RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2203/2017 **ATAS/1211/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 novembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____ [GE], comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1969, a été engagé le 1er février 2007 en qualité de parqueteur par B_____ SA (ci-après l'employeur). A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Suva ou l'intimée).

2. Dans un rapport du 17 avril 2007, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif dans le cadre de l'encéphalite grave de sa fille de huit ans. Son incapacité de travail était nulle depuis le 9 mars 2007.

3. Le 18 mai 2007, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Il a subi plusieurs fractures et a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Selon le rapport de police du 19 mai 2007, le scooter de l'assuré a été percuté sur une route secondaire par une voiture venant en sens inverse et obliquant à gauche, à une vitesse de 50 km/h au plus, le conducteur alléguant pour sa part avoir roulé à une vitesse de 30 km/h. La voiture a été fortement endommagée au niveau de l'avant droit et du pare-chocs avant gauche, et le scooter a été mis hors d'usage. Les vêtements et le casque de l'assuré ont été endommagés. L'assuré ne se souvenait pas de l'accident, à l'exception du choc à l'avant de son scooter. Selon un témoin, il avait été projeté à plusieurs mètres de l'impact par le choc. Les policiers n'ont constaté aucune trace de freinage.

4. Dans un compte-rendu opératoire du 4 juin 2007, les docteurs D_____, E_____ et F_____, médecins au Service de chirurgie orthopédique 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 avait subi une intervention chirurgicale le 19 mai 2007, consistant en un enclouage centromédullaire rétrograde 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.

5. Une IRM du genou gauche réalisée le 4 juillet 2007 a révélé une fracture-arrachement au niveau de l'intersection distale du ligament croisé postérieur. La lésion de la corne postérieure du ménisque interne était de grade III. Un épanchement articulaire contenait des fragments graisseux.

6. Dans un rapport du 5 juillet 2007 à l'attention de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a retenu le diagnostic motivant l'incapacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), 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. La fille de l'assuré, âgée de huit ans, avait été hospitalisée dès le 9 mars 2007

en raison d'une encéphalite limbique virale. Cette situation était à l'origine du trouble psychique de l'assuré, qui présentait une symptomatologie dépressive. Sur le plan strictement psychiatrique, seule une incapacité de travail de 50 % était justifiée. 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 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.

7. Dans un rapport du 12 juillet 2007, les doctoresses H_____ et I_____, médecins au Service de rééducation des HUG, ont confirmé les diagnostics posés le 4 juin 2007, auquel s'ajoutait celui d'entorse grave du genou gauche avec fracture arrachement de l'insertion distale du ligament croisé postérieur et lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. L'assuré avait séjourné au sein de leur service jusqu'au 21 juin 2007 pour une rééducation à la marche. A sa sortie, il 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, avec une mobilité très réduite. Un traitement médicamenteux et un soutien psychologique avaient été introduits durant le séjour. A la sortie, sa capacité de travail était nulle. Il poursuivrait la physiothérapie en piscine trois fois par semaine et à domicile deux fois par semaine.

8. 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).

9. Dans un rapport du 6 novembre 2007, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a repris les diagnostics posés le 12 juillet 2007 par les Dresses H_____ et I_____. 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 étaient constatés. Au niveau du genou gauche, un tiroir postérieur démontrait la rupture du ligament croisé postérieur et des signes de souffrance méniscale interne étaient présents.

10. Dans un courrier du 22 novembre 2007 adressé à la Suva, Madame K_____, psychologue, a indiqué que l'assuré lui avait été adressé le 19 juillet 2007 par le Dr C_____. Les évaluations standardisées et les entretiens cliniques révélaient une dépression sévère et un état anxieux très sévère, ainsi qu'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 son accident. La psychothérapie 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.

11. Dans un avis du 17 décembre 2007, un médecin d'arrondissement de la Suva a renvoyé au courrier de Mme K_____ s'agissant des troubles psychiques présentés par l'assuré. Sans la survenance de l'accident, qui avait joué un rôle amplificateur, ces troubles ne se seraient pas développés de la même manière.

12. 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.

13. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie 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 1er mars 2008, du point de vue de la maladie psychique.

14. L'assuré a été hospitalisé aux HUG du 27 février au 4 mars 2008 pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit, une arthrolyse étendue du genou droit et un renforcement du tendon rotulien par une vis corticale. Les médecins ont retenu les diagnostics de status post-fracture diaphysaire du fémur droit, de la rotule 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. Malgré une physiothérapie bien menée et un traitement antalgique efficace, il avait mis plusieurs mois avant de se verticaliser et de reprendre une marche avec deux cannes anglaises. 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 opératoires étaient marquées par des douleurs décrites comme insupportables dans le genou, dans la cuisse et à la face antérieure de la jambe. Un bloc fémoral avait été réalisé pour permettre un début de rééducation.

15. Le 18 avril 2008, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré en 2008 aurait été de CHF 30.- par heure, auquel s'ajoutaient des indemnités de 10.64 % pour les vacances et de 8.33 % pour le 13ème salaire. La durée de travail était de 41 heures hebdomadaires.

Par la suite, l'employeur a indiqué le salaire horaire de l'assuré serait passé à CHF 32.- en 2009 et CHF 32.50 en 2010, puis à CHF 33.- de 2011 à 2014.

16. Dans un rapport du 18 avril 2008, les doctoresses H_____ et L_____, médecins au Service de réadaptation des HUG, où l'assuré a séjourné du 4 au 26 mars 2008, ont retenu les diagnostics d'arthrofibrose post-traumatique du genou droit, traitée

par arthrolyse étendue du genou droit et renforcement du tendon rotulien par une vis corticale et une ancre, et d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit. La prise en charge avait visé la rééducation à la marche, la fonction du genou droit et l'antalgie. La flexion restait très difficile et douloureuse. Actuellement, l'assuré était autonome à la marche et dans les escaliers avec deux cannes anglaises, et ses douleurs avaient diminué de manière importante à la fin du séjour. Sa capacité de travail et son aptitude à la conduite étaient nulles lors de sa sortie.

17. Le 17 juin 2008, l'assuré a été examiné par le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva. Selon ce médecin, l'évolution 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 restait totale.

18. Le 3 septembre 2008, l'assuré a été examiné par le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la Suva.

Dans son rapport du 10 septembre suivant, le Dr N_____ a résumé le dossier, exposé l'anamnèse de l'assuré et ses plaintes, et fait état de ses constatations 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'assuré avait été victime d'un accident de la circulation un an auparavant. L'évolution orthopédique avait été défavorable. Sur le plan psychiatrique, elle 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 G_____. 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, avec un pronostic positif. L'évolution restait négative, puisqu'après dix mois de soins, l'assuré restait symptomatique sur les plans dépressif et anxieux. Il y avait également une symptomatologie psychosomatique importante, avec des douleurs et des manifestations physiques touchant l'ensemble du corps. Il lui paraissait difficile de remobiliser l'assuré, dont la vie était centrée autour de sa problématique physique, et qui avait déjà adopté un mode de vie réduit. Il n'envisageait pas de réadaptation professionnelle et n'arrivait plus à se projeter dans l'avenir. La problématique psychique devait être considérée comme un facteur aggravant, mais pas suffisamment important pour justifier une atteinte à l'intégrité ou une incapacité de gain. Par contre, il était à craindre que l'évolution psychique soit négative, avec une majoration de la symptomatologie et une invalidation progressive, malgré les traitements entrepris qui, au bout d'un certain temps, ne feraient que la renforcer. Une hospitalisation à la Clinique P_____ était souhaitable pour tenter de débloquer la situation.

19. Dans un rapport du 6 novembre 2008, la Dresse J_____ a retenu les diagnostics d'arthrofibrose post-traumatique du genou droit et d'algodystrophie du genou droit. 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 (CRPS). Malgré tout, les amplitudes articulaires restaient relativement satisfaisantes, grâce à un traitement de physiothérapie relativement intensif. 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.

20. Dans un rapport du 11 décembre 2008, Mme K_____ 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, due à la douleur constante et à l'état dépressif.

21. L'assuré a été hospitalisé au sein de la Clinique P_____ du 8 avril au 19 mai 2009.

Dans leur rapport du 18 juin 2009, les docteurs O_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et Q_____, médecin assistante, ont retenu le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, et les diagnostics secondaires suivants : fracture diaphysaire du fémur droit, fracture comminutive de la rotule droite et fracture du plateau tibial interne avec arrachement du massif des épines du genou droit, enclouage centro-médullaire rétrograde du fémur droit, ostéosynthèse par plaque en L du plateau tibial interne droit, ostéo-suture du massif des épines, rupture du ligament croisé postérieur gauche, contusion du genou droit et de la hanche droite suite à une chute de sa chaise roulante le 26 juin 2007, arthrolyse étendue du genou droit pour une arthrofibrose post-traumatique du genou et renforcement des tendons rotuliens par une vis corticale et une ancre, ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit, algodystrophie du genou droit et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

La prise en charge n'avait pas amené de nette diminution des douleurs ni de progression fonctionnelle significative. Une arthrodèse était proposée contre les douleurs, mais elle ne paraissait pas envisageable pour le moment au vu de l'état psychologique de l'assuré. 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 du médecin traitant. Les médecins recommandaient la poursuite de la physiothérapie.

Une scintigraphie et un consilium psychiatrique ont été réalisés lors de ce séjour.

22. Dans un rapport du 13 août 2009, Mme K_____ a indiqué à la Suva que l'assuré avait été déçu par son séjour à la Clinique P_____ 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 demeurait nécessaire pour éviter un effondrement complet.

23. Le 18 août 2009, l'assuré a été examiné par le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva.

Dans son rapport du même jour, le Dr R_____ a résumé le dossier, rapporté les déclarations de l'assuré et consigné ses constatations. Deux ans et trois mois après l'accident et les atteintes physiques causées, l'évolution était stationnaire, voire défavorable. En outre, l'assuré avait présenté un état de stress post-traumatique. Après son séjour à la Clinique P_____, 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 parqueteur et qu'une réinsertion professionnelle s'imposait. Celle-ci était conditionnée par les éventuels 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 stabilisée malgré tout. Un dommage permanent demeurait. L'assuré 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, la physiothérapie (d'abord six séances par mois pendant un an, puis cinq à dix séances tous les trois mois) et quatre consultations orthopédiques 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 de petites marches. En aucun cas il ne pouvait travailler debout, couvrir de longues distances ou travailler sur un terrain instable ou irrégulier. Un bilan chez le Dr N_____ était proposé.

Dans un document annexe, le Dr R_____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15 %, par analogie avec les 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. Dans les antécédents, le Dr R_____ a noté outre la fracture du fémur droit et du plateau tibial interne droit un arrachement du ligament croisé postérieur gauche.

24. Dans un rapport du 16 septembre 2009, le Dr N_____, après avoir résumé le dossier et relaté les plaintes de l'assuré, a retenu les diagnostics de dysthymie et d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique. La situation n'avait guère évolué sur le plan symptomatique depuis son dernier examen. L'état dépressif chronique depuis deux ans 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. A la partie dépressive chronique s'ajoutaient des aggravations de la thymie. Avec une symptomatologie aussi importante, la question d'une hospitalisation se posait. La médication pouvait être adaptée. La problématique psychique était clairement secondaire à l'évolution orthopédique négative et à la persistance de douleurs chroniques. Au vu de cette évolution, on pouvait penser qu'une partie de la symptomatologie psychique allait résister et devenir chronique. Une guérison ou une évolution favorable sur le plan somatique était plus qu'improbable en raison de la persistance du syndrome douloureux chronique. Une atteinte à l'intégrité psychique était prévisible.

25. Dans le cadre d'une mesure de surveillance, un détective a établi un rapport le 31 mars 2010. Durant cette période, l'assuré s'était déplacé au volant de véhicules automatiques. Il marchait constamment à l'aide de deux béquilles. Rien ne permettait d'établir qu'il avait une activité professionnelle. Lors de l'observation, il s'était rendu dans des établissements hospitaliers, ainsi que dans une carrosserie.

26. Dans un rapport du 20 août 2010, le Dr O_____ s'est déterminé sur le rapport de surveillance.

La démarche de l'assuré, 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 Clinique P_____ était compatible avec la conduite d'une voiture automatique. Ses limitations fonctionnelles étaient toujours incompatibles avec une activité de parqueteur. En revanche, sur la base des images de surveillance, on pouvait estimer que l'assuré présentait une capacité de travail dans une activité adaptée, soit un travail à l'établi avec les membres supérieurs, en position assise haute et sans déplacement ni port de charges de plus de 6 à 8 kg. L'assuré 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 justifiaient cependant une limitation de la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée depuis mars 2010, soit la date des images du détective. Les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec des professions telles que celle de gardien de parking.

27. Dans un rapport du 11 décembre 2010, Mme K_____ a relevé que la perspective d'une prise en charge par le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG avait permis à l'assuré de s'accrocher à un nouvel espoir. Cette prise en charge avait maintenant commencé. Sur le plan psycho-émotionnel, l'assuré n'allait pas bien. Les douleurs étaient persistantes et quotidiennes. Sa résistance continuait de s'amenuiser. Les éléments du dernier rapport du 13 août 2009 restaient valables. Un accompagnement restait absolument nécessaire pour éviter un complet effondrement.

28. 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 S_____, spécialiste FMH en

chirurgie orthopédique. 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. L'assuré souhaitait bénéficier de cette opération, sous réserve de sa prise en charge par la Suva.

29. Le 27 mai 2011, le docteur T_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont l'opinion avait été sollicitée par le docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a adressé l'assuré au docteur V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour un avis. Il lui a indiqué qu'il pensait que l'assuré devrait bénéficier d'une prise en charge spécialisée, avec reconstruction éventuelle du ligament croisé postérieur 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 pour une remise en charge progressive. Il n'était pas convaincu qu'une grande libération selon Judet soit indiquée.

30. Lors d'un entretien avec la Suva le 13 juillet 2011, l'assuré a notamment déclaré que son état semblait s'aggraver. Il lui était de plus en plus difficile de se déplacer 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. Son médecin traitant, le docteur W_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, avait estimé que la physiothérapie ne servait plus à rien. Il poursuivait cependant les exercices de rééducation 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 K_____, ce qui l'aidait. Malgré les opérations subies et toute la rééducation, il ne voyait aucune amélioration.

31. Dans un rapport du 17 août 2011, le Dr V_____ 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 gauche de stade II à III, de laxité latérale externe gauche de grade II, de laxité gauche postéro-externe de grade III, 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 stabiliser le genou gauche, siège d'une laxité complexe 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 durant près de deux mois. Actuellement, l'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit ne permettait pas d'envisager une telle intervention. 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 des douleurs. Le Dr V_____ 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. En l'état, il ne pouvait recommander aucune intervention. Il suggérait au Dr W_____ 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'assuré à se remettre en charge sur le membre inférieur droit.

32. Dans une appréciation du 29 août 2011, le Dr U_____ a considéré qu'aucune intervention du genou droit n'était actuellement recommandable. La seule proposition utile à ce jour était une thérapie pour gérer la douleur, prévue en septembre 2011.

33. Le 22 décembre 2011, Mme K_____ a communiqué à la Suva ses rapports adressés à l'OAI les 3 juin et 4 novembre 2011. 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, liée aux douleurs persistantes et aux difficultés de mobilité. L'évolution était en dents de scie, mais dans l'ensemble, la situation se dégradait avec le temps 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 les réadaptations professionnelles qui pouvaient lui être proposées. La fatigabilité était importante. Les capacités d'attention et de concentration étaient altérées par l'état dépressif, mais suffisantes pour une réadaptation professionnelle.

34. 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 W_____ une fois par mois. Il avait un rendez-vous avec le Dr V_____ en février 2012. Il continuait la physiothérapie à raison d'une séance hebdomadaire et se rendait à la piscine deux fois par semaine.

35. Le 13 février 2012, la Suva a reçu trois rapports du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, respectivement datés des 21 octobre 2010, 30 mars 2011 et 1er 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. Le travail avait porté principalement sur la gestion du temps dans une série d'activités consistant à 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.

36. Dans un rapport du 23 mars 2012, le Dr V_____ a complété son rapport du 17 août 2011. Le status de l'assuré était inchangé. Il avait prescrit une attelle de stabilisation du genou gauche afin de limiter la sensation d'instabilité, en espérant réduire ainsi le stimulus douloureux.

37. Dans une appréciation du 3 avril 2013, le Dr U_____ a rappelé que l'examen du Dr R_____ le 18 août 2009 était 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 R_____. La physiothérapie devait être acceptée à hauteur de quatre séries de neuf séances, dans le but de maintenir la capacité de travail. 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.

38. Dans un rapport du 22 septembre 2013, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent. 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. Avant l'accident, l'assuré n'avait jamais présenté de signes dépressifs.

39. Le 22 octobre 2013, l'OAI a transmis son dossier à la Suva, contenant notamment les pièces suivantes :

- rapport du 3 août 2009 du Dr W_____, retenant qu'en l'absence de trouble dépressif, une capacité de travail dans un poste adapté pourrait être envisagée. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis l'accident. L'activité habituelle de parqueteur était définitivement compromise puisqu'il ne pouvait plus s'agenouiller ;
- rapport du 1er septembre 2010 de la Dresse J_____, selon lequel la situation commençait à être stabilisée sur le plan médical. Des douleurs importantes persistaient au niveau des genoux. 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 de changer de position une fois par heure. Des mesures d'insertion professionnelle pourraient être débutées. Il fallait toutefois attendre la consultation du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG afin d'obtenir une antalgie optimale ;
- avis du 2 juillet 2013 de la doctoresse X_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), laquelle a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et complète dans une activité adaptée. Le début de l'incapacité de travail était fixé au 9 mars 2007 et celui de l'aptitude à la réadaptation au 4 novembre 2011. L'assuré devait

privilégier un travail léger, sans port de charges, sédentaire ou semi-sédentaire, et éviter la marche en terrain irrégulier, la position accroupie ou à genoux, la montée et descente des escaliers, etc. L'absence de suivi par un psychiatre et d'hospitalisation en milieu spécialisé parlait en faveur d'une pathologie psychiatrique peu grave ;

40. Le 6 novembre 2013, l'assuré a été examiné par le Dr N_____.

Dans son rapport du 13 novembre suivant, ce médecin a retenu les diagnostics de dysthymie et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Il a résumé les nouvelles pièces au dossier et les informations recueillies auprès de l'assuré, et rappelé son anamnèse et ses plaintes. Près de quatre ans après son évaluation de septembre 2009, l'état psychique était globalement 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. La présence d'une double dépression restait d'actualité puisqu'il existait un état dépressif de fond depuis des années et des épisodes de décompensation dépressive récurrents 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. Malgré la perte précoce de sa mère et de sa sœur, l'assuré n'avait jamais présenté d'antécédent clair sur le plan psychiatrique. Le tableau dépressif s'était développé en 2007 déjà, soit trois à quatre mois après l'accident, largement corrélé et lié à celui-ci et à l'évolution négative sur le plan orthopédique. 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 chaque mois devrait suffire, puisqu'il n'existait plus de processus actif dans le cadre de la psychothérapie. Éventuellement, un avis spécialisé de la consultation de la dépression des HUG pouvait être envisagé, afin de tenter de débloquer une dernière fois cette situation.

41. Le même jour, le Dr N_____ a procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité psychique de l'assuré. L'atteinte psychique était durable et n'avait que peu répondu à un traitement 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 était nulle dans toute activité. Selon la table applicable, l'atteinte à l'intégrité était évaluée à 60 %, ce qui correspondait à une atteinte modérée à sévère.

42. 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 (EPI) du 28 avril au 27 juillet 2014.

43. Le 30 septembre 2014, l'OAI a notamment transmis à la Suva les pièces suivantes:

- rapport du 15 février 2011 du Dr W_____, lequel a considéré que l'état était stabilisé. L'assuré présentait une limitation fonctionnelle et douloureuse des genoux, avec une instabilité pour le gauche en raison de la rupture du ligament croisé postérieur, et des lombalgies basses. Dans son activité habituelle de parqueteur, l'assuré 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 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 lui semblait compromis ;
- rapport du 30 mai 2014 du Dr W_____, 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'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 plus de 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 changer de position une à deux fois par heure, la capacité de travail était de 50 %, avec une diminution de rendement de 10 % ;
- rapport des EPI du 21 août 2014, indiquant que l'assuré avait les compétences d'apprentissage permettant une formation pratique en entreprise. Cependant, il avait montré un tonus limité se dégradant 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 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 très lent, sa résistance physique très faible, et la 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. Il semblait très fragile et éprouvé. Son engagement avait été bon, il se montrait volontaire et assidu dans son travail. Au terme de la mesure, les EPI concluaient que l'assuré ne pouvait pas intégrer le marché ordinaire, même dans une activité simple, légère et

répétitive. Même dans un atelier protégé, un encadrement consistant était nécessaire pour qu'il puisse effectuer les tâches simples et à sa portée.

44. Le 13 novembre 2014, l'assuré a transmis à la Suva un rapport d'expertise du 31 octobre 2014 établi par le docteur Y_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Après avoir résumé les informations à sa disposition, le Dr Y_____ a exposé son anamnèse et fait état de ses constatations. Il a retenu les diagnostics de gonalgies droites sévères et de douleurs chroniques de la cuisse et de la jambe droites 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 gonalgies gauches 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 secondaires 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 et de pronation/supination de l'avant-bras droit et à ramasser des objets par terre. Il 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 position régulièrement. Un travail de bureau était envisageable à un taux maximum de 40 %. Bien que certaines mesures médicales puissent 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 à cet égard. 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 était donc mauvais.

45. Dans son avis du 24 novembre 2014, la doctoresse Z_____, médecin au SMR, a repris les conclusions du Dr Y_____.

46. Dans un rapport du 12 février 2015, le docteur AA_____, spécialiste FMH en psychiatrie, 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. 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.

47. Le 9 mars 2015, Mme K_____ a transmis à la Suva son rapport du 11 février 2015. Malgré les différents traitements entrepris, aucune avancée significative n'avait pu être constatée. Cependant, ces interventions et accompagnements permettaient à l'assuré de tenir le coup et de ne pas complètement lâcher prise.

48. Dans son appréciation du 20 mars 2015, le Dr N_____ a maintenu les conclusions de son rapport du 13 novembre 2013.

49. Le 30 juin 2015, l'assuré a transmis à la Suva un rapport du Dr AA_____ établi le 24 juin 2015. Ce dernier certifiait suivre l'assuré pour un état dépressif sévère, sans caractéristique psychotique, dans le cadre d'un trouble douloureux provoqué par les séquelles d'un accident, et pour 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. Il souffrait en outre de céphalées chroniques. Il bénéficiait d'antidépresseurs et de somnifères avec une évolution moyennement satisfaisante sur le plan de l'humeur. Ce traitement n'avait pas modifié son tableau hyper-algique, n'ayant amélioré que la sévérité de l'état dépressif et les insomnies. Le tableau anxio-dépressif restait présent et nécessitait la poursuite du traitement pour une durée indéterminée. Il persistait une anxiété latente qui s'accroissait très significativement avec des stimuli externes en lien avec son accident. Elle s'accompagnait d'un cortège de symptômes somatiques : tachycardie, tension musculaire et psycho-sensorielle sous forme de cauchemars et reviviscences envahissantes à l'évocation des événements traumatiques. L'assuré était dans l'évitement. 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 l'empêchait de s'ouvrir à d'autres expériences qui 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 à la suite du traumatisme et du vécu des séquelles physiques et de la symptomatologie somato-douloureuse. 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. Les troubles physiques et psychiques le rendaient définitivement incapable de travailler à plein temps. Les pronostics quant à une reprise à long terme restaient sombres. Avec la poursuite de la prise en charge, l'assuré pourrait expérimenter une amélioration de sa qualité de vie, mais pas une reprise d'une activité professionnelle structurée.

50. 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. Les indemnités journalières seraient allouées jusqu'au 29 février 2016. La Suva examinerait si le droit à une rente dès le 1er mars 2016 était ouvert. En outre, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevant à CHF 16'020.-, qui lui serait versée en mars 2016.

51. Le 3 mars 2016, à la demande du Dr W_____, la Suva a accepté d'étendre sa prise en charge aux consultations nécessaires pour la prescription d'opiacés.

52. Dans un document interne du 2 septembre 2016, la Suva a recensé cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré, soit ceux de mécanicien (employé de _____) à AB_____ (GE), d'employé de _____ (téléphoniste / réceptionniste) à AC_____ (VD), de fabricant de _____ (montage général / poste de _____) à AD_____ (VD), de collaborateur de production (montage et _____) à AD_____ et de _____ dans l'horlogerie (_____) à AE_____ (GE) en 2015. En 2016, le revenu moyen tiré de ces cinq activités était de CHF 61'093.40.

53. Le 4 octobre 2016, la Suva a fixé le gain annuel de l'assuré du 18 mai 2006 au 17 mai 2007 à CHF 71'233.54 et à CHF 76'495.- une fois indexé à 2012.

54. Par décision du 5 octobre 2016, la Suva a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 21 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. L'assuré était en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à 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 de CHF 76'495.- sans l'accident, il en résultait une perte de 20.56 %, arrondie à 21 %. Outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes réduisaient aussi la capacité de gain. Cependant, ces troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'aucune prestation n'était allouée sur cette base.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à CHF 16'020.-.

55. Le 2 novembre 2016, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision, concluant principalement à son annulation, à la reconnaissance d'une incapacité de travail dans une activité adaptée d'au moins 60 %, à ce que le taux d'invalidité soit fixé en conséquence et à ce que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit revu à la hausse.

Il contestait être en mesure d'exercer à plein temps en position assise une activité légère dans l'industrie. Dans son rapport de mai 2014, le Dr W_____ 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, le Dr Y_____ avait retenu une capacité de travail de 40 % au maximum dans un travail de bureau qui respectait les limitations fonctionnelles. En outre, l'assuré 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.- (*sic*) avait été retenu. Aucune donnée statistique ni DPT ne lui avait été communiqué.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il ressortait des documents établis par ses médecins traitants que l'atteinte était plus importante que le taux de 15 % retenu. Il a rappelé les atteintes diagnostiquées, auxquelles s'ajoutaient les séquelles psychiques de l'accident détaillées par le Dr AA_____.

56. 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 en position assise se fondait sur un rapport de 2009, datant ainsi de sept ans. Les EPI n'avaient retenu aucune capacité de travail. Les Drs W_____ et Y_____ avaient fixé une capacité de travail de 40 % au plus. Le SMR retenait également une capacité de travail de 40 % s'agissant du volet rhumatologique.

Les Drs N_____ et AA_____ retenaient une atteinte psychique liée à l'accident ainsi qu'aux douleurs et à l'évolution des atteintes physiques. 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 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Suva l'avait également évaluée en se fondant sur un document datant de 2009, 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 % par le Dr N_____. Par conséquent, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être d'au moins 60 %.

57. Dans un projet de décision du 23 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, correspondant à un taux d'invalidité de 100 %, dès le 1er mars 2008, puis trois quarts de rente, correspondant à un taux d'invalidité de 68 %, dès le 1er février 2012. Suite à une amélioration de son état de santé, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 40 % dès novembre 2011. Le salaire annuel de l'assuré était de CHF 68'964.- en 2007. Indexé à 2012, ce revenu était de CHF 73'714.-. Quant au revenu avec invalidité, il était fixé sur la base du tableau TA1, ligne Total, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010. Il en ressortait qu'un homme travaillant dans une activité simple et répétitive pouvait réaliser un salaire annuel de CHF 26'071.- à 40 % une fois indexé à 2012. La perte de gain s'élevait donc à CHF 50'251.- et le degré d'invalidité à 68 % dès novembre 2011.

58. Le 6 février 2017, l'assuré a été examiné par le Dr U_____. Dans son rapport du 20 février suivant, 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 guérie. Il a résumé l'évolution du cas d'août 2009 à février 2017, brièvement exposé les plaintes de l'assuré avant de faire part de ses constatations et de son appréciation.

Il renvoyait à l'évaluation du Dr N_____ 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. Malheureusement, l'assuré avait présenté un syndrome douloureux régional complexe qui avait évolué de façon persistante dans les années suivant l'accident. Ce 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 du genou droit qui semblait définitive. Du côté gauche, la rupture du ligament croisé postérieur était actuellement peu symptomatique. Compte tenu des radiographies du 16 février 2017, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % pour le genou droit proposée par le Dr R_____ en 2009 n'avait pas à être modifiée. En faisant totalement abstraction des aspects psychiques 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 étaient élevés, avec la possibilité d'une récidive d'algodystrophie. En plus, il n'était pas certain que cette opération améliore la situation. Le Dr U_____ déconseillait ainsi toute nouvelle intervention. L'état du genou gauche, sans instabilité résiduelle objective, ne justifiait pas une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La différence de diamètre entre les cuisses droite et 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.

59. 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 U_____ était vicié à plusieurs points de vue. Ce médecin n'avait pas retenu le diagnostic d'arthrose fémoro-tibiale interne mis en évidence par le Dr Y_____, qu'il n'avait même pas discuté. S'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée, il n'expliquait pas ce qui lui permettait de se distancer des conclusions du Dr Y_____. Il n'avait d'ailleurs pas décrit les limitations fonctionnelles. Compte tenu de ces éléments, l'assuré maintenait être totalement incapable de reprendre une activité lucrative, de sorte qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Suva ignorait son atteinte au genou gauche ainsi que l'atteinte de 60 % relative aux troubles psychiques retenue par le Dr N_____. Il concluait ainsi à ce qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 80 % au moins lui soit allouée pour l'ensemble de ses atteintes.

60. 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 que ses troubles psychiques soient pris en considération dans l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. La question d'une relation de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident pouvait demeurer ouverte, dans la mesure où un lien de causalité adéquate devait être nié. 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. Cet événement n'avait pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant, d'autant plus que l'assuré ne se souvenait que d'un choc. En outre, sa vie 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 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, et sa durée ne pouvait pas être considérée comme anormalement longue. L'ampleur du traitement n'était pas non plus été exceptionnellement lourde. Les plaintes et l'incapacité de travail ayant été influencées dans une large mesure par les troubles psychiques, ni la durée de l'incapacité de travail ni les douleurs physiques persistantes ne s'étaient 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 à répondre ni de la perte de gain, ni de l'atteinte à l'intégrité sur le plan psychique.

L'assuré se prévalait des conclusions du Dr Y_____ et du SMR, tous deux intervenus dans le cadre de la procédure menée par l'OAI. Cependant, il était établi que la Suva n'avait pas à prester pour les troubles psychiques, contrairement à

l'OAI. De plus, la tendinobursite trochantérienne droite, l'épicondylite du coude droit et les lombalgies chroniques n'étaient pas liées à l'accident, de sorte que les conclusions du Dr Y_____ en tenant compte ne liaient pas la Suva. Les conclusions du Dr U_____ avaient été prises en toute connaissance de cause. Il n'existait aucun élément médical permettant de les remettre en question, et elles devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Aucune instruction complémentaire n'était nécessaire.

Le revenu d'invalide avait été fixé à CHF 61'093.- sur la base des DPT. Sans l'accident, l'assuré aurait perçu un revenu annuel de CHF 76'909.- (soit CHF 33.30 multiplié par 41 heures par semaine et 52 semaines par an, plus 8.33 % pour le 13ème salaire). 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr R_____ l'avait fixée à 15 % en toute connaissance de cause. Cette appréciation datait de 2009 mais avait été validée par le Dr U_____, qui avait précisé le 20 février 2017 que le genou gauche, sans instabilité résiduelle objective, ne justifiait pas une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

61. Par acte du 22 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu, sous suite de dépens, 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 à l'annulation de la décision du 7 avril 2017, et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2016 avec intérêts à 5 % l'an à compter de l'exigibilité des prestations ainsi que la somme de CHF 80'100.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er mars 2016.

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 O_____, J_____, W_____, T_____, V_____, Y_____ et Z_____ et des EPI, que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne dépassait pas 40 %. L'avis du Dr U_____ 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.

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. Les rapports de Mme K_____ ainsi que ceux du Dr AA_____ allaient dans le même sens. Le fait qu'il ait été en incapacité de travail au moment de l'accident n'était pas déterminant, 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. 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 retenir un accident de gravité moyenne au sens strict, la causalité adéquate devait être admise, dans la mesure où six des sept critères retenus par la jurisprudence étaient réalisés, de surcroît de façon particulièrement marquée. En effet, l'événement du 18 mai 2007 avait un caractère particulièrement impressionnant, en raison du fait qu'il avait été projeté par-dessus la voiture et qu'il avait atterri à plusieurs mètres de l'impact. Ses circonstances avaient été particulièrement dramatiques, car il rentrait alors 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 dramatiques. 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. Il a rappelé les modalités du traitement dans ce cadre, avec les interventions et les hospitalisations subies. L'évolution avait été lente et les douleurs persistantes. Le critère des complications était également rempli, car la guérison avait été entravée par un processus d'invalidation complexe. Depuis l'accident, le recourant souffrait de douleurs persistantes considérables, malgré la forte médication antalgique. Sa guérison avait été entravée par une arthrofibrose traitée par arthrolyse, une algodystrophie et des lombalgies basses mécaniques. Dix ans après l'accident, son incapacité de travail demeurait totale. Ce critère était ainsi également rempli. 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 N_____, il était totalement incapable de travailler dans toute activité en raison de ses atteintes psychiques. Cette incapacité se superposait à l'incapacité somatique de 50 % à 60 % retenue par les médecins traitants et les Drs O_____ et Y_____. Les EPI avaient également retenu l'absence de capacité de travail dans l'économie de marché. Sa perte de gain était ainsi totale et son taux d'invalidité de 100 %.

En ce qui concernait 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 utilisait des béquilles, travail debout ou marcher plus de 50 mètres).

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, 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 atteintes au niveau du ligament croisé postérieur et du ménisque interne justifiaient une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % supplémentaire. Le Dr N_____ avait confirmé l'existence d'une atteinte durable à l'intégrité d'origine psychique de 60 %. Par conséquent, l'intimée devait lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 90 % (15 % et 15 % et 60 %), soit un montant de CHF 96'120.- (90 % de CHF 106'800.-), dont il fallait déduire le montant déjà perçu de CHF 16'020.-.

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

Concernant le degré de gravité de l'accident, la casuistique citée par le recourant concernait des accidents différents de l'événement du 18 mai 2007. En effet, les forces en présence étaient considérablement plus importantes que dans le cas d'espèce. Ainsi, un accident de gravité moyenne au sens strict devait être retenu L'intimée contestait également un lien de causalité adéquate entre l'accident et ses troubles psychiques. Elle a répété que 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 dramatiques. L'hospitalisation de sa fille à ce 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. Une telle atteinte n'était pas propre à mettre en danger sa vie et à entraîner des troubles psychiques. Le critère des erreurs médicales n'était pas satisfait. Hormis des séjours cumulés de 43 jours à l'hôpital et un séjour du 8 avril au 19 mai 2009 à la Clinique P_____, le traitement du recourant avait consisté en physiothérapie et médication antalgique. Par conséquent, la durée du traitement ne pouvait pas être considérée comme particulièrement longue. Quant au degré et à la durée de l'incapacité de travail, elle avait perduré jusqu'à ce jour principalement en raison des atteintes psychiques du recourant. Sur la seule base des troubles somatiques, le Dr R_____ avait considéré le cas comme stabilisé en 2009 déjà. 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 U_____. La récupération avait été compliquée par l'apparition d'un syndrome douloureux régional complexe, désormais guéri, et des problématiques organiques et non-organiques. La dépression avait pu jouer un rôle défavorable pour l'adhésion du recourant aux traitements. Quant aux douleurs persistantes, le Dr U_____ avait considéré que seules des douleurs locales subsistaient. Leur intensité devait être relativisée, car les médecins traitants ne liaient ces douleurs à aucun substrat organique. Les Drs D_____ et V_____ 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 si des douleurs persistantes étaient présentes pouvait toutefois rester ouverte, la réalisation de ces deux critères, qui ne revêtaient

pas 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, l'intimée s'était fondée sur le dernier rapport du Dr U_____, lequel devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports des Drs O_____ et Z_____ 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 Y_____, il n'expliquait pas pour quelles raisons il retenait une capacité de travail de 40 % dans un travail de bureau et il n'excluait pas, sur la base des seules atteintes aux membres inférieurs, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, les Drs J_____ et W_____ retenaient des diagnostics identiques à ceux posés par le Dr U_____ s'agissant des membres inférieurs. 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. De plus, leurs rapports dataient de plus de six ans. Les lombalgies alors diagnostiquées avaient disparu ou n'étaient plus symptomatiques selon le Dr U_____, dont le recourant avait avalisé l'avis. Dès lors, c'était à juste titre que l'intimée avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

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

63. Dans sa réplique du 21 septembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. 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. Il a répété que 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. Même s'il fallait retenir une gravité moyenne au sens strict, le lien de causalité adéquate était donné, compte tenu du nombre de critères réalisés. Sa perte de connaissance lors de l'accident ne suffisait pas à nier son caractère particulièrement impressionnant, qui devait 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 et le contraignaient à se déplacer avec des béquilles et une chaise roulante dix ans après l'accident. De telles lésions étaient propres à entraîner des troubles psychiques, de manière

particulièrement marquée. 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, et ce traitement se poursuivait à ce jour. Le traitement médical avait lui aussi été conséquent durant de nombreuses années. La durée anormalement longue du traitement devait donc être retenue, et ce de manière particulièrement marquée. La présence de douleurs persistantes, de même que les difficultés apparues en cours de la 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 R_____, il ne s'était pas prononcé sur le taux de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Sur le plan purement somatique, le SMR et le Dr Y_____ n'avaient pas tenu compte de ses troubles psychiques pour fixer sa capacité de travail dans une activité adaptée. La lecture du rapport des EPI suffisait à se convaincre du fait que les seules atteintes somatiques excluaient une activité à plein temps, même légère, en position assise avec des changements réguliers de position. Le Dr W_____ avait également établi un rapport en mai 2014 selon lequel la capacité de travail résiduelle demeurait inchangée. Le Dr U_____ n'avait pas fait état des lombalgies, ce qui signifiait qu'elles présentaient un caractère accessoire, par rapport aux atteintes des membres inférieurs, mais non qu'elles avaient disparu. De plus, ce médecin n'était pas 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 réitérait sa demande d'audition et proposait à la chambre de céans de convoquer les Drs W_____ et U_____, afin de confronter leur point de vue.

64. La chambre de céans a entendu les parties le 20 novembre 2017.

A cette occasion, le recourant a notamment déclaré ne pas avoir de souvenir direct de l'accident. Il se rappelait avoir emprunté la rue et avoir ensuite vu des radiographies à l'hôpital. Des témoins lui avaient raconté qu'à la suite du choc, il avait crié et appelé son ex-femme, et s'était ensuite évanoui.

Il avait des douleurs quotidiennes, avec des moments où elles étaient plus intensives. Parfois, il devait se déplacer en chaise roulante car la marche avec des cannes était limitée. Il avait aussi des douleurs au dos, aux épaules, aux bras et aux mains, probablement dues à l'utilisation des béquilles depuis dix ans. 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 psychiquement, 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. Il faisait de la physiothérapie une fois par semaine et prenait régulièrement des médicaments contre la douleur. Il avait également des problèmes de sommeil. Il était suivi une fois par semaine par Mme K_____.

L'intimée a souligné que selon le Dr G_____, le recourant présentait un état dépressif au moment de l'accident en raison de la maladie de sa fille, ce à quoi il a répondu qu'à cette époque, il était inquiet pour sa fille, mais en aucun cas dépressif. A l'époque, la maladie de sa fille exigeait une présence permanente des parents à l'hôpital. C'était pour cette raison qu'il avait été mis en arrêt de travail.

L'intimée a relevé que selon le rapport du Dr V_____ 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 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'ait 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.

A l'issue de l'audience, le conseil du recourant a derechef requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, soutenant que le dossier comprenait toutefois assez d'éléments pour faire droit à ses conclusions.

L'intimée a insisté sur le fait que le rapport du Dr W_____ était ancien et donc moins pertinent, de sorte qu'il devait être écarté au profit de celui du Dr U_____. Elle refusait toute autre mesure d'instruction.

65. Par ordonnance du 18 mars 2019 (ATAS/211/2019), la chambre de céans a confié une expertise au Dr AF_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Elle a retenu que le rapport du 20 février 2017 du Dr U_____ sur lequel se fondait l'intimée ne résumait pas le dossier avant le 18 août 2009 et ne contenait pas d'anamnèse à proprement parler, ni de rappel des plaintes du recourant. Le Dr U_____ avait repris les limitations fonctionnelles et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenues en 2009 par le Dr R_____, sans autre explication. Il ne motivait guère la capacité de travail retenue, et ce bien qu'il s'écarte notablement de l'appréciation des autres médecins. Il n'avait pas non plus examiné les

problématiques liées aux douleurs résultant de l'utilisation de béquilles signalées par le Dr W_____, ni les conclusions des EPI et les diagnostics mis en évidence par le Dr Y_____. Partant, son rapport ne pouvait se voir reconnaître valeur probante.

Les rapports des Drs O_____, J_____, W_____, T_____, V_____, Y_____ et Z_____ avaient quant à eux établis plus d'une année avant que l'intimée ne mette fin au versement des indemnités journalières. Ces rapports variaient s'agissant des diagnostics retenus, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. De plus, il apparaissait que le genou gauche du recourant ne présentait désormais plus d'instabilité résiduelle, ce qui serait de nature à modifier l'appréciation du cas. Partant, une expertise orthopédique était nécessaire.

S'agissant des modifications requises par les parties, la chambre de céans a refusé de supprimer la quantification de la notion de probabilité, soit plus de 50 %, qui découlait de la jurisprudence. Elle a pour le surplus intégré les questions complémentaires suggérées.

66. Le Dr AF_____ a établi son rapport le 27 mai 2019. Après avoir analysé les documents radiologiques, il a posé les diagnostics de status après accident de la voie publique en mai 2007 avec fracture transverse du fémur droit, fracture comminutive de la rotule droite et fracture du plateau tibial interne droit, de découverte tardive d'un arrachement du ligament croisé postérieur du genou gauche et d'une lésion méniscale interne, de status après évolution vers un syndrome douloureux régional complexe ou algoneurodystrophie, actuellement guéri, d'arthrofibrose du genou droit, de tendinopathie de type épicondylite active bilatérale consécutive à la marche avec cannes, d'arthrose acromio-claviculaire modérée, bilatérale, de tendinopathie de surcharge du sous-épineux et sous-épineux de l'épaule droite, et de gonarthrose tri-compartimentale modérée bilatérale post-traumatique. Les fractures du fémur, de la rotule, du plateau tibial du genou droit et la lésion du ligament croisé postérieur et du ménisque interne du genou gauche étaient présentes depuis l'accident. L'algoneurodystrophie était apparue plusieurs mois après l'accident et était guérie. L'arthrofibrose du genou faisait suite à la première intervention et n'avait été que peu améliorée par la réintervention pratiquée en 2008. Elle persistait. L'atteinte du rachis et des membres supérieurs était mentionnée pour la première fois par le Dr Y_____, 7 ans plus tard. Les atteintes concernant le rachis, l'épaule droite, les coudes et les poignets étaient indirectement liées à l'évènement traumatique de mai 2007, elles étaient la conséquence du déplacement avec des cannes. A 12 ans du traumatisme, l'atteinte dégénérative progressait toujours à tous les niveaux et prenait régulièrement de l'importance au bilan des douleurs. Les douleurs des membres inférieurs étaient en relation avec l'accident. Elles étaient stationnaires depuis de nombreuses années et justifiaient un puissant traitement antalgique. Tous ces diagnostics avaient une répercussion négative sur la capacité de travail du recourant et étaient objectivables.

Le bilan radiologique demandé en mai 2019 confirmait les lésions suggérées par l'examen clinique. Il n'existait pas de discordance entre les plaintes du recourant et les constatations objectives. On constatait un signe de sous-utilisation de son membre inférieur droit sous la forme d'une amyotrophie significative. L'accident du 18 mai 2007 était au degré de la vraisemblance prépondérante la cause de chacune des atteintes du recourant. Les deux premiers diagnostics avaient une causalité directe certaine avec l'accident, et les autres diagnostics une causalité indirecte certaine avec l'accident. Il n'y avait aucun facteur étranger à l'accident responsable de la survenance des atteintes actuelles du recourant, qui n'avait aucune prédisposition à les développer. L'accident du 18 mai 2007 n'avait pas non plus déclenché de processus qui serait de toute façon survenu. L'atteinte dégénérative au niveau des genoux était facilement explicable par les suites de l'accident, de même que les conséquences douloureuses liées aux pathologies des membres supérieurs. Par ailleurs, le recourant n'avait subi aucun traumatisme avant l'accident. Les traitements avaient été réalisés de manière adéquate. Ils n'avaient pas été d'une durée anormalement longue et on ne déplorait aucune erreur de traitement. Tout au plus pourrait-on regretter la découverte plus tardive de la lésion du genou gauche. On pouvait néanmoins affirmer que même si le diagnostic avait été fait le jour de l'accident, il n'aurait en rien changé l'évolution de ce genou, car une telle lésion n'était qu'exceptionnellement traitée chirurgicalement. De plus, une lésion méniscale interne avait un excellent pronostic de guérison avec un traitement conservateur. Il n'y avait chez le recourant rien à attendre d'une intervention chirurgicale. En revanche, la physiothérapie à sec le soulageait et le détendait. Ce traitement pourrait également être réalisé en piscine. Il ne permettait pas d'espérer une amélioration de sa capacité de travail, mais uniquement le maintien d'un relatif confort grâce aux exercices d'étirement et de drainage. On ne pouvait plus attendre d'amélioration sensible de l'état de santé du recourant. La situation était amenée à se dégrader progressivement, car l'atteinte dégénérative allait progresser et pouvait tout au plus être ralentie par ces mesures thérapeutiques conservatrices. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr AF_____ a souligné qu'elles étaient clairement expliquées dans l'anamnèse et consignées dans le status. Il ne reviendrait pas en détail sur ce chapitre. Pratiquement, les conséquences directes de l'accident empêchaient le recourant de se déplacer autrement qu'en fauteuil foulant ou avec des cannes en décharge du membre inférieur. Elles l'obligeaient également à porter régulièrement une attelle protectrice de son genou pour éviter les dérobements. Les conséquences indirectes de l'accident contribuaient à rendre les déplacements avec cannes plus difficiles et plus douloureux. Les capacités de concentration du recourant étaient également affectées par les douleurs chroniques importantes et la nécessité de prendre des sédatifs puissants. En somme, l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs occasionnant une surcharge et des contraintes augmentées de la ceinture scapulaire des coudes et des poignets justifiait une médication antalgique extrêmement puissante perturbant les facultés de concentration et intellectuelles du recourant. Ce processus était la conséquence

de l'accident. Les diagnostics entraînaient une incapacité de travail durable et totale depuis l'accident. Aucune activité n'était exigible. Le pronostic était très défavorable, puisque 12 ans après l'accident, on ne pouvait pas espérer d'amélioration de son état de santé, en sachant que tout avait été tenté sans succès pour y remédier. Les plaintes et lésions liées à l'utilisation des cannes et à la difficulté à se déplacer, avec l'apparition d'arthrose, présageaient d'une évolution encore plus défavorable.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'atteinte au membre supérieur était assimilée à une atteinte de type périarthrite scapulohumérale moyenne, le taux était fixé à 10 %. Le taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'une gonarthrose post-traumatique des deux genoux se situait dans une fourchette de 30 à 40 %, compte tenu du risque d'évolution défavorable à moyen terme. Quant à l'atteinte liée à l'affection de la colonne vertébrale, on pouvait selon les tabelles l'estimer à 10 à 20 % (douleurs permanentes, plus au moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible). Une aggravation de l'atteinte à l'intégrité était prévisible à moyen et à long terme, en particulier pour l'évolution de la gonarthrose.

Le Dr AF_____ a conclu son rapport en soulignant qu'il apparaissait très clairement après cette évaluation orthopédique que le recourant était inapte à travailler, même dans une activité adaptée. Compte tenu de l'importante médication, on pouvait s'interroger sur son aptitude à la conduite. Cette question devrait être examinée par des experts en pharmacologie et neurologie.

67. Dans ses déterminations du 26 septembre 2019, le recourant a affirmé que les conclusions du Dr AF_____ étaient limpides. Ainsi, tous les diagnostics retenus étaient en lien de causalité certain avec son accident, les séquelles étaient objectivables, il n'existait pas de facteur étranger, et aucun *statu quo* ne pouvait être posé.

68. Le 13 novembre 2019, l'intimée a relevé qu'au vu des nombreuses incohérences, contradictions et lacunes de l'expertise du Dr AF_____, une nouvelle expertise devait être mise en œuvre. L'intimée confirmait ainsi ses conclusions du 19 juillet 2017. Elle a joint une appréciation de la Dresse AG_____ selon laquelle la tendinopathie de surcharge des épaules à la suite de l'utilisation de cannes était clairement établie, mais que tel n'était pas le cas pour les coudes ou le rachis. L'origine des épicondylites était maladive. La surcharge de ses épaules limitait principalement le port de charges, qui n'avait pas lieu d'être dans une profession sédentaire.

69. Le 2 décembre 2019, le recourant a déposé des observations quant aux critiques sur l'expertise soulevées par l'intimée, qui ne remettaient selon lui pas en cause sa valeur probante.

70. Par arrêt du 2 mars 2020 (ATAS/164/2020) la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision litigieuse et condamné l'intimée à verser au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2016, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er mars

2018 sur les rentes arriérées et dès leur exigibilité pour les prestations non encore échues à cette date, sous déduction des montants déjà versés à ce titre, à verser au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire de CHF 90'780.- avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er mars 2018 et à verser au recourant une indemnité de CHF 4'500.- à titre de dépens.

71. Par arrêt du 15 février 2021 (8C_235/2020), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours interjeté par l'intimée à l'encontre de l'arrêt précité et renvoyé la cause à la chambre de céans pour l'ordonnance d'une expertise judiciaire et nouvelle décision. Il a considéré que l'expertise du Dr AF_____ ne pouvait être suivie. Elle comprenait une contradiction dans la mesure où l'expert reconnaissait une IPAI pour une atteinte de la colonne cervicale sans toutefois poser de diagnostic à cet égard. S'agissant du lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, deux critères déterminants étaient réalisés, quatre autres ne l'étaient pas et un dernier devait faire l'objet d'une analyse à l'issue de l'instruction médicale somatique.

72. La chambre de céans a proposé de confier une expertise bidisciplinaire aux Dr AH_____, FMH médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, spécialiste médecine du sport et spécialiste médecine manuelle, et le Dr AI_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

73. La SUVA a proposé que le Dr AJ_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie, spécialiste du genou, soit désigné comme expert à la place du Dr AI_____, au motif que celui-ci n'était pas un spécialiste du genou.

EN DROIT

1.

1.1 Par arrêt du 15 février 2021, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire et nouvelle décision.

2.

2.1 La modification de la loi sur l'assurance-accidents (LAA – RS 832.20) du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, n'est pas applicable à la présente procédure dès lors que l'accident est survenu avant cette novelle. La loi sera ainsi citée dans sa teneur en force au 31 janvier 2016.

2.2 La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à

l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine maladive non professionnelle. Le principe d'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer les assureurs sociaux de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1).

En l'espèce, l'intimée n'est pas liée par l'évaluation de l'OAI, dès lors que ce dernier n'avait pas statué définitivement lorsque la décision dont est recours a été rendue.

2.3 L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché

du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

2.4 A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Aux termes de

l'art. 25 al. 1 LPGA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). 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. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). L'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27).

2.5 La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

3.1 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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

3.2 En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009

consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2):

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

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1). La manière dont les experts qualifient la gravité de l'accident n'a guère d'importance pour les constatations médicales. Il s'agit là d'une question de droit qu'il incombe à l'administration ou au juge de trancher, en particulier, à l'occasion de l'examen du lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 205/98 du 2 février 2000 consid. 1b).

4. En l'occurrence, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 15 février 2021, il convient d'ordonner une expertise judiciaire. Celle-ci, bidisciplinaire, sera confiée au Dr AH_____, FMH médecine interne générale et médecine physique et

réadaptation, spécialiste médecine du sport et spécialiste médecine manuelle, et au Dr AI_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie.

S'agissant du lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident, le Tribunal fédéral a constaté que les deux critères déterminants des douleurs physiques persistantes et des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, étaient réalisés. Il a considéré que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail pour les troubles physiques devait être évalué lorsque la surexpertise aura établi les atteintes somatiques. Enfin, les autres critères n'étaient pas réalisés (durée anormalement longue du traitement médical, erreur dans le traitement médical entrainant une aggravation notable des séquelles de l'accident, circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement important de l'accident ; gravité ou nature particulière des lésions physiques). En conséquence, les questions de la mission d'expertise numéros 10.1, 10.2 et 26 peuvent être supprimées.

Les suggestions des parties sur les questions de la mission d'expertise seront, pour l'essentiel, intégrées à celle-ci. En outre, il sera précisé au point D qu'une appréciation consensuelle du cas est requise pour répondre aux questions 14, 15 et 17.

Enfin, la simple mention par l'intimé que le Dr AI_____ ne serait pas un spécialiste du genou n'est pas suffisante pour écarter celui-ci. La spécialisation de ce médecin, en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur lui confère les compétences nécessaires pour répondre aux questions de la mission d'expertise. Sa désignation sera ainsi confirmée.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A. Ordonne une expertise bidisciplinaire du recourant et la confie aux docteurs AH_____, FMH médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, spécialiste médecine du sport et spécialiste médecine manuelle, _____ [GE], et AI_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, _____ [VD],

B. Dit que la mission d'expertise sera pour chacun des experts 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 O_____, J_____, W_____, T_____, V_____, Y_____ et U_____.

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 ?

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

4.2 Lesquels de ces diagnostics ont-ils une répercussion sur la capacité de travail ?

4.3 En particulier, le recourant présent-il une atteinte du rachis et des membres supérieurs (rachis cervical, lombaire, l'épaule droite, les coudes et les poignets) ?

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 ?

   Veuillez 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) ?

7.1 En particulier, un tel lien de causalité existe-t-il pour les atteintes au rachis et aux membres supérieurs ?

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 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 ?

    Veuillez donner une description précise des activités adaptées.

16. Quel est le pronostic concernant l'évolution de l'état de santé ?

17. Quel est le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due en raison des atteintes somatiques provoquées par l'accident ?

17.1 Veuillez détailler le taux retenu pour chaque atteinte et indiquer le taux global retenu.

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 U_____ 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 Y_____ 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 W_____ 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 O_____ du 20 août 2010 et pourquoi ?

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

    Si non, pourquoi ?

24. Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr AF_____ du 27 mai 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans toute activité ? Si non, pourquoi ?

25. Êtes-vous d'accord avec l'appréciation chirurgicale de la Dresse AG_____ du 8 novembre 2019 ? Si non, pourquoi ?

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

C. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

D. Faire une appréciation consensuelle du cas concernant les réponses aux questions 14, 15 et 17.

E. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

F. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La présidente

Adriana MALANGA | Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le _____