère, avec une tristesse, un sentiment d'impuissance et une perte d'intérêt, toujours omniprésents. Il présentait une altération marquée de l'appétit et de la qualité de sommeil, dues à la douleur constante et à l'état dépressif. La psychothérapie visait à empêcher l'envahissement par le désespoir, le découragement et le sentiment de culpabilité et d'indignité. Un travail était effectué pour développer des stratégies de gestion de la douleur persistante aux niveaux physique et émotionnel. L'assuré s'efforçait de le mettre en œuvre dans sa vie quotidienne. Les résultats étaient modestes, mais sa situation était très complexe et difficile. Continuer ce suivi psychothérapeutique était important, en raison de sa grande vulnérabilité.
30. Dans un rapport de surveillance du 12 janvier 2009, l'enquêteur a indiqué que la surveillance avait eu lieu les 8 décembre 2008, puis les 6, 7 et 9 janvier 2009. Il a relevé que l'assuré avait été vu régulièrement conduire en ville de Genève, qu'il avait notamment véhiculé son épouse, qu'aucun élément ne permettait d'établir qu'il avait une activité professionnelle, qu'il se déplaçait dans une voiture équipée d'une boîte automatique et immatriculée à son nom, qu'il avait été vu se déplacer constamment à l'aide de deux béquilles et que son handicap paraissait toucher plus particulièrement sa jambe droite.
31. Lors d'un entretien avec la SUVA du 25 mars 2009, l'assuré a, en la présence de son conseil, rappelé les atteintes provoquées par son accident, le contexte familial dans lequel il se trouvait à l'époque et le fait qu'il avait subi deux opérations, malgré lesquelles l'évolution de son état avait été insatisfaisante.

Actuellement, il souffrait encore de douleurs constantes au niveau des deux jambes, en particulier au genou et fémur droits. Il ressentait également des douleurs nocturnes et des douleurs à l'effort au niveau du genou gauche. La mobilité et la force de sa jambe droite restaient diminuées. Il devait toujours utiliser deux cannes pour marcher à l'intérieur et à l'extérieur de son appartement. Quand il accompagnait son épouse faire des commissions, il devait utiliser sa chaise roulante. Malgré l'amélioration de l'état de santé de sa fille aînée, il ne constatait pas d'amélioration de son état de santé psychique. Il souffrait régulièrement de dépression, était triste et fatigué, et se sentait inutile. Son accident n'avait pas arrangé la situation. Depuis un certain temps déjà, ses troubles psychiques étaient, à son avis, en rapport avec les graves séquelles de son accident. Il passait la plupart de ses journées dans son appartement et accompagnait son épouse faire les commissions de temps en temps. Les traitements médicaux et physiothérapeutiques étaient chronophages. A cause de ses troubles psychiques, il s'isolait socialement. Pour se déplacer en ville, il utilisait le taxi ou était véhiculé par sa femme. Il évitait de conduire la voiture. Il était toujours en traitement chez la Dre M\_\_\_\_\_ pour les atteintes à ses jambes. Cette dernière avait pris contact avec la CRR pour un

séjour auquel il était favorable. Actuellement son traitement de physiothérapie avait lieu deux fois par semaine. Il consultait Mme N\_\_\_\_\_ pour ses troubles psychiques une fois par semaine. Il s'était annoncé à l'OAI. Son objectif était d'améliorer son état de santé et de trouver une solution dans le cadre d'une réintégration professionnelle.

Confronté à la lettre anonyme de dénonciation du 24 octobre 2008, il en a contesté le contenu. Durant la période du Championnat d'Europe de football, son épouse, en collaboration avec son ancienne patronne, Madame S\_\_\_\_\_, avait tenu un stand de boissons dans la fan zone de Plainpalais. Durant la compétition, son épouse avait travaillé avec Mme S\_\_\_\_\_ sur ce stand. Son beau-père faisait également partie du personnel du stand. Par la suite, en raison de problèmes de non-paiement de salaire, son épouse avait entamé une procédure judiciaire contre Mme S\_\_\_\_\_. Il supposait que cette dernière avait rédigé la dénonciation par vengeance. En ce qui le concernait, il avait été présent sur le stand à plusieurs reprises, mais n'y avait jamais travaillé d'aucune manière. Il rappelait qu'en raison des séquelles importantes de son accident, il lui était encore impossible de porter des charges ou de monter sur une échelle. La camionnette avait été louée à son nom, mais avait été exclusivement conduite par son beau-père.

32. Le 26 mars 2009, la SUVA a transmis au conseil de l'assuré la dénonciation anonyme du 24 octobre 2008. En substance, ladite dénonciation indiquait que l'intéressé avait travaillé sur le stand durant tout le mois de juin (service de boissons, installation du système électrique sur une échelle, construction du balcon en bois pour les clients, location et conduite d'une camionnette). Il conduisait également son propre véhicule tous les jours.

Etaient également joints à cet envoi deux photos montrant l'assuré assis à la caisse du stand, ainsi que le contrat de location de la camionnette établi à son nom.

33. L'assuré a été hospitalisé au sein de la CRR du 8 avril au 19 mai 2009.
34. Dans un rapport du 18 juin 2009, les docteurs T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et U\_\_\_\_\_ de la CRR ont retenu le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles et les diagnostics secondaires de fracture diaphysaire du fémur droit, de fracture comminutive de la rotule droite et de fracture du plateau tibial inter avec arrachement du massif des épines du genou droit suite à une chute en scooter le 18 mai 2007, d'enclouage centro-médullaire rétrograde T2, longueur 360 millimètres du fémur droit, ostéosynthésée par deux vis corticales et cerclage de la rotule droite, ostéosynthèse par plaque en L du plateau tibial interne droit, ostéo-suture du massif des épines par pointes trans-osseux, lors de l'intervention du 18 mai 2007, de rupture du ligament croisé postérieur gauche confirmée le 4 juin 2007, de contusion du genou droit et de la hanche droite suite à une chute de sa chaise roulante le 26 juin 2007, d'arthrolyse étendue du genou droit pour une arthro-fibrose post-traumatique du genou et renforcement des tendons rotuliens par une vis corticale et

une ancre, ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit (plaque du plateau tibial et cerclage de la rotule droite) le 28 février 2008, d'algodystrophie du genou droit objectivée en juillet 2008 et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique

L'assuré était en incapacité totale de travailler depuis le 9 mars 2007. Il avait été hospitalisé pour réadaptation à la marche et une adaptation du traitement antalgique. La prise en charge interdisciplinaire intensive n'avait pas amené une nette diminution des douleurs ni une progression fonctionnelle significative. Une arthrodèse était proposée comme solution contre les douleurs, mais vu l'état psychologique de l'assuré, elle ne paraissait pas envisageable pour le moment. Sur le plan professionnel, la reprise du travail n'était pas possible, en raison de la persistance de fortes douleurs, des limitations fonctionnelles et de l'état psychologique. La fin de l'incapacité totale de travail était laissée à l'appréciation de son médecin traitant. Ils recommandaient la poursuite de la physiothérapie ambulatoire destinée à améliorer la mobilité de la rotule droite et la force musculaire du quadriceps droit, et à améliorer et maintenir la mobilité du genou en flexion.

35. Dans un rapport du 13 août 2009, Mme N\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA que l'assuré avait été déçu par son séjour à la CRR et qu'il accusait difficilement le coup. La dépression restait sévère, le sommeil perturbé et les idéations fortement dépressives. L'anhédonie était maintenant très marquée et touchait presque tous les domaines de la vie quotidienne. L'assuré confiait qu'il n'arrivait plus à agir mentalement contre la perception de la douleur. Plusieurs fois par jour, il était totalement envahi et désespéré. L'incertitude quant à sa situation professionnelle et financière future alimentait fortement les ruminations anxieuses. L'inactivité forcée contribuait à l'envahissement dépressif. La situation était grave et inquiétante. L'accompagnement demeurerait nécessaire pour éviter un effondrement complet.
36. Le 18 août 2009, l'assuré a été examiné par le docteur V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA.

Dans un rapport d'examen médical final du même jour, le Dr V\_\_\_\_\_ a résumé le dossier à sa disposition, rapporté les déclarations de l'assuré et fait état de ses constatations objectives, avant de livrer son appréciation du cas. Deux ans et trois mois après l'accident et les atteintes physiques causées, l'évolution était stationnaire, voire défavorable. En outre, l'intéressé avait présenté un état de stress post-traumatique. Après son séjour à la CRR, son état n'avait pas été considéré comme stabilisé. On pouvait cependant dire clairement que l'assuré n'était pas en mesure de reprendre son activité de parquetier et qu'une réinsertion professionnelle s'imposait. Celle-ci était conditionnée par les éventuel progrès de mobilité et la force et la souplesse des membres inférieurs d'une part, et par l'évolution psychique d'autre part. Sur le plan somatique, les progrès pouvaient être considérés comme modestes et la situation comme stabilisée, malgré tout. Un dommage permanent demeurerait. L'intéressé présentait une limitation fonctionnelle au niveau

de la force et de la mobilité des deux genoux, en particulier à droite. La SUVA devait prendre en charge les médicaments (antalgiques non narcotiques), la physiothérapie (d'abord six séances par mois pendant un an, puis cinq à dix séances tous les trois mois) et quatre consultations spécialisées en milieu orthopédique par an. L'assuré devait avoir une activité en position assise. Les mouvements du tronc et des membres supérieurs n'étaient pas limités. Il devait également pouvoir se lever occasionnellement pour faire de petites marches. En aucun cas il ne pouvait travailler debout, couvrir de longues distances ou être sur un terrain instable ou irrégulier. Une clôture du cas ou un bilan chez le Dr R\_\_\_\_\_ étaient proposés.

Dans un document annexe, le Dr V\_\_\_\_\_ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15%, par analogie aux arthroses des membres inférieurs. L'assuré présentait à la fois une arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale. On se plaçait au pourcentage supérieur de l'arthrose moyenne. Il a ajouté que les progrès de l'assuré étaient stationnaires, voire défavorables, qu'il avait été victime d'une dépression post-traumatique et que la reprise de l'activité de parqueteur était exclue.

37. Le 9 septembre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr R\_\_\_\_\_.

Dans le rapport du 16 septembre 2009 qui a suivi, ce médecin a retenu les diagnostics de dysthymie et d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique. Il a résumé le dossier mis à sa disposition, renvoyé aux rapports précédents s'agissant de l'anamnèse, rapporté les plaintes de l'intéressé et fait état de ses constatations objectives, avant de livrer son appréciation du cas. Par rapport à son dernier avis, la situation n'avait guère évolué sur le plan symptomatique. L'état dépressif chronique, désormais depuis deux ans, était retenu et justifiait le diagnostic de dysthymie. Le jour de l'examen, la symptomatologie, décrite comme passablement fluctuante par l'assuré, avait une intensité clairement sévère. Il se trouvait dans un système de double dépression. Sur la partie dépressive chronique venait s'ajouter des aggravations de cette thymie, aujourd'hui particulièrement sévère. Avec une symptomatologie aussi importante, se posait naturellement la question d'une hospitalisation pour traitement, celui suivi à ce jour ayant fait clairement preuve de son inefficacité. La médication pouvait être augmentée. La question de la médication pouvait être également globalement réévaluée, avec la mise en place d'un traitement pour une dépression de type résistant, devant idéalement intervenir dans un milieu hospitalier ou avec un suivi médical spécialisé rapproché. La problématique psychique était clairement secondaire à la présence d'une évolution négative sur le plan orthopédique et la persistance de douleurs chroniques. Au vu de cette évolution, on pouvait penser qu'une partie de la symptomatologie psychique allait résister dans le temps, devenant donc chronique et non-accessible à un traitement médicamenteux. Il était en effet plus qu'improbable qu'une guérison ou une évolution favorable sur le plan somatique soit obtenue, en raison de la persistance du syndrome douloureux chronique. Après deux ans, la question de la durabilité était réglée. Il était prévisible qu'une atteinte à l'intégrité d'origine psychique persiste.

38. Le 26 février 2010, la SUVA a mis en œuvre une seconde mesure de surveillance de l'assuré.
39. Dans un rapport de surveillance du 31 mars 2010, l'enquêteur a indiqué que la surveillance avait eu lieu les 24, 25, 29 et 30 mars 2010. Durant cette période, l'intéressé s'était déplacé au volant de deux véhicules équipés d'une boîte de vitesse automatique. Il marchait constamment à l'aide de deux béquilles. Rien ne permettait d'établir qu'il avait une activité professionnelle. Lors des observations, il avait été vu se déplacer seul. Il s'était rendu dans des établissements hospitaliers, ainsi que dans une carrosserie.
40. Le 22 juin 2010, la SUVA a informé l'OAI que le dossier de l'assuré était toujours en instruction.
41. Dans un rapport du 20 août 2010, le Dr T\_\_\_\_\_ de la CRR a pris position, sur la base du dossier, par rapport au soupçon de fraude et à la surveillance mise en œuvre par la SUVA.

A la question de savoir si des faits nouveaux lui permettaient de revoir le taux de capacité de travail, le Dr T\_\_\_\_\_ a répondu par la négative. L'assuré marchait toujours en décharge presque totale du membre inférieur droit avec deux cannes. La démarche, inchangée dans sa forme paraissait un peu plus rapide qu'en mars 2009. La façon dont il montait dans sa voiture était compatible avec la limitation de flexion de son genou droit. La force mesurée lors de son séjour à la CRR était compatible avec la conduite d'une voiture automobile automatique. Ses limitations fonctionnelles étaient toujours incompatibles avec l'exercice de l'activité de parquetier. En revanche, sur la base de l'observation du DVD, on pouvait estimer que l'assuré présentait une capacité de travail dans une activité adaptée, soit un travail d'établi avec les membres supérieurs, en position assise haute et sans déplacement ni port de charges excédant six à huit kilogrammes. L'intéressé était actif de 6H30 jusqu'au soir, de sorte qu'il pourrait faire valoir une capacité de travail résiduelle sur le plan somatique. L'aspect psychologique inchangé et la persistance d'une atteinte physique justifiait cependant une limitation de la capacité de travail dans cette activité adaptée à 50%, depuis mars 2010, soit la date des images du DVD. Les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec des professions telles que celle de gardien de parking. Dans le rapport du 18 juin 2009, il avait été retenu qu'un traitement psychique serait bénéfique. Au vu du résultat un an plus tard, il fallait considérer la situation comme étant stabilisée et non susceptible d'amélioration par un traitement médical. La seule proposition de traitement consistait en une arthrodèse du genou, pour autant que l'assuré puisse la supporter psychologiquement. Les symptômes psychiques étaient en lien avec l'accident.

42. Le 21 octobre 2010, à la demande de la Dresse M\_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné par le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Il y a également été examiné pour un contrôle le 29 novembre 2010.

43. Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2010, la SUVA a informé le conseil de l'assuré que ce dernier avait fait l'objet d'une mesure de surveillance. Elle lui a transmis les documents y relatifs, ainsi que le rapport du 20 août 2010 du Dr T\_\_\_\_\_, et imparti un délai pour se prononcer, étant précisé qu'elle allait prochainement passer à la liquidation du cas en examinant le droit à une rente d'invalidité.
44. Dans un rapport du 11 décembre 2010, Mme N\_\_\_\_\_ a relevé que la perspective d'une prise en charge par l'unité de la douleur chronique des HUG avait permis à l'assuré de « s'accrocher » à un nouvel espoir. Cette prise en charge avait maintenant commencé et les résultats étaient en attente d'observation. Sur le plan psycho-émotionnel, il n'allait pas bien. Les douleurs étaient persistantes et quotidiennes. Sa résistance continuait de s'amenuiser. Selon lui, les suivis psychologique et sophrologique l'aidaient à ne pas lâcher prise complètement. Les éléments du dernier rapport du 13 août 2009 restaient valables et sans améliorations notoires. Elle espérait que l'assuré pourrait participer à un groupe dans le cadre de l'unité de la douleur chronique des HUG, la stimulation et l'encouragement liés au partage de problèmes similaires lui semblant être les derniers éléments d'ordre psychologique qui pourraient l'aider. Un accompagnement restait absolument nécessaire pour éviter un complet effondrement.
45. Par courrier du 17 janvier 2011, l'assuré s'est dit surpris par la mesure de surveillance prise à son encontre. Cela étant, comme l'avait observé le Dr T\_\_\_\_\_, il continuait à marcher en décharge de son membre inférieur droit avec deux cannes et n'avait jamais été observé marchant sans ces dernières. La montée et la descente des escaliers continuaient de lui poser les mêmes difficultés que lors de son séjour à la CRR. Son atteinte à la santé était compatible avec la conduite d'une voiture automatique. Le Dr T\_\_\_\_\_ avait relevé que les éléments réunis lors de la mesure de surveillance n'étaient pas propres à le conduire à réapprécier le taux de capacité de travail.
46. Dans un avis du 4 février 2011, le docteur W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, chirurgie pédiatrique et chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux et compte tenu du fait que la situation était stabilisée selon le rapport d'examen final du Dr R\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2009, il semblait inutile de convoquer l'assuré à nouveau.
47. Par courrier du 31 mars 2011, l'assuré a transmis à la SUVA un résumé de consultation du 17 mars 2011 établi par le docteur X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin proposait une intervention de type JUDET, avec libération complète du quadriceps, associée à une arthrolyse du genou, qui avait toute les chances d'améliorer de façon significative la situation, grâce à une amélioration de la flexion. La physiothérapie post-opératoire devrait se faire de façon intensive en milieu spécialisé. Dans la mesure où le Dr X\_\_\_\_\_ estimait qu'une telle opération et la prise en charge physiothérapeutique auraient un impact important sur son état de santé et sa

capacité de travail, il souhaitait pouvoir être opéré, sous réserve de la prise en charge par la SUVA.

48. Le 18 avril 2011, le Dr W\_\_\_\_\_ a requis une seconde opinion auprès du docteur Y\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein des HUG, s'agissant de la situation actuelle de l'assuré.
49. Le 27 mai 2011, le Dr Y\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au docteur Z\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour un avis. La longue évolution avait été marquée par une algodystrophie du genou droit, une arthrofibrose, un état dépressif réactionnel et des passages à la CRR et dans le service de médecine physique-rééducation. Il constatait une raideur du genou droit, lequel était stable pour le surplus, un tiroir postérieur du genou gauche, une impotence fonctionnelle de ce genou qui paraissait subluxé sur les radiographies standards et un état dépressif, éventuellement d'origine post-traumatique. Une IRM du genou gauche du 25 mai 2011 avait mis en évidence un arrachement osseux à l'insertion distale du ligament croisé postérieur et des lésions méniscales du compartiment interne. Il pensait que l'assuré devrait bénéficier d'une prise en charge spécialisée avec reconstruction éventuelle du ligament croisé postérieur gauche et toilette méniscale du genou gauche, et, éventuellement, dans un second temps, d'une arthrolyse arthroscopique du genou droit, puis d'une prise en charge psychologique et de médecine physique-rééducation pour une remise en charge progressive. Il n'était pas convaincu qu'une grande libération selon JUDET soit indiquée en l'espèce.
50. Lors d'un entretien avec la SUVA le 13 juillet 2011, l'assuré a notamment déclaré que son état semblait s'aggraver. Se déplacer était de plus en plus difficile et il marchait en permanence avec deux cannes. Comme il rencontrait davantage de problèmes avec sa jambe droite, il s'appuyait beaucoup sur sa jambe gauche, mais avait une mauvaise démarche, ce qui lui causait des problèmes de dos. Il souffrait toujours énormément et prenait de la morphine, sans que rien ne le soulage vraiment. Il s'était rendu à trois reprises à la consultation de la douleur aux HUG et allait intégrer un groupe en septembre pour échanger des expériences et des impressions avec d'autres personnes handicapées par la douleur. Le docteur AA\_\_\_\_\_, son médecin traitant, avait estimé que la physiothérapie ne servait plus à rien et refusait de prescrire de nouvelles séances. Il poursuivait cependant les exercices de rééducation qu'il avait appris et continuait à se rendre à la piscine deux fois par semaine, ce qui lui permettait de garder une certaine mobilité. Il continuait également les séances avec Mme N\_\_\_\_\_, ce qui l'aidait. Malgré les opérations subies et toute la rééducation, il ne voyait aucune amélioration. Il avait confiance dans le Dr X\_\_\_\_\_ et souhaitait se faire opérer si cela pouvait lui apporter un soulagement. Le Dr Y\_\_\_\_\_ n'avait pas voulu entrer en matière sur l'opération proposée par le Dr X\_\_\_\_\_, mais avait parlé d'une autre intervention. Il devait

---

rencontrer le Dr AB\_\_\_\_\_ le 16 août 2011. Quant au Dr AA\_\_\_\_\_, il était d'avis qu'il ne fallait plus opérer.

51. Dans un rapport du 17 août 2011, le Dr Z\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de raideur articulaire droite, d'algoneurodystrophie de status quatre ans après ostéosynthèse de fracture de la rotule, du tibia et du fémur droit, d'hyperalgésie du genou droit, de laxité postérieure stade II à III gauche, de laxité latérale externe grade II gauche, de laxité postéro-externe grade III gauche, de déchirure du ménisque interne gauche et de status quatre ans après entorse grave du genou gauche. Malgré un traitement antalgique puissant, l'assuré était encore très sensible à la douleur et extrêmement plaintif. Il apparaissait raisonnable de songer à stabiliser le genou gauche, siège d'une laxité complexe postérieure et postéro-externe associée à une lésion méniscale. Il s'agissait néanmoins d'une chirurgie extrêmement lourde nécessitant près de neuf à douze mois de physiothérapie et surtout une marche en charge très partielle pour près de deux mois. Actuellement, l'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit ne permettait pas d'envisager une telle chirurgie sur le genou gauche. L'assuré n'avait d'ailleurs aucune envie de se retrouver dans un fauteuil roulant pour les prochaines semaines. En ce qui concernait le genou droit, une arthrolyse serait souhaitable mais actuellement très difficile à envisager, au vu de la symptomatologie douloureuse présentée. Le Dr Z\_\_\_\_\_ proposait de réévaluer la symptomatologie douloureuse de l'assuré deux mois après le début de la prise en charge dans le groupe de thérapie de la consultation de la douleur. Dans l'état actuel, il ne pouvait recommander aucune chirurgie. Il suggérait au Dr AA\_\_\_\_\_ d'essayer d'augmenter le seuil de la douleur et de réduire l'hyperalgésie afin qu'un geste soit envisageable. Il avait également encouragé l'intéressé à se remettre en charge sur le membre inférieur droit.
52. Dans une appréciation du 29 août 2011, le Dr W\_\_\_\_\_ a considéré, sur la base du dossier et des avis des Drs Y\_\_\_\_\_ et Z\_\_\_\_\_ qu'aucune chirurgie du genou droit n'était recommandable actuellement. En ce qui concerne le genou gauche, une chirurgie complexe pouvait être proposée, avec la contrainte pour l'assuré de se retrouver dans un fauteuil roulant pendant quelques semaines et de subir une longue rééducation. En conclusion, la seule proposition utile à ce jour était d'essayer une thérapie pour gérer la douleur, ce qui était prévu pour le mois de septembre 2011.
53. Le 22 décembre 2011, Mme N\_\_\_\_\_ a communiqué à la SUVA ses rapports des 3 juin et 4 novembre 2011 adressés à l'OAI. Elle y retenait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis juillet 2007. L'assuré présentait une dépression de sévérité moyenne à élevée selon les moments, avec éléments anxieux, liées aux douleurs persistantes et aux difficultés de mobilité. L'évolution était en dents de scie, mais dans l'ensemble, la situation psycho-émotionnelle se péjorait avec le temps qui passait et l'épuisement progressif des ressources de l'assuré. Le pronostic était réservé mais peu optimiste, compte tenu de la situation. Dans une activité adaptée et après une

période de remise en activité progressive, une capacité de travail de 50% semblait un minimum tout à fait envisageable. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle. L'assuré était réadaptable depuis un certain temps, en tenant compte des limitations consécutives à l'accident, mais encore fallait-il déterminer quelles réadaptations professionnelles pouvaient lui être proposées. La fatigabilité était importante. Ses capacités d'attention et de concentration étaient altérées par l'état dépressif, mais certainement suffisantes pour une réadaptation professionnelle.

54. Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA du même jour, l'assuré a indiqué ressentir toujours les mêmes douleurs, mais aller mieux, ayant appris à les appréhender d'une autre manière à la consultation de la douleur. Les séances s'étaient terminées fin novembre 2011. Il consultait le Dr AA\_\_\_\_\_ une fois par mois. Il avait un rendez-vous avec le Dr Z\_\_\_\_\_ en février 2012. Il continuait la physiothérapie à raison d'une séance par semaine et se rendait à la piscine deux fois par semaine.
55. Le 13 février 2012, la SUVA a reçu trois rapports du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, respectivement des 21 octobre 2010, 30 mars 2011 et 1<sup>er</sup> février 2012. La prise en charge de l'assuré y était détaillée. En septembre 2011, il avait rejoint le groupe de thérapie cognitivo-comportementale de la douleur et participé à huit séances. S'agissant de l'intéressé, le travail avait porté principalement sur la gestion du temps dans une série d'activités, soit rendre visite à des amis et sortir en famille et au restaurant). Il avait pu développer des stratégies pour respecter la limite de temps au-delà de laquelle les douleurs avaient tendance à s'installer.
56. Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA du 2 mars 2012, l'assuré a notamment déclaré que sa situation était stationnaire. Il était déçu et déprimé car le Dr Z\_\_\_\_\_ avait refusé de l'opérer, compte tenu de ses vives douleurs, de l'absence de garantie de succès de l'opération et des antécédents d'algodystrophie. Son suivi auprès du Dr AA\_\_\_\_\_ continuait.
57. Dans un rapport du 23 mars 2012, le Dr Z\_\_\_\_\_ a complété son rapport du 17 août 2011. Le status de l'assuré était similaire. Il avait prescrit une attelle de stabilisation du genou gauche afin de limiter la sensation d'instabilité et en espérant réduire ainsi le stimulus douloureux.
58. Le 23 avril 2012, l'assuré a requis de la SUVA qu'elle réévalue ses indemnités journalières en tenant compte de l'évolution de son salaire horaire telle qu'annoncée par son employeur.
59. Le 10 mai 2012, le Dr W\_\_\_\_\_ a considéré que le cas était stabilisé depuis 2009 et qu'aucune nouvelle thérapie n'était envisagée. Les Drs V\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ estimaient également que le cas était stabilisé et proposait une clôture. Actuellement, la SUVA ne gérait que les suites du traitement proposées par les différents médecins. Un nouvel examen n'apporterait donc rien de nouveau.

60. Le 25 mai 2012, l'indemnité journalière de l'assuré a été augmentée avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2010, passant de CHF 149.35 à CHF 164.55.
61. Dans une appréciation du 13 mars 2013, le Dr R\_\_\_\_\_ a considéré que le dernier rapport de Mme N\_\_\_\_\_, faisant état d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique présente depuis 2007, n'avait pas de valeur objective, dans la mesure où Mme N\_\_\_\_\_ n'était pas médecin et où il n'était pas dans la nature habituelle des choses qu'un état dépressif reste sévère sur plus de cinq ans d'évolution. Il sollicitait donc que les soignants actuels impliqués dans cette prise en charge répondent de manière détaillée à des questionnaires psychiatriques, faute de quoi il serait nécessaire qu'il examine l'assuré lui-même.
62. Dans une appréciation du 3 avril 2013, le Dr W\_\_\_\_\_ a rappelé que l'examen médical du Dr V\_\_\_\_\_ pratiqué le 18 août 2009 était un examen final. Il n'était pas utile de convoquer à nouveau l'assuré, en l'absence de modification de son état de santé. La prise en charge des médicaments devait être assurée dans la mesure préconisée par le Dr V\_\_\_\_\_. La physiothérapie devait être acceptée à hauteur de quatre séries de neuf séances, dans le but de maintenir la capacité de travail. Enfin, les attelles pour le genou gauche devaient être prises en charge. Il convenait d'obtenir un avis psychiatrique et de clôturer le cas du point de vue orthopédique, avec possibilité de rechute.
63. Le 8 mai 2013, le Dr R\_\_\_\_\_ a précisé qu'il souhaitait obtenir des rapports des Drs AA\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ au sujet des diagnostics psychiques, de l'évolution et des raisons pour lesquelles elle restait globalement très négative, et du traitement lui-même, en particulier de l'indication d'un suivi hebdomadaire. Cela était nécessaire après plus de six ans d'évolution et en présence de douleurs chroniques à l'origine d'un tableau thymique, ce d'autant plus que la question de l'utilité d'une aussi grande fréquence des consultations se posait.
64. Le 24 juillet 2013, le Dr AA\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA qu'il suivait l'assuré au niveau orthopédique uniquement.
65. Dans un rapport du 22 septembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent. S'agissant de l'évolution, l'intéressé était maintenu dans un état qui ne nécessitait pas d'hospitalisation. L'évaluation restait globalement très négative en raison des douleurs qui ne s'amélioraient pas et des perspectives d'amélioration de la mobilité qui s'éloignaient. Le traitement entrepris consistait en une psychothérapie cognitive et comportementale, à raison d'une séance par semaine, fréquence justifiée par le fait que l'assuré était souvent à la limite de la dépression sévère avec un risque suicidaire. Avant l'accident, l'intéressé n'avait jamais présenté de signes dépressifs. Il était accompagné au long cours pour éviter qu'il ne s'effondre encore plus, ce qui nécessiterait des hospitalisations en unités spécialisées.
66. Le 22 octobre 2013, l'OAI a transmis son dossier à la SUVA, dont :

- une demande de prestations déposée par l'intéressé le 10 octobre 2007, en raison d'atteintes aux membres inférieurs et d'une dépression nerveuse liée à un accident le 18 mai 2007 ;
- un rapport du 31 octobre 2007 du Dr C\_\_\_\_\_, lequel retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif dès le 9 mars 2007 et d'accident le 18 mai 2007, renvoyant sur ce point au rapport du 12 juillet 2007 des Dresses K\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. L'état dépressif s'inscrivait dans le cadre d'une maladie sévère de sa fille (méningite sévère) L'incapacité de travail était de 100% du 9 mars au 22 juillet 2007, puis de 50% dès le 23 juillet 2007 ;
- un avis du 7 avril 2008 de la doctoresse AC\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main, et médecin du SMR, laquelle a considéré que l'état n'était pas stabilisé en raison de l'opération de février 2008. Il était déjà prévisible que le métier de parqueteur ne soit plus adapté, vu l'atteinte des deux genoux qui empêchaient la position agenouillée. Il s'agissait typiquement d'un cas devant être traité en commun avec la SUVA, pour entreprendre des mesures d'orientation professionnelle dès la stabilisation ;
- un rapport du 3 août 2009 du Dr AA\_\_\_\_\_, lequel a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthro-fibrose post-traumatique du genou droit, de fracture diaphysaire du fémur droit, traitée par enclouage centro-médullaire rétrograde le 18 mai 2007, de fracture comminutive de la rotule droite le 18 mai 2007, traitée par cerclage tibiales du genou droit le 18 mai 2007, traitée par ostéosynthèse par plaque en L du plateau tibial et ostéosuture du massif des épines tibiales, de rupture du ligament croisé postérieur gauche, traitée conservativement, d'algoneurodystrophie du genou droit objectivée en juillet 2008, actuellement non évolutive, et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. L'accident était la cause de l'incapacité de travail. L'assuré avait été hospitalisé aux HUG du 18 au 29 mai 2007 et du 27 février au 4 mars 2008, puis en rééducation du 29 mai au 22 juin 2007 et du 4 au 26 mars 2008. Il a ensuite exposé l'anamnèse de l'assuré. Le pronostic restait réservé compte tenu de l'état psychique actuel de l'intéressé. En l'absence de trouble dépressif, une capacité de travail dans un poste adapté pourrait être envisagée. Il était en incapacité totale de travail depuis l'accident. Son activité habituelle de parqueteur était définitivement compromise puisqu'il ne pouvait plus s'agenouiller ;
- un rapport intermédiaire du 23 novembre 2010 du Dr C\_\_\_\_\_, lequel a considéré que l'état de santé était stationnaire depuis l'accident et que le pronostic était mauvais. L'assuré avait des difficultés à marcher et à rester statique dans une même position. La capacité de travail était nulle dans toute activité ;

- une note de travail du 18 février 2011 indiquant que l'instruction du dossier était terminée du point de vue de la SUVA, l'état de santé étant considéré comme stabilisé depuis l'examen final du 18 août 2009. Des démarches d'instructions complémentaires avaient été effectuées suite à une dénonciation, ce qui avait ralenti la procédure. Selon la SUVA, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ;
- une note de premier entretien en matière de réadaptation professionnelle du 19 décembre 2012 préconisant un complément d'instruction sur le plan somatique et une clôture du mandat de réadaptation, compte tenu de conclusions du SMR quant à l'incapacité de travail, les limitations fonctionnelles et la date à partir de laquelle un réadaptation était possible dans un métier adapté aux capacités et compétences de l'intéressé ;
- un avis du 2 juillet 2013 de la doctoresse AD\_\_\_\_\_, médecin du SMR, laquelle a retenu le diagnostic de fracture complexe du fémur droit et du genou droit, compliquée d'une algoneurodystrophie. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Le début de l'incapacité de travail était le 9 mars 2007 et celui de l'aptitude à la réadaptation le 4 novembre 2011. L'assuré devait privilégier un travail léger, sans port de charge, sédentaire ou semi-sédentaire, et éviter la marche en terrain irrégulier, la position accroupie ou à genoux et monter ou descendre des escaliers, etc. Il était suivi par Mme N\_\_\_\_\_, psychologue. L'absence de suivi par un psychiatre et d'hospitalisation en milieu spécialisé parlait en faveur d'une pathologie psychiatrique peu grave ;
- un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2010 de la Dresse M\_\_\_\_\_ à l'attention du conseil de l'assuré et transmis par ce dernier à l'OAI le 30 octobre 2013. La situation commençait à être stabilisée sur le plan médical. Des douleurs importantes persistaient au niveau des genoux, de sorte qu'un avis avait été demandé à la consultation multidisciplinaire de la douleur. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 10% pouvait être retenue. Cette activité devait être exercée en position assise uniquement, avec la possibilité d'effectuer des changements de positions réguliers, soit une fois par heure. Des mesures d'insertion professionnelle pouvaient être débutées. Il fallait toutefois attendre que la consultation de la douleur ait lieu afin d'obtenir une antalgie optimale.

67. Le 6 novembre 2013, l'assuré a été examiné par le Dr R\_\_\_\_\_.

Dans le rapport du 13 novembre 2013 qui a suivi, ce médecin a retenu les diagnostics de dysthymie et de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen à sévère. Il a indiqué le contexte de son intervention, résumé l'évolution du cas sur la base des pièces et des informations recueillies auprès de l'intéressé, exposé son anamnèse, retranscrit ses plaintes et fait état de ses constatations objectives avant de

---

donner son appréciation du cas. Près de quatre ans après son évaluation de septembre 2009, globalement, l'état psychique constaté était superposable au descriptif de ce rapport. En effet, l'état dépressif était chronicisé, quoiqu'avec des fluctuations, et n'avait jamais disparu, malgré un traitement adéquat, à savoir une psychothérapie associée à une thérapie antidépressive. La présence d'une double dépression restait d'actualité puisqu'il existait un état dépressif de fond, persistant depuis des années et qui ne s'était jamais amendé. Sur cette base de dépression chronique de l'humeur, venait se surajouter des épisodes de décompensation dépressives récurrentes d'intensité variable. Il était difficile d'évaluer avec précision l'intensité de la dépression ce jour, mais le tableau était compatible avec une dépression d'intensité moyenne à sévère, avec une atteinte de l'humeur stable dans le temps, une inhibition marquée, une perturbation du sommeil et de l'appétit ainsi qu'une symptomatologie anxieuse et significative associée. Malgré la perte précoce de sa mère et de sa sœur, il n'avait jamais présenté d'antécédent clair sur le plan psychiatrique, qui avait nécessité un suivi spécialisé. Le tableau dépressif s'était développé en 2007 déjà, soit trois à quatre mois après l'accident, largement corrélé et lié à celui-ci ainsi qu'à l'évolution négative sur le plan orthopédique. En particulier, il existait des fluctuations de l'intensité de l'atteinte thymique, en parallèle avec les fluctuations de l'atteinte algique. En ce qui concerne le traitement, après autant d'années d'évolution, la situation paraissait dépassée sur le plan thérapeutique et chronicisée. Le tableau d'invalidation était désormais complet, l'assuré ayant une existence centrée autour de sa problématique de santé. Une séance toutes les trois semaines ou mensuelle devrait suffire, puisqu'il n'existait plus de processus actif dans le cadre de la psychothérapie. Éventuellement, un avis spécialisé de la consultation dépression des HUG pouvait être envisagé, afin de tenter de débloquer une dernière fois cette situation.

68. Le même jour, le Dr R\_\_\_\_\_ a également procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité de l'assuré, sous l'angle psychique. Il convenait de relever une persistance qualitative et quantitative des diagnostics retenus. La durabilité de l'atteinte psychique était donc bien motivée et n'avait que peu répondu à un traitement spécialisé, dans l'ensemble adéquat. Le trouble psychique constaté dans cette situation était modéré, avec une atteinte conséquente, qui apparaissait lors de situations stressantes, mais également dans la vie quotidienne de l'assuré. La capacité de travail dans son activité habituelle, ou dans toute autre activité tenant compte de son niveau de formation n'était plus possible. Selon la table pertinente (modéré à sévère), l'atteinte à l'intégrité était évaluée à 60%.
69. A l'issue d'un entretien de réadaptation professionnel du 6 décembre 2013, l'OAI a relevé que Club emploi n'était pas une mesure adéquate. Un soutien administratif était juste impossible pour l'assuré, lequel était sans formation qualifiante, avec des limitations physiques importantes, et ne pouvait mobiliser d'autres aptitudes qu'un savoir-faire sur un cahier de tâches manuelles, répétitives et exécutives. Un stage de

trois mois d'observation des capacités sur poste de l'industrie légère avec formation en emploi était préconisé.

70. Le 10 avril 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage d'observation au sein des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 28 avril au 27 juillet 2014.

71. Le 30 septembre 2014, l'OAI a transmis à la SUVA de nouvelles pièces, soit notamment :

- un rapport du 15 février 2011 du Dr AA\_\_\_\_\_, lequel a considéré que l'état était stabilisé. L'assuré présentait une limitation fonctionnelle et douloureuse du genou droit, ainsi que du genou gauche, avec pour ce dernier une instabilité en raison de la rupture du ligament croisé postérieur, et des lombalgies basses. Dans son activité habituelle de parqueteur, l'intéressé n'avait définitivement plus aucune capacité de travail. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 50% pouvait être retenue, sur le plan somatique et sous réserve d'une conclusion différente sur le volet psychiatrique. Une telle activité devait être exercée en position assise uniquement, avec la possibilité de changer de position de façon régulière (une à deux fois par heure). Des mesures professionnelles pouvaient être débutées immédiatement. Toutefois, compte tenu du fait que l'assuré ne travaillait plus depuis quatre ans, le pronostic de reprise d'une activité professionnelle lui semblait compromis ;
- un rapport du 30 mai 2014 du Dr AA\_\_\_\_\_ adressé au conseil de l'assuré, renvoyant à son rapport du 15 février 2011 et précisant pour le surplus qu'il n'y avait aucune évolution clinique depuis mai 2009. L'assuré était incapable de se déplacer autrement qu'en pendulaire avec deux cannes. Son périmètre de marche était limité à 200 mètres en raison des douleurs aux poignets et aux épaules secondaires au béquillage depuis plusieurs années. La déambulation dans les escaliers était très limitée. Le maintien de la position assise prolongée supérieure à trente minutes était difficile en raison de ses douleurs rotuliennes droites et de ses lombalgies imposant des changements de position réguliers. L'incapacité de travail dans la profession de parqueteur était totale et définitive. Dans un travail sédentaire en position assise avec possibilité de changements de position une à deux fois par heure, la capacité de travail était de 50%, avec une diminution de rendement de 10% ;
- un bilan du 3 juillet 2014 à l'atelier de réentraînement des EPI indiquant que l'assuré avait fait un stage de treize jours, dont deux de maladie, à raison de 35 heures par semaine, en tant qu'ouvrier à l'établi actif dans le montage de pièces mécaniques légères et le conditionnement simple. Il avait effectué du montage de céramiques et du conditionnement de crayons et de gouache (confection d'emballages). Cette activité avait été exercée exclusivement en position assise. Le rendement observé n'était pas exploitable. Il était estimé à 50%, à la condition que le matériel soit organisé et mis à sa portée, ce dernier ne pouvant

pas, en raison de ses limitations, se déplacer, porter de petites charges ou se mouvoir avec un peu d'aisance pour accomplir de manière autonome toutes les tâches annexes inhérentes à ce type d'activité. L'engagement était bon. Du point de vue physique, la position assise était tenue avec difficulté. Le tronc était figé, essentiellement en raison des douleurs au niveau de la nuque. Les mouvements des membres supérieurs et les gestes fins étaient lents mais précis. L'assuré se déplaçait très lentement à l'aide de béquilles et avait une attelle à la jambe droite. Son rythme était peu soutenu et la résistance physique très faible, ainsi que sa polyvalence. En cours de journée, la fatigabilité avait tendance à augmenter et le rendement à diminuer ;

- un rapport final des EPI du 21 août 2014 indiquant que l'assuré avait les compétences d'apprentissage pouvant lui permettre de suivre une formation pratique en entreprise, ainsi qu'un bon engagement. Cependant, il avait montré un tonus limité se péjorant en deuxième partie de journée, une gestuelle lente (bien que précise) et une attitude indiquant beaucoup de souffrance. Seule la position assise avait pu être maintenue. Au cours des six semaines de la mesure, il avait effectué un stage à l'atelier de réentraînement. Il avait assumé des tâches simples proches du domaine de l'industrie légère. Son rendement s'était avéré inexploitable et avait tendance à diminuer au cours de la journée. Ses capacités physiques étaient faibles : la position assise était tenue avec difficulté, le tonus était bas, le rythme était très lent, sa résistance physique était très faible et sa fatigabilité restait importante. Il manquait de polyvalence dans les tâches, ainsi que d'autonomie pour l'organisation de son poste de travail, en raison du fait qu'il se déplaçait avec peine et avec des béquilles. Ses capacités sociales étaient bonnes. Il était respectueux et professionnel. Au niveau des capacités affectives, il semblait très fragile et éprouvé. Durant cette période, son engagement avait été bon, l'intéressé se montrant volontaire et assidu dans son travail. Au terme de la mesure, les EPI considéraient que l'assuré ne pouvait pas intégrer le marché ordinaire dans une activité même simple, légère et répétitive. Actuellement, même dans un atelier protégé, un encadrement consistant était nécessaire pour qu'il puisse effectuer les tâches simples et à sa portée.

72. Le 13 novembre 2014, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport d'expertise du 31 octobre 2014 établi par le docteur AE\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, à la demande du Dr C\_\_\_\_\_. Après avoir résumé et listé les informations médicales à sa disposition, le Dr AE\_\_\_\_\_ a exposé son anamnèse et fait état de ses constatations objectives lors de l'examen du 14 octobre 2014, avant de livrer son appréciation du cas. Il a retenu les diagnostics de gonalgies droites sévères et douleurs de la cuisse droite ainsi que de la jambe droite chroniques avec une discrète arthrose fémoro-tibiale interne, séquellaires à plusieurs fractures du membre inférieur droit (fémur, rotule, plateau tibial interne avec arrachement des épines tibiales) en mai 2007 et à une algodystrophie du genou droit en juillet 2008, de gonalgie gauche dans le cadre d'une arthrose fémoro-tibiale interne après

---

déchirure post-traumatique du ménisque interne, avec une instabilité après une rupture traumatique du ligament croisé postérieur en mai 2007, de tendinobursite trochantérienne droite, d'épicondylite du coude droit et de lombalgies chroniques, avec des douleurs des trapèzes et de la musculature paracervicale, secondaire à des surcharges fonctionnelles. Les troubles constatés étaient clairement en lien avec l'accident du 18 mai 2007. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles, soit une impossibilité à rester longtemps debout, à marcher longtemps, à monter ou descendre des escaliers, à travailler en position accroupie ou agenouillée, à porter des charges lourdes avec le membre supérieur droit, à effectuer des mouvements répétitifs de flexion/extension du poignet droit ainsi que des mouvements répétitifs de pronation/supination de l'avant-bras droit et à ramasser des objets par terre. Il y avait des difficultés à travailler en position de porte à faux lombaire et à effectuer des mouvements répétitifs de la colonne lombaire. Ces limitations entraînaient une incapacité totale de travail dans son activité de parqueteur. Il était toutefois en mesure de travailler en position assise, pour autant qu'il puisse changer de positions régulièrement. Un travail de bureau était envisageable à un taux maximum de 40%. Bien que certaines mesures médicales puissent lui être proposées, celles-ci n'auraient le plus probablement pas d'impact significatif sur la capacité de travail. L'état de santé paraissait donc stabilisé, en ce qui concerne les perspectives d'incapacité de travail. Aucun élément ne suggérait que la situation puisse évoluer favorablement, au vu de la chronicité des atteintes et de l'échec des traitements prodigués. Le pronostic fonctionnel et pour la capacité de travail était donc mauvais.

73. Les conclusions de ce rapport ont été reprises par la doctoresse AF\_\_\_\_\_ du SMR dans un avis du 24 novembre 2014. Cette dernière a donc retenu une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
74. Dans un rapport du 12 février 2015, le docteur AG\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a certifié suivre l'assuré depuis le 3 septembre 2014 pour un état dépressif sévère sans caractéristique psychotique, dans le cadre d'un trouble douloureux provoqué par les séquelles d'un accident grave survenu le 18 mai 2007. Parallèlement, il était suivi par son médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_, pour les questions somatiques, et par Mme N\_\_\_\_\_, en psychothérapie hebdomadaire. Il faisait également de l'hydrothérapie et de la physiothérapie pour le soin de ses séquelles traumatiques. Un traitement antidépresseur et un traitement somnifère avaient été introduits. L'assuré avait évolué de manière satisfaisante sur le plan de l'humeur, mais ses traitements n'avaient pas modifié son tableau hyperalgique. Le tableau dépressif restait néanmoins présent et nécessitait la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique pour une période indéterminée.
75. Le 9 mars 2015, Mme N\_\_\_\_\_ a transmis à la SUVA son rapport du 11 février 2015. Malgré les différents traitements entrepris, notamment sa prise en charge par le Dr AG\_\_\_\_\_, aucune avancée significative n'avait pu être enregistrée.

---

Cependant, ces interventions et accompagnements permettaient à l'assuré de tenir le coup et de ne pas complètement lâcher prise.

76. Dans une appréciation psychiatrique du 20 mars 2015, le Dr R\_\_\_\_\_ a maintenu les conclusions de son rapport du 13 novembre 2013.
77. Le 30 juin 2015, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport du Dr AG\_\_\_\_\_ établi le 24 juin 2015. Ce dernier y certifiait suivre l'intéressé pour un état dépressif sévère, sans caractéristique psychotique, dans le cadre d'un trouble douloureux provoqué par les séquelles d'un accident, et un syndrome de stress post-traumatique avec modification durable de la personnalité, ayant pour cause son accident. L'assuré présentait des symptômes de la ligne dépressive grave : tristesse, pleurs, sentiment de désespoir, anhédonie, perte de l'élan vital et idées de mort sans idéation suicidaire organisée. Outre les douleurs liées aux séquelles de l'accident, il souffrait de céphalées chroniques. Il était au bénéfice d'un traitement d'antidépresseurs et de somnifères avec une évolution moyennement satisfaisante sur le plan de l'humeur. Ce traitement n'avait pas modifié son tableau hyperalgique, n'ayant amélioré que la sévérité de l'état dépressif et les symptômes comme les insomnies. Le tableau anxio-dépressif restait présent et nécessitait la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique pour une durée indéterminée. Il persistait une anxiété latente qui s'accroissait très significativement avec des stimuli externes en lien direct ou indirect avec son accident. Elle s'accompagnait d'un cortège symptomatique de type somatique : tachycardie, tension musculaire et psycho-sensoriel sous forme de cauchemars et des reviviscences envahissantes à l'évocation des événements traumatiques. L'assuré était dans l'évitement de l'expérience interne et externe. Il pouvait être sur la défensive et employer beaucoup d'énergie pour inhiber les affects. La confusion des sensations affectives et somatiques devenait alors problématique dans une dynamique d'évitement, car il avait de la peine à donner du sens à son expérience, probablement vécue sous forme dissociative. De plus, une préoccupation excessive de soi-même l'empêchait de s'ouvrir à d'autres expériences que ne seraient pas liées aux difficultés physiques. L'impossibilité à ressentir les émotions semblait bien résumer ses difficultés sur le plan de la personnalité, laquelle avait été construite de manière chronique suite au traumatisme et au vécu psychologique des séquelles physiques et la symptomatologie somato-douloureuse qui, de ce fait, devenait irréversible. L'accident et ses conséquences avaient eu un impact négatif sur le fonctionnement psychologique de l'assuré. Sa personnalité, orientée sur l'évitement compliquait son état dépressif et suivait une évolution chronique. Elle nécessitait la poursuite des traitements en cours. L'incidence des troubles physiques et psychiques le rendait incapable de travailler à plein temps, définitivement. Les pronostics quant à une reprise à long terme restaient sombres au vu de l'impact psychologique que le traumatisme et les séquelles physiques avaient laissé à ce patient, avec de grands difficultés dans l'élaboration, le ressenti et l'expression de ses affects liés à un trouble de la personnalité. Avec la poursuite de la prise en

---

charge, l'assuré pourrait expérimenter une amélioration de sa qualité de vie, mais nullement une reprise d'une activité professionnelle structurée.

78. Le 8 janvier 2016, la SUVA a indiqué à l'assuré que selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Elle mettait donc fin au paiement des soins médicaux, hormis quatre contrôles annuels, les médicaments antalgiques, quatre séries de neuf séances de physiothérapie et l'orthèse du genou, qu'elle continuait à prendre en charge. L'indemnité journalière allait être allouée jusqu'au 29 février 2016, sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Elle allait examiner si les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> mars 2016 étaient remplies. Outre la rente d'invalidité, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) s'élevant à CHF 16'020.- et qui lui serait versée en mars 2016.
79. Le 3 mars 2016, suite à une demande du Dr AA\_\_\_\_\_, la SUVA a accepté d'étendre sa prise en charge aux consultations nécessaires pour la prescription d'opiacés.
80. Dans un document interne du 2 septembre 2016, la SUVA a recensé, en Suisse romande, 35 postes compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient respectivement à CHF 41'600.-, CHF 77'320.-, et CHF 58'442.-.

La SUVA a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré, soit ceux de mécanicien (employé de gravure) à Collonge-Bellerive, d'employé de garage (téléphoniste / réceptionniste) à Lausanne (VD), de fabricant d'instruments de mesure (montage général / poste de mesure) à Renens (VD), de collaborateur de production (montage et câblage/tt) à Renens (VD) et de visiteur dans l'horlogerie (visiteur) à Châtelaine en 2015. En 2016, le revenu moyen tiré de ces cinq activités était de CHF 61'093.40 (13<sup>ème</sup> salaire compris), ce qui correspondait à CHF 5'091.10 par mois sur douze mois.

81. Le 29 septembre 2016, l'assuré a, à la demande de la SUVA, transmis plusieurs pièces, dont ses fiches de salaires et décomptes d'indemnités journalières pour la période du 29 mai 2006 au 28 mai 2007. Chez son dernier employeur, son gain annuel s'élevait à CHF 71'233.55. Adapté jusqu'en 2012 selon les tables d'évolution de l'indice des salaires nominaux, le gain annuel a été réévalué à CHF 76'495.- par la SUVA.
82. Par décision du 5 octobre 2016, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité, ainsi qu'une IPAI. L'intéressé était en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position assise. Une telle activité lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 61'093.-. Comparé au gain assuré de CHF 76'495.- réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 20.56%, de sorte qu'une rente d'invalidité de 21% était allouée. Outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes

---

réduisaient aussi la capacité de gain. Cependant, lesdits troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'aucune prestation n'était allouée sur cette base.

S'agissant de l'IPAI, l'atteinte de se montant à 15%, elle s'élevait à CHF 16'020.-, soit 15% du gain annuel de CHF 106'800.-.

83. Le 2 novembre 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à cette décision, concluant préalablement à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son opposition et principalement à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'une incapacité de travail dans une activité adaptée d'au moins 60% lui soit reconnue, à ce que le taux d'invalidité soit fixé en conséquence et à ce que le taux de l'IPAI soit revu à la hausse.

Il contestait le fait d'être en mesure d'exercer à plein temps « une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition qu'il puisse travailler en position assise ». Dans un rapport du 30 mai 2014, le Dr AA\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 10% dans un travail sédentaire en position assise avec possibilité de changement de position. Dans son expertise du 13 novembre 2014, le Dr AE\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité de travail de 40% au maximum, dans un travail de bureau qui respectait les limitations fonctionnelles. En outre, il subissait également les séquelles psychologiques de son accident.

Il contestait également les revenus sans et avec invalidité retenus par la SUVA. La décision entreprise n'indiquait pas sur quelles bases le salaire avec invalidité de CHF 68'498.- avait été retenu. Aucune donnée statistique et aucun DPT ne lui avait été communiqué.

S'agissant de l'IPAI, il ressortait des documents médicaux établis par ses médecins traitants que l'atteinte à son intégrité était plus importante que les 15% retenus. Sur le plan orthopédique, il souffrait de gonalgie gauche dans le cadre d'une arthrose fémoro-tibiale interne gauche après déchirure post-traumatique du ménisque interne avec instabilité après rupture des ligaments croisés au genou gauche, qui entraînait une limitation de flexion. Du côté droit, il était atteint de gonalgies droites sévères et de douleurs chroniques de la cuisse et de la jambe droite avec arthrose fémoro-tibiale interne, séquellaires à plusieurs fractures des membres inférieurs droits (notamment fémur, rotule et plateau tibial) lors de l'accident. Il souffrait également d'une tendinobursite trochantérienne droite, d'une épicondylite du coude droit et de lombalgies chroniques liées aux conséquences de l'accident. A cela s'ajoutait les séquelles psychiques liées à l'accident et détaillées par le Dr AG\_\_\_\_\_.

84. Le 9 décembre 2016, l'assuré a complété son opposition.

L'appréciation de la SUVA selon laquelle il serait à même d'exercer « une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition qu'il puisse travailler en position assise » se fondait sur un rapport de 2009. Datant de plus de sept ans et non actualisée, cette appréciation était contestée. D'avril à juillet 2014, il avait effectué

---

un stage auprès des EPI, au terme duquel aucune capacité de travail n'avait pu être retenue. Les Drs AA\_\_\_\_\_ et AE\_\_\_\_\_ avaient fixé une capacité de travail de 40% au plus. Dans un avis du 24 novembre 2014 joint à son envoi, le SMR retenait également une capacité de travail exigible de 40% s'agissant du volet rhumatologique.

Les Drs R\_\_\_\_\_ et AG\_\_\_\_\_ retenaient une atteinte psychique liée à l'accident ainsi qu'aux douleurs et à l'évolution des atteintes sur le plan physique. Au vu de la durée du traitement médical, des douleurs physiques persistantes, des difficultés apparues au cours de la guérison, des complications ainsi que de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, le caractère adéquat du lien de causalité ne pouvait être nié. La SUVA devait par conséquent prendre en compte l'atteinte psychique dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail, laquelle était nulle depuis le 18 mai 2007, en raison de l'accident.

Dans la mesure où il était invalide, aucun montant ne pouvait être retenu au titre de revenu avec invalidité.

Quant à l'IPAI, la SUVA l'avait évaluée en se fondant sur un document datant de 2009 et non conforme à son état de santé actuel. En outre, elle n'avait pas tenu compte de l'atteinte à l'intégrité sur le plan psychique, fixée à 60% selon le rapport du 13 novembre 2013 du Dr R\_\_\_\_\_. Par conséquent, l'IPAI devait être au moins de 60%.

85. Dans un projet de décision du 23 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, basé sur un taux de 100%, dès le 1<sup>er</sup> mars 2008, et un trois-quarts de rente, basé sur un taux de 68%, dès le 1<sup>er</sup> février 2012. La capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 9 mars 2007. Son atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Suite à une amélioration de son état de santé, sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 40% dès novembre 2011. Le stage au sein des EPI n'avait pas modifié les conclusions du SMR. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, le salaire annuel de l'assuré était de CHF 68'964.- en 2007. Réactualisé en 2012, ce revenu était de CHF 73'714.-. Quant au revenu avec invalidité, il était fixé sur la base du tableau TA1, ligne totale, de l'Enquête Suisse sur la Structure des salaires 2010 (ESS), indiquant qu'un homme travaillant dans une activité simple et répétitive pouvait espérer réaliser un salaire annuel de CHF 26'071.- à 40% pour l'année 2012. La perte de gain s'élevait donc à CHF 50'251.- et le degré d'invalidité à 68%, dès novembre 2011.

86. Le 6 février 2017, l'assuré a été examiné par le Dr W\_\_\_\_\_.

Dans le rapport du 20 février 2017 qui a suivi, ce dernier a retenu les diagnostics de status après accident en mai 2007 avec fracture transverse du fémur droit, fracture de la pointe de la rotule droite et fracture longitudinale sagittale de la rotule, de fracture du plateau tibial interne droit, d'arrachement du ligament croisé postérieur du genou gauche et de status après syndrome douloureux régional complexe ou

---

algodystrophie, actuellement guéri. Il a résumé l'évolution du cas d'août 2009 à février 2017, brièvement exposé les plaintes de l'intéressé avant de faire part de ses constatations objectives et de livrer son appréciation du cas.

Il renvoyait à l'évaluation du Dr R\_\_\_\_\_ pour les éléments psychiatriques du dossier. Sur le plan organique, l'intervention chirurgicale avait été réalisée dans les règles de l'art, avec une très bonne correction anatomique, selon l'évaluation radiologique après chirurgie du membre inférieur droit. Malheureusement, l'assuré avait présenté un syndrome douloureux régional complexe qui avait évolué de façon persistante dans les années qui avaient suivi l'accident. Ledit syndrome devait être aujourd'hui considéré comme guéri. Il persistait subjectivement des douleurs localisées au niveau des membres inférieurs droit et gauche. Sur le plan purement objectif, on constatait une diminution de la mobilité (flexion) du genou droit qui semblait définitive. Du côté gauche, la rupture du ligament croisé postérieur était actuellement peu symptomatique. Compte tenu des dernières radiographies du 16 février 2017, l'IPAI de 15% pour le genou droit proposée par le Dr V\_\_\_\_\_ le 18 août 2009 n'avait pas à être modifiée. En faisant totalement abstraction des aspects psychiques (état dépressif et dépendance aux opiacés avec un processus d'invalidation) et de leurs conséquences, une activité en position assise permettant l'alternance debout-assis, sans station debout prolongée et sans marche sur de longues distances en terrain instable et irrégulier, était exigible à 100%. Il convenait de souligner que l'affection psychique avait été prédominante pour l'incapacité de travail dans les années qui avaient suivi l'accident. Compte tenu des liens complexes entre les aspects somatiques et psychiques et de l'absence d'activité professionnelle, la réadaptation était très difficile, voire impossible. La prescription mensuelle de morphiniques devrait faire l'objet d'une évaluation par une équipe spécialisée. A l'heure actuelle, aucun signe d'algodystrophie ne justifiait ces substances. Il y avait probablement une accoutumance liée à l'utilisation chronique de ces médicaments. La physiothérapie ne semblait pas être utile actuellement. Le genou droit avait maintenant une arthrofibrose post-traumatique avec une rotule bloquée probablement de manière définitive. Les risques d'une intervention chirurgicale pour modifier la position rotulienne étaient élevés, avec la possibilité d'une récurrence d'algodystrophie. En plus, il n'était pas certain que cette chirurgie améliore la situation. Il déconseillait ainsi toute nouvelle chirurgie. L'état du genou gauche, sans instabilité résiduelle objective, ne justifiait pas une IPAI à l'heure actuelle. La différence de diamètre entre la cuisse droite et la cuisse gauche de l'assuré n'était pas cohérente avec l'affirmation de ce dernier selon laquelle il ne s'appuyait pas sur son membre inférieur droit. L'utilisation de ce membre au quotidien allait au-delà de ce qui était affirmé.

87. Le 24 février 2017, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2008 et sans limite dans le temps.

88. Le 3 avril 2017, l'assuré a complété son opposition à la décision de la SUVA du 5 octobre 2016. Le rapport du 20 février 2017 du Dr W\_\_\_\_\_ était vicié à plusieurs points de vue. Ce médecin n'avait pas retenu le diagnostic ni même discuté de l'arthrose fémoro-tibiale interne présente à droite et à gauche, pourtant mise en évidence par le Dr AE\_\_\_\_\_. Le Dr W\_\_\_\_\_ affirmait qu'une activité adaptée serait exigible à 100% sans expliquer ce qui lui permettait de se distancer des conclusions du Dr AE\_\_\_\_\_, lequel avait retenu une capacité de travail de 40% au maximum dans une activité adaptée du point de vue somatique. Il n'avait d'ailleurs pas jugé utile de décrire les limitations fonctionnelles. Contrairement à ce que retenait le Dr W\_\_\_\_\_, il convenait de calculer une IPAI pour son genou gauche. Compte tenu de ces éléments, il maintenait être totalement incapable de reprendre une activité lucrative en raison des séquelles de son accident et présenter un taux d'invalidité de 100%, de sorte qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée. S'agissant de l'IPAI, la SUVA ignorait son atteinte au genou gauche ainsi que le taux de 60% relatif aux troubles psychiques mis en évidence par le Dr R\_\_\_\_\_. Il concluait ainsi à ce qu'une IPAI de 80% au minimum lui soit allouée pour l'ensemble de ses atteintes.
89. Par décision sur opposition du 7 avril 2017, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

L'assuré demandait la prise en considération de ses troubles psychiques pour évaluer sa capacité de travail résiduelle. En l'occurrence, la question de savoir si une relation de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident pouvait demeurer ouverte, dans la mesure où la relation de causalité adéquate devait être niée. L'accident du 18 mai 2007 devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne au sens strict, étant admis qu'il avait eu lieu sur un tronçon limité à 50 km/h et que l'automobiliste impliqué avait déclaré qu'il circulait à environ 30 km/h peu avant d'obliquer à gauche pour emprunter une autre rue. Cet événement n'avait pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant, ce d'autant plus que l'assuré ne s'en souvenait plus, à l'exception d'un choc. En outre, la vie de l'intéressé n'avait pas été mise en danger. Les lésions physiques n'étaient pas propres à entraîner des troubles psychiques, à tout le moins pas de manière particulièrement frappante. L'assuré souffrait déjà de troubles psychiques avant l'accident, ce qui n'avait pas facilité le processus de guérison. La composante psychique avait influencé de manière indéniable et négative le processus de guérison, sur le plan des plaintes et de l'incapacité de travail. Le traitement mis en place n'avait été entaché d'aucune erreur médicale et avait permis de parvenir à un status avec consolidation des fractures après une durée qui ne pouvait pas être considérée comme anormalement longue. L'ampleur du traitement n'avait pas été exceptionnellement lourde. Les plaintes et l'incapacité de travail ayant été probablement influencées dans une relative large mesure par les troubles psychiques, la durée de l'incapacité de travail, de même que l'intensité des douleurs physiques persistantes, ne s'étaient pas manifestées de manière marquante. Par conséquent,

c'est à juste titre que le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques avait été nié. La SUVA n'avait donc ni à répondre de la perte de gain, ni à indemniser l'atteinte à l'intégrité sur le plan psychique.

Le Dr W\_\_\_\_\_ avait examiné l'assuré le 6 février 2017. L'intéressé se prévalait d'une capacité de travail partielle oscillant entre 40% et 50%, selon le Dr AE\_\_\_\_\_ et le SMR, tous deux intervenus dans le cadre de la procédure menée par l'OAI. Il était établi que la SUVA n'avait pas à prester pour les troubles psychiques, contrairement à l'OAI. Ainsi, les médecins consultés par ce dernier devaient tenir compte de l'influence non négligeable des troubles psychiques. De plus, la tendinobursite trochantérienne droite, l'épicondylite du coude droit et les lombalgies chroniques n'étaient pas reliées à l'accident, de sorte que le fait que le Dr AE\_\_\_\_\_ en tienne compte ne liait pas la SUVA. Les conclusions du Dr W\_\_\_\_\_ avaient été prises en toute connaissance de cause. Dans la mesure où il n'existait aucun élément médical déterminant permettant de les remettre en question, elles devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Aucune instruction complémentaire n'était par conséquent nécessaire.

Le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base des données salariales issues des DPT et fixé à CHF 61'093.-. Sans l'accident, l'assuré aurait perçu un revenu annuel de CHF 76'909.- (CHF 33.30 x 41 heures/semaine x 52 semaines + 13ème salaire [à 8.33%]). La comparaison entre ces deux revenus faisait apparaître un préjudice économique de 21%, de sorte qu'une rente d'invalidité du même taux était due.

Enfin, s'agissant de l'IPAI, le Dr V\_\_\_\_\_ l'avait fixée à 15% en toute connaissance de cause. Cette appréciation datait de 2009 mais avait été validée par le Dr W\_\_\_\_\_ le 20 février 2017, étant précisé que le genou gauche, sans instabilité résiduelle objective, ne justifiait pas une IPAI. Comme indiqué précédemment, les troubles psychiques n'avaient pas à être pris en charge par la SUVA.

90. Par acte du 22 mai 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision. Il a conclu préalablement à ce que les parties soient entendues, à ce qu'un délai leur soit accordé pour déposer une liste de témoins, à ce qu'une expertise en chirurgie orthopédique soit ordonnée et à ce que les parties soient invitées à proposer des noms d'experts. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 7 avril 2017, à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, avec intérêts à 5% l'an à compter de leur exigibilité, et à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser la somme de CHF 80'100.- avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, sous suite de dépens.

Il contestait être en mesure de déployer une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Du point de vue somatique, il estimait, sur la base des conclusions des Drs T\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, AA\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_, Z\_\_\_\_\_, AE\_\_\_\_\_ et

AF\_\_\_\_\_, du service de réadaptation professionnelle de l'OAI et des EPI, que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne dépassait pas les 40%. L'avis du Dr W\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se voir reconnaître une quelconque valeur probante, dans la mesure où ce dernier n'avait pas décrit ses limitations fonctionnelles ni discuté les évaluations faites par les autres médecins qui avaient eu à connaître du cas.

Sur le plan psychique, il ne faisait pas de doute que les atteintes dont il souffrait présentaient un lien de causalité naturelle avec l'accident. Ce lien avait été établi par le médecin d'arrondissement de l'intimée dès le mois de décembre 2007, puis confirmé en 2008, 2009, 2013 et 2015. S'ajoutaient à cela les rapports de Mme N\_\_\_\_\_, ainsi que ceux du Dr AG\_\_\_\_\_, qui allaient dans le même sens. Le fait qu'il ait été en incapacité de travail au moment de l'accident n'était pas déterminant à cet égard, puisqu'un lien de causalité partiel était suffisant pour admettre le lien de causalité.

S'agissant de la causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident, il contestait la gravité de l'accident retenue par l'intimée. Il estimait que l'événement du 18 mai 2007 devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des cas graves, à la lumière de la casuistique du Tribunal fédéral.

En tout état de cause, même s'il fallait qualifier son accident de gravité moyenne au sens strict, la causalité adéquate devait être admise, dans la mesure où sa situation remplissait six des sept critères retenus par la jurisprudence, et de façon particulièrement marquée, de surcroît. En effet, l'événement du 18 mai 2007 avait présenté un caractère particulièrement impressionnant, en raison du fait qu'il avait été projeté par-dessus la voiture et avait atterri à plusieurs mètres de l'impact. En outre, les circonstances de l'accident avaient été particulièrement dramatiques, dans la mesure où il s'était produit alors qu'il rentrait de l'hôpital, où sa fille aînée se trouvait dans un état critique. Subir un accident et avoir dû être hospitalisé à ce moment-là avaient été particulièrement dramatique. A l'époque, il venait également de devenir père pour la seconde fois. En raison de l'accident, il avait subi un polytraumatisme et devait se déplacer avec des béquilles, de sorte que ses lésions physiques étaient de nature à entraîner des troubles psychiques. La durée de son traitement médical avait été anormalement longue. En effet, l'intimée avait mis plus de neuf ans avant d'admettre que son état était stabilisé et de mettre fin au paiement des indemnités journalières. Le lendemain de l'accident, il avait été opéré du genou droit sous anesthésie générale et était resté hospitalisé onze jours à l'unité de chirurgie orthopédique et 25 jours en rééducation. Il avait été contraint de se déplacer en fauteuil roulant à son retour à domicile, compte tenu des lésions de son genou gauche. Il avait chuté de son fauteuil et avait été reconduit à l'hôpital. Durant les mois suivants, il avait suivi des séances de physiothérapie quasi quotidiennes. L'évolution avait été lente et les douleurs persistantes. En février 2008, il avait été opéré à nouveau pour une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse ce qui avait entraîné une hospitalisation de quatre semaines au total. Un syndrome douloureux

bilatéral était ensuite apparu et avait nécessité un traitement antalgique majeur ayant sérieusement ralenti la guérison. En 2009, il avait séjourné un mois et dix jours à la CRR pour une réadaptation à la marche et une adaptation du traitement antalgique. En 2010, il avait été pris en charge par la consultation de la douleur des HUG. En 2011, une intervention chirurgicale au niveau du genou gauche avait été proposée, puis finalement abandonnée en raison de son état de santé de global et en particulier de sa jambe droite. En 2012, une attelle pour la jambe gauche lui avait été prescrite afin de réduire l'instabilité et la douleur. Durant ces cinq années, les douleurs avaient été insupportables et les séances de physiothérapie nombreuses, soit plusieurs fois par semaine. Depuis l'accident, il souffrait de douleurs physiques persistantes considérables, malgré la forte médication antalgique. Il avait notamment présenté une algodystrophie dès l'été 2008. Sa guérison avait été entravée par une arthro-fibrose du genou droit, traitée par arthrolyse en février 2008, l'algodystrophie précitée et des lombalgies basses mécaniques. Dix ans après l'accident, l'incapacité de travail demeurait totale. Les médecins avaient reconnu unanimement qu'il ne pouvait pas reprendre son activité habituelle de parqueteur. Même sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée était considérablement réduite.

Selon ses médecins traitants et le Dr R\_\_\_\_\_, il était totalement incapable de travailler dans toute activité en raison de ses atteintes psychiques. Cette incapacité se superposait à celle, somatique cette fois, de 50% à 60% retenue par les médecins traitants et les Drs T\_\_\_\_\_ et AE\_\_\_\_\_. Les EPI avaient également retenu l'absence de capacité de travail dans l'économie de marché. Sa perte de gain était donc totale et son taux d'invalidité de 100%.

En ce qui concerne les DPT retenus par l'intimée, aucune des professions sélectionnées n'était compatible avec ses limitations fonctionnelles (temps partiel, port de charges, usage de ses deux mains alors qu'il utilise des béquilles, travail debout ou encore marcher plus de 50 mètres).

S'agissant de l'IPAI, le taux de 15% fixé par l'intimée était contesté. Ce taux ne tenait compte ni de son atteinte au genou gauche, ni de son atteinte psychique. Concernant le genou gauche, les Drs M\_\_\_\_\_, AA\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_, Z\_\_\_\_\_ et AE\_\_\_\_\_ avaient constaté les atteintes au niveau du ligament croisé postérieur et du ménisque interne, ce qui justifiait une IPAI de 15% supplémentaire. Quant à ses atteintes psychiques, le Dr R\_\_\_\_\_ avait confirmé l'existence d'une atteinte durable à l'intégrité d'origine psychique de 60%. Par conséquent, l'intimée devait lui octroyer une IPAI de 90% (15 + 15 + 60), soit un montant de CHF 96'120.- (106'800 x 90%) dont il fallait déduire les CHF 16'020.- déjà perçus.

91. Dans sa réponse du 19 juillet 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

Concernant le degré de gravité de l'accident, le point de vue du recourant était erroné. Les accidents tirés de la casuistique par l'intéressé pour appuyer sa position

différait de l'événement du 18 mai 2007. En effet, les forces en présence étaient considérablement plus faibles que dans le cas d'espèce. Ainsi, un accident de gravité moyenne au sens strict devait être retenu.

Le recourant soutenait qu'un lien de causalité adéquate était établi entre l'accident et ses troubles psychiques, ce qui était contesté. Premièrement, le fait que le recourant n'ait gardé aucun souvenir de l'événement ne permettait pas de considérer les circonstances concomitantes à l'accident comme particulièrement dramatique. De plus, le fait que sa fille aînée ait été hospitalisée au même moment n'y changeait rien, le caractère adéquat de l'accident devant être examiné en excluant les aspects psychiques. L'accident avait provoqué un polytraumatisme des membres inférieurs du recourant. De telles atteintes n'étaient pas propres à mettre en danger sa vie et n'étaient pas de nature à entraîner des troubles psychiques. Hormis des séjours cumulés à l'hôpital de 43 jours et un séjour à la CRR du 8 avril au 19 mai 2009, le traitement du recourant avait consisté en de la physiothérapie et de la prise d'une médication antalgique. Par conséquent, la durée du traitement médical ne pouvait pas être considérée comme particulièrement longue. Quant au degré et à la durée de l'incapacité de travail, si ladite incapacité avait perduré jusqu'à ce jour, c'était principalement en raison de ses atteintes psychiques. Sur la seule base des troubles somatiques, le Dr V\_\_\_\_\_ avait déjà considéré le cas comme stabilisé en 2009 et reconnu une pleine capacité de travail au recourant. Le Dr W\_\_\_\_\_ avait également considéré que la dépression nerveuse avait pu jouer un rôle défavorable pour l'adhésion du patient aux traitements habituellement proposés et qui permettaient une récupération satisfaisante. En outre, la durée de l'incapacité de travail ne se mesurait pas uniquement au regard de l'activité habituelle, mais également en tenant compte d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant avait été traité dans les règles de l'art, selon le Dr W\_\_\_\_\_. Malheureusement, la récupération avait été compliquée par l'apparition d'un syndrome douloureux régional complexe, désormais guéri, et par des problématiques organiques et non-organiques. La dépression nerveuse avait pu jouer un rôle défavorable pour l'adhésion du patient aux traitements habituellement proposés et qui permettaient une récupération satisfaisante. Quant aux douleurs persistantes, le Dr W\_\_\_\_\_ avait considéré qu'il subsistait des douleurs locales. Leur intensité devait être relativisée, dans la mesure où le recourant avait rapidement été atteint par des troubles psychiques et où les médecins traitants ne liaient ces douleurs à aucun substrat organique. D'ailleurs, les Drs E\_\_\_\_\_ et Z\_\_\_\_\_ avaient relevé que le seuil de tolérance à la douleur du recourant était faible. La question de savoir si des complications importantes étaient apparues en cours de guérison et/ou si des douleurs persistantes étaient présentes pouvait rester ouverte, la réalisation de ces deux critères, en l'absence d'une intensité particulière, étant insuffisante pour permettre de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques.

---

S'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations somatiques, elle s'était fondée sur le dernier rapport du Dr W\_\_\_\_\_, lequel devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports des Drs T\_\_\_\_\_, AF\_\_\_\_\_, de l'OAI et des EPI avaient tous été rendus en tenant compte des troubles psychiques, lesquels devaient être ici écartés, faute de lien de causalité adéquate avec l'accident du 18 mai 2007. Quant au Dr AE\_\_\_\_\_, il n'expliquait pas pour quelles raisons il retenait une capacité de travail de 40% dans un travail de bureau et n'excluait pas, sur la base des seules atteintes aux membres inférieurs, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, les Drs M\_\_\_\_\_ et AA\_\_\_\_\_ retenaient des diagnostics identiques, en ce qui concerne les membres inférieurs, à ceux posés par le Dr W\_\_\_\_\_. S'ils retenaient une capacité de travail réduite dans une activité adaptée, ils ne rapportaient pas ces limitations à un substrat organique ou à des observations médicales concluantes. En tous les cas, ces rapports dataient de plus de six ans. Les lombalgies alors diagnostiquées avaient disparu et/ou n'étaient plus symptomatiques selon le Dr W\_\_\_\_\_ et d'accord avec le recourant. Dès lors, c'est à juste titre qu'elle avait considéré le recourant capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Concernant l'IPAI, le recourant ne contestait pas l'IPAI retenue pour son genou droit. Pour le genou gauche, il s'appuyait sur des pièces antérieures à 2015, sans faire référence aux sources permettant de fixer habituellement les IPAI. Ce genou ne manifestait plus d'instabilité résiduelle objective et présentait une mobilité supérieure aux seuils permettant l'octroi d'une IPAI. Enfin, les troubles psychiques n'étant pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, aucune IPAI n'était due de ce chef.

92. Dans sa réplique du 21 septembre 2017, le recourant a maintenu que ses troubles psychiques devaient être pris en compte par l'intimée. Cette dernière ne contestait pas l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et lesdits troubles. S'agissant du lien de causalité adéquate, l'événement du 18 mai 2007 devait être considéré comme moyennement grave, à la limite des cas graves. Le fait que le choc n'ait pas été frontal n'enlevait rien à sa puissance, d'autant que les véhicules n'étaient pas placés perpendiculairement lors de l'impact, mais plutôt de face légèrement de biais. En tout état de cause, même s'il fallait retenir une gravité moyenne au sens strict, le lien de causalité adéquate était donné, compte tenu du nombre de critères jurisprudentiels réalisés. Le fait qu'il ait perdu connaissance lors de l'accident ne suffisait pas à nier son caractère particulièrement impressionnant, celui devant s'apprécier de manière objective. Le fait que son pronostic vital n'ait pas été engagé n'était pas pertinent. Les lésions qu'il avait subies l'avaient empêché de reprendre son activité de parqueteur et contraint à se déplacer avec des béquilles et une chaise roulante dix ans après l'accident. De telles lésions étaient propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, et ce de manière particulièrement marquée, compte tenu du fait qu'une IPAI de 15% lui avait été

---

octroyée pour son genou droit et qu'il souffrait de lésions au genou gauche. La manière dont l'intimée décrivait le traitement médical auquel il avait dû se soumettre était injustement réductrice. La fréquence des séances de physiothérapie avait été particulièrement élevée, étant rappelé que ce traitement se poursuivait encore aujourd'hui. Le traitement médical avait lui aussi été conséquent durant de nombreuses années. La durée anormalement longue de son traitement médical devait donc être retenue, et ce de manière particulièrement marquée. La présence de douleurs persistantes, de même que les difficultés apparues en cours de guérison, pouvaient difficilement être niées. S'agissant de la durée de son incapacité de travail, le fait qu'il ait été en arrêt de travail deux mois avant l'accident n'était pas déterminant. La poursuite de son incapacité de travail était liée, au premier chef, à ses atteintes aux membres inférieurs. Si l'intimée avait réellement estimé qu'il disposait d'une capacité de travail de 100% dans une autre profession dès 2009, elle lui aurait fixé un délai pour reprendre le travail et aurait mis fin au versement des indemnités journalières. Or, elle avait continué à les verser jusqu'au 29 février 2016. Quant au Dr V\_\_\_\_\_, il ne s'était pas prononcé sur le taux de capacité exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Sur le plan purement somatique, le SMR et le Dr AE\_\_\_\_\_ n'avaient pas tenu compte de ses troubles psychiques pour fixer sa capacité de travail dans une activité adaptée à 40%. La lecture du rapport des EPI suffisait pour se convaincre du fait que les seules atteintes somatiques excluaient une activité à plein temps, même légère, en position assise et avec des changements réguliers de positions. Le Dr AA\_\_\_\_\_ avait également établi un rapport en mai 2014 et confirmé, par courriel du 15 mai 2017, que la capacité de travail résiduelle demeurait inchangée. Le Dr W\_\_\_\_\_ n'avait pas fait état des lombalgies, ce qui signifiait qu'elles présentaient un caractère accessoire, par rapport aux atteintes des membres inférieurs. De plus, ce médecin était orthopédiste et non rhumatologue, ce qui pouvait expliquer qu'il ne se soit pas focalisé sur les lombalgies. Du point de vue orthopédique, la situation n'avait quasiment plus connu d'évolution depuis les années 2009 et 2010.

Enfin, le recourant proposait à la chambre de céans de convoquer les Drs AA\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_, afin de leur permettre de confronter leur point de vue, et réitérait sa demande d'audition des parties.

93. Le 20 novembre 2017, une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue par-devant la chambre de céans.

A cette occasion, le recourant a notamment déclaré ne pas avoir de souvenir direct de l'accident. Il se rappelait avoir emprunté la rue en question et avoir ensuite vu des radiographies à l'hôpital. Des témoins lui avaient raconté que suite au choc il avait crié et appelé notamment son ex-femme, car sa fille était à ce moment-là dans le coma à l'hôpital, et s'était ensuite évanoui.

Il avait été opéré le 18 mai 2007, puis huit mois plus tard. Il avait alors développé une algoneurodystrophie qui avait engendré d'énormes douleurs. Il avait également des douleurs à la jambe gauche qui avait été touchée lors de l'accident, mais les médecins ne s'en étaient rendus compte que deux mois plus tard lorsqu'ils avaient tenté de le mettre debout. Il avait des douleurs quotidiennes, avec des moments où elles étaient plus intensives.

Son état était stabilisé et il devait se déplacer en permanence avec des cannes. Un médecin l'avait informé qu'il aurait des douleurs à vie, sans nouvelle intervention. Toutefois des spécialistes aux HUG lui avaient déconseillé l'opération, en raison de l'algoneurodystrophie. Parfois il devait se déplacer en chaise roulante car la marche avec des cannes était limitée.

Il avait essayé de se réinsérer en faisant de gros efforts aux EPI, mais il avait été constaté qu'il ne pouvait plus travailler. Il était également très fatigué psychologiquement, en raison des douleurs. Ses journées étaient une bataille contre la douleur. Il s'isolait souvent pour éviter que son humeur ne déteigne sur sa famille mais c'était actuellement très difficile. Sa femme s'occupait de tout ce qui concernait la maison.

Sa fille avait pu reprendre une vie normale après son coma. Elle avait encore des troubles de la mémoire immédiate mais elle suivait un apprentissage. Elle était partie de la maison. A l'époque la maladie de sa fille exigeait une présence 24h / 24h des parents à l'hôpital. C'était pour cette raison qu'il avait été mis en arrêt de travail. Il s'agissait d'une maladie rare, une bactérie présente dans le sang qui entraînait un dysfonctionnement dans le cerveau. Sa fille avait été hospitalisée jusqu'en septembre 2007 puis encore deux mois à Claire Bois et était ensuite rentrée à la maison.

Il était en traitement de physiothérapie une fois par semaine et prenait régulièrement des médicaments contre la douleur. Il avait également des problèmes de sommeil. Il était aussi suivi une fois par semaine par Mme N\_\_\_\_\_.

L'entretien avec le Dr W\_\_\_\_\_ avait été assez rapide, soit 35 minutes pour l'examen et la discussion. L'entretien avec le Dr R\_\_\_\_\_ avait duré plus longtemps.

Il avait aussi des douleurs au dos, aux épaules, aux bras et aux mains, probablement dues à l'utilisation des béquilles depuis dix ans.

L'intimée a relevé que selon le rapport du Dr Z\_\_\_\_\_ du 17 août 2011, le recourant avait renoncé à une intervention sur le genou gauche car il ne souhaitait pas se retrouver en chaise roulante pendant plusieurs semaines. Le recourant a contesté cette remarque, relevant qu'il aurait accepté toute opération, mais que les médecins s'y étaient opposés. D'ailleurs il était déjà très régulièrement en chaise roulante.

---

L'intimée a souligné que selon le Dr J\_\_\_\_\_, le recourant présentait un état dépressif au moment de l'accident en raison de la maladie de sa fille, ce à quoi l'intéressé a répondu qu'à cette époque, il était inquiet pour sa fille, mais en aucun cas dans un état dépressif, comme c'était le cas actuellement.

L'intimée a expliqué avoir considéré que le cas n'était pas particulièrement long, dans la mesure où il était déjà stabilisé en 2011. Toutefois, à cette époque, elle avait décidé de demander un bilan aux HUG concernant le traitement de la douleur ce qui expliquait que le calcul de la rente n'avait été effectué qu'en 2016. Par ailleurs, le recourant, outre trois opérations, avait suivi un traitement de physiothérapie qui n'était pas considéré comme un traitement médical et avait également été traité du point de vue psychiatrique, soit pour une affection non prise en charge. L'intéressé a précisé avoir été opéré à deux reprises et avait porté une orthèse en carbone à la jambe gauche, prescrite par le Dr Z\_\_\_\_\_ pour éviter de subir une opération. Par la suite, il avait dû changer d'orthèse en raison d'une perte de poids de 27 kilogrammes en huit mois il y a trois ans. Il attribuait sa perte de poids à un changement d'antidépresseur.

A l'issue de l'audience, le conseil de l'intéressé a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en chirurgie orthopédique et, éventuellement, au préalable, d'une confrontation entre les Drs W\_\_\_\_\_ et AA\_\_\_\_\_, étant précisé que le dossier comprenait assez d'éléments médicaux pour accorder au recourant le plein de ses conclusions. L'intimée a insisté sur le fait que le rapport du Dr AA\_\_\_\_\_ était ancien et donc plus pertinent, de sorte qu'il devait être écarté au profit de celui du Dr W\_\_\_\_\_. Elle refusait toute autre mesure d'instruction. Enfin, le recourant a ajouté qu'il voyait le Dr AA\_\_\_\_\_ quatre fois par année, car cela correspondait à la prise en charge qui lui était accordée. Jusqu'en 2016, il voyait ce médecin chaque mois.

94. Par courriers du 9 janvier 2018, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle envisageait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et leur a imparti un délai pour lui présenter des noms d'experts et se prononcer sur un projet de mission d'expertise.
95. Le 30 janvier 2018, la SUVA a proposé le docteur AH\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie, et a requis une modification des questions 7 et 15, ainsi que l'ajout d'une question supplémentaire.
96. Le 1<sup>er</sup> février 2018, le recourant a proposé le docteur AI\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le 8 février 2018 il a suggéré une modification de la question 7 si la proposition de la SUVA était suivie.
97. Le 23 février 2018, la chambre de céans a imparti un délai à la SUVA pour se prononcer sur une éventuelle récusation du Dr AI\_\_\_\_\_.
98. Le 6 mars 2018, la SUVA a indiqué qu'elle n'avait aucun motif de récusation à faire valoir.

99. Par ordonnance du 9 mars 2018, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire orthopédique au Dr AI\_\_\_\_\_.
100. Le 25 janvier 2019, le Dr AI\_\_\_\_\_ a renoncé à effectuer l'expertise, en raison d'une activité clinique importante.
101. Le 11 février 2019, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle avait l'intention de confier l'expertise orthopédique au docteur AJ\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.
102. Le 15 février 2019, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre du Dr AJ\_\_\_\_\_.
103. Le 22 février 2019, l'intimée a considéré qu'il était plus opportun de confier l'expertise à un médecin spécialiste du genou ; le Dr AJ\_\_\_\_\_ semblait s'être spécialisé dans la chirurgie de l'épaule, de sorte qu'elle s'opposait à sa désignation et proposait de nommer le docteur AK\_\_\_\_\_.
104. Le recourant a indiqué qu'il préférerait que soit désigné le Dr AK\_\_\_\_\_ ou la doctoresse AL\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur.
105. Le 14 mars 2019, la chambre de céans a communiqué aux parties un courriel du 12 mars 2019 et une note de greffe du 1<sup>er</sup> mars 2019 selon lesquels les Drs AL\_\_\_\_\_ et AK\_\_\_\_\_ ne réalisaient, en l'état, pas d'expertise.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions

---

transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, en particulier sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sur l'existence ou non d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 18 mai 2007 et ses troubles psychiques, et sur le taux de l'IPAI.
6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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.

8. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés. a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69).
9. En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).
10. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et

---

ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

11. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

- b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à

---

l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

12. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588).

En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4).

13. a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas

---

où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

b. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînant « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

14. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

La jurisprudence a reconnu la légalité de cette disposition réglementaire, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également

---

attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

16. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125

---

V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

17. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
18. a. En l'espèce, l'intimée considère que le recourant est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, du point de vue somatique. Pour parvenir à cette conclusion, elle se fonde principalement sur le rapport du 20 février 2017 du Dr W\_\_\_\_\_.

Quant au recourant, il conteste cette appréciation, estimant que sa capacité de travail, sur le plan orthopédique, oscille entre 40% et 50%, ce qui ressort des rapports des Drs T\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, AA\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_, Z\_\_\_\_\_, AE\_\_\_\_\_ et AF\_\_\_\_\_, du service de réadaptation de l'OAI et des EPI.

b. S'agissant du rapport du 20 février 2017 du Dr W\_\_\_\_\_, il contient un résumé de l'évolution du cas d'août 2009 à février 2017, un bref résumé des plaintes du recourant, un exposé de ses constatations objectives, les diagnostics retenus et l'appréciation du cas. Cela étant, force est de constater que ce rapport ne contient pas de résumé du dossier antérieur au rapport du Dr V\_\_\_\_\_ du 18 août 2009, ni d'anamnèse du recourant à proprement parler, à l'exception d'un rappel succinct de quelques éléments anamnestiques dans le chapitre intitulé « déclarations de l'assuré ». En outre, le Dr W\_\_\_\_\_ n'a pas exposé les plaintes du recourant, se contentant de relever qu'il refusait l'appui sur son membre inférieur droit en raison d'une douleur importante et qu'il utilisait ledit membre comme « un bout de bois ». Le Dr W\_\_\_\_\_ a repris les limitations fonctionnelles et l'IPAI retenues en 2009 par le Dr V\_\_\_\_\_, sans fournir la moindre explication. Malgré le fait qu'il retienne une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce qui s'écarte notablement des conclusions de plusieurs médecins, et des EPI, le Dr W\_\_\_\_\_ ne motive pas sa position, ni ne discute les avis contraires émis par ses confrères, en particulier les Drs AE\_\_\_\_\_ et AA\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 15 février 2011, le Dr AA\_\_\_\_\_ a notamment relevé que le recourant présentait des lombalgies basses. Dans son rapport du 30 mai 2014, ce même médecin a considéré que le périmètre de marche de l'intéressé était limité à 200 mètres, en raison des douleurs aux poignets et aux épaules, dues à l'utilisation

---

des béquilles depuis plusieurs années. Dans un bilan du 3 juillet 2014, les EPI ont constaté que le rendement du recourant (50%) n'était pas exploitable, en raison du fait qu'il n'était pas en mesure, compte tenu de ses limitations, de se déplacer, de porter de petites charges ou de se mouvoir avec aisance pour accomplir, de manière autonome, les tâches inhérentes aux activités de montage de pièces mécaniques légères et de conditionnement simple. Enfin, dans son rapport du 13 novembre 2014, le Dr AE\_\_\_\_\_ a notamment retenu les diagnostics de tendinobursite trochantérienne droite, d'épicondylite du coude droit et de lombalgies chroniques, avec des douleurs des trapèzes et de la musculature paracervicale, secondaire à des surcharges fonctionnelles. Malgré la mise en évidence de ces éléments objectifs, le Dr W\_\_\_\_\_ n'a pas abordé ces problématiques en profondeur. A la lecture de son rapports, il apparaît qu'il s'est manifestement focalisé sur l'examen des membres inférieurs du recourant. Tout au plus a-t-il indiqué avoir procédé à un examen « succinct » des membres supérieurs et de la colonne vertébrale, laquelle ne montrait pas d'anomalie pouvant être imputée à l'accident, l'intéressé étant d'accord avec cette affirmation. Compte tenu des éléments objectifs précités, cela n'est toutefois pas suffisant.

En raison des lacunes dans la structure du rapport, du défaut de motivation et de l'absence de discussion des éléments objectifs concordants soulevés par les Dr AA\_\_\_\_\_ et AE\_\_\_\_\_ et par les EPI, ni le rapport, ni les conclusions du Dr W\_\_\_\_\_ ne peuvent se voir reconnaître une valeur probante.

c. Quant aux différents rapports des Drs T\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, AA\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_, Z\_\_\_\_\_, AE\_\_\_\_\_ et AF\_\_\_\_\_, ils ont été établis fin 2014 au plus tard, soit plus d'une année avant que l'intimée ne mette fin au versement des indemnités journalières. Les conclusions de ces médecins, même si elles vont clairement dans le même sens, varient en ce qui concerne les diagnostics retenus, les limitations fonctionnelles présentées et la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée auxdites limitations, quand cette question est abordée. De plus, selon le rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du 20 février 2017, il semblerait que le genou gauche de l'intéressé soit aujourd'hui sans instabilité résiduelle objective, ce qui serait de nature à modifier l'appréciation du cas, tant sous l'angle des limitations fonctionnelles, que de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations ou encore du taux de l'IPAI devant être retenu.

Compte tenu de ces éléments, il apparaît que la décision entreprise repose, sous l'angle orthopédique, sur une instruction insuffisante pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

Partant, une expertise orthopédique est nécessaire.

Précisons enfin que les griefs du recourant concernant le revenu d'invalidé, le lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident du 18 mai 2007 et le taux de

l'IPAI seront tranchés ultérieurement, notamment à la lumière des conclusions de l'expertise ordonnée ce jour.

19. L'intimée a requis la suppression, à la question 7, de la référence à un degré de probabilité. À cet égard, la chambre de céans constate que l'intimée ne démontre pas en quoi la notion de probabilité de plus de 50% ne correspondrait pas à la définition jurisprudentielle de la vraisemblance prépondérante, laquelle suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176). Dans ce sens, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de suivre les conclusions d'une expertise qui s'appuyait sur la notion de « vraisemblance prépondérante (> 50 %) » (ATF du 1<sup>er</sup> mai 2017 8C\_453/2016); par ailleurs, selon les lignes directrices pour l'expertise orthopédique (Swiss orthopaedics) de février 2017, « pour être reconnu par l'assurance sociale, un état de fait (par exemple l'imputabilité d'un trouble à un accident) doit être établi au moins avec une vraisemblance prépondérante. Une supposition ou une simple possibilité ne suffisent pas.

- possibilité : vraisemblance inférieure à 50 %
- vraisemblance prépondérante : (nettement) supérieure à 50 %
- vraisemblance proche de la certitude : presque 100 % » (www.swissorthopaedics.ch)

La notion de probabilité de plus de 50 % sera en conséquence maintenue dans la présente mission d'expertise.

La question 7 sera modifiée dans ce sens.

La question relative au rendement sera ajoutée à la question 15.

La question 26 proposée par l'intimée sera intégrée sous la question 6b.

20. L'intimée estime qu'un expert spécialisé dans le domaine du genou doit être désigné en lieu et place du Dr AJ\_\_\_\_\_. Cet argument n'est toutefois pas pertinent, le Dr AJ\_\_\_\_\_ disposant d'une spécialisation en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, amplement suffisante pour lui permettre d'analyser la problématique orthopédique du recourant, laquelle est d'ailleurs, selon les éléments du dossier, plus large qu'une seule atteinte aux genoux. Par ailleurs, le secrétariat du Dr AJ\_\_\_\_\_ a précisé le 26 février 2019 que celui-ci s'occupait principalement de problèmes d'épaules et de genoux. Enfin, les médecins proposés par les parties ne souhaitent pas procéder à une expertise.
21. Partant, une expertise orthopédique sera confiée au docteur AJ\_\_\_\_\_, spécialiste FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à éCarouge.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Préparatoirement :**

1. Ordonne une expertise orthopédique du recourant et la confie au docteur AJ\_\_\_\_\_, spécialiste FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à Carouge.
2. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité ou examiné le recourant, notamment les Drs T\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, AA\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_, Z\_\_\_\_\_, AE\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_.
  - c. Examiner personnellement le recourant.
  - d. Si nécessaire ordonner d'autres examens.
  - e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
    1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas (anamnèse professionnelle et sociale - évolution et résultat des thérapies) ?
    2. Quelles sont les plaintes du recourant ?
    3. Quel est le status clinique ?
    4. Quels sont les diagnostics ?

Depuis quand sont-ils présents et comment ont-ils évolué ?

Lesquels de ces diagnostics ont-ils une répercussion sur la capacité de travail ?
    5. Les atteintes à la santé sont-elles objectivables ?
    6. a. Existe-t-il une discordance entre les plaintes du recourant et les constatations objectives ?

Si oui, veuillez l'expliquer.
    - b. Existe-t-il des signes chez le recourant de sous-utilisation de son membre inférieur droit ?

7. L'accident du 18 mai 2007 est-il, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit un degré de probabilité de plus de 50 % dû à l'accident), la cause de chacune des atteintes à la santé du recourant ?

Plus précisément, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident-ils pour l'existence d'une telle relation de causalité ? Le cas échéant, d'autres possibilités revêtent-elles une importance significative ou entrent-elles raisonnablement en considération ?

Veillez motiver le lien de causalité naturelle pour chaque diagnostic posé, étant précisé que le lien de causalité : est seulement possible (si la probabilité est de moins de 50% dû à l'accident), probable (si la probabilité est de plus de 50% dû à l'accident) ou certain (si la probabilité est de 100% dû à l'accident) ?

8. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 18 mai 2007 (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) qui ont contribué, avec ledit accident en question, à la survenance de l'atteinte, respectivement des atteintes à la santé du recourant ?

Pour chaque atteinte, quel rôle ont joué les causes étrangères à l'accident ? Ce rôle s'est-il modifié au cours de l'évolution de l'état de santé du recourant ?

9. L'accident du 18 mai 2007 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ? Veuillez motiver.

10. Quels ont été les traitements prodigués ?

10.1 Ceux-ci ont-ils été d'une durée anormalement longue ?

10.2 Des erreurs dans le traitement médical se sont-elles produites, avec comme conséquence une aggravation notable des séquelles ?

10.3 Les traitements sont-ils terminés ? Si non, quels traitements sont encore nécessaires ?

11. Peut-on attendre de la poursuite d'un traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant ?

Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant (état final atteint) ?

Quelles atteintes restent imputables à l'accident depuis la stabilisation de l'état de santé de l'assuré ?

12. Quelles sont les limitations fonctionnelles (mouvements, activités ou astreintes qui ne peuvent plus être exécutés par le recourant) liées à chaque diagnostic retenu, puis globalement, puis au regard des seuls diagnostics en relation de causalité avec l'accident ?

13. Les diagnostics retenus entraînent-ils une incapacité de travail durable ?
14. Quelle est la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et son évolution dans le temps depuis le 18 mai 2007, en pourcent, en distinguant les diagnostics retenus (en lien de causalité ou non avec l'accident) ?
- Y-a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure et en raison de quelles atteintes ?
15. Une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles occasionnées par l'accident du 18 mai 2007 est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ?
- Si oui, à quel taux et depuis quand ?
- Le recourant présente-t-il une diminution de rendement dans une telle activité adaptée ?
- Le taux a-t-il évolué ?
- Si oui, comment et quand ?
- Veillez donner une description précise des activités adaptées.
16. Quel est le pronostic ?
17. Quel est le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due en raison des atteintes somatiques provoquées par l'accident ?
18. Une aggravation de l'atteinte à l'intégrité est-elle prévisible ?
- Si oui, veuillez la quantifier.
19. Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr W \_\_\_\_\_ du 20 février 2017 et pourquoi ?
- En particulier avec les constatations objectives relatives au genou gauche, l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ?
- Si non, pourquoi ?
20. Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du Dr AE \_\_\_\_\_ du 13 novembre 2014 et pourquoi ?
- En particulier avec les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus, et l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations ?
- Si non, pourquoi ?
21. Êtes-vous d'accord avec le bilan intermédiaire du 3 juillet 2014 et le rapport final du 21 août 2014 des EPI et pourquoi ?

En particulier avec les affirmations selon lesquelles le rendement observé était inexploitable et le recourant ne pourrait pas intégrer le marché ordinaire dans une activité même simple légère et répétitive ?

Si non, pourquoi ?

22. Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr AA\_\_\_\_\_ des 15 février 2011 et 30 mai 2014 et pourquoi ?

En particulier avec les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus, et l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations ?

Si non, pourquoi ?

23. Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 20 août 2010 et pourquoi ?

En particulier avec la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Si non, pourquoi ?

24. Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ?

Atteignent-elles une intensité particulière ?

Si oui, depuis quand ? Y a-t-il eu des variations ?

Ces douleurs doivent-elles être rattachées à un substrat organique permettant d'expliquer objectivement l'importance des plaintes ?

25. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles actuellement envisageables ?

3. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
4. Invite l'expert(e) à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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