RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2203/2017** **ATAS/535/2023**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 30 juin 2023

**Chambre 6**

En la cause

**A_____** recourant

représenté par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

**SUVA, CASSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS** intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs.**

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), 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 : SUVA).

**b.** 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 (ci-après : 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.

**B.** **a.** Dans un compte-rendu opératoire du 4 juin 2007, les docteurs C_____, D_____ et E_____, 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.

**b.** 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.

**c.** Dans un rapport du 12 juillet 2007, les docteures F_____ et G_____, médecins au Service de rééducation des HUG, ont confirmé les diagnostics posés le 4 juin 2007, auxquels 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.

**d.** 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).

**e.** Dans un courrier du 22 novembre 2007 adressé à la SUVA, Madame H_____, psychologue, a indiqué que l'assuré lui avait été adressé le 19 juillet 2007 par le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré. 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.

**f.** 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.

**g.** 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.

**h.** Dans un rapport du 18 avril 2008, les docteures F_____ et J_____, 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.

**i.** Le 17 juin 2008, l'assuré a été examiné par le docteur K_____, 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.

**j.** Le 3 septembre 2008, l'assuré a été examiné par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a rendu un rapport le 10 septembre 2008.

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.

**k.** Dans un rapport du 6 novembre 2008, la docteure M_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics d'arthrofibrose post-traumatique du genou droit et d'algodystrophie du genou droit.

**l.** Dans un rapport du 11 décembre 2008, Madame H_____ 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.

**m.** L'assuré a été hospitalisé au sein de la CRR du 8 avril au 19 mai 2009.

Dans leur rapport du 18 juin 2009, les docteurs N_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, et O_____, 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 centromédullaire 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.

**n.** Dans un rapport du 13 août 2009, Madame H_____ a indiqué à la SUVA que 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.

**o.** Le 18 août 2009, l'assuré a été examiné par le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15%. Après son séjour à la CRR, son état n'avait pas été considéré comme stabilisé. On pouvait cependant dire clairement que l'assuré

n'était pas en mesure de reprendre son activité de parqueteur et qu'une réinsertion professionnelle s'imposait.

**p.** Dans un rapport du 16 septembre 2009, le Dr L_____ a retenu les diagnostics de dysthymie et d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique. Une atteinte à l'intégrité psychique était prévisible.

**q.** 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.

**r.** Dans un rapport du 11 décembre 2010, Madame H_____ a relevé, sur le plan psycho-émotionnel, que 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.

**s.** Le 22 décembre 2011, Madame H_____ 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. Dans une activité adaptée et après une période de remise en activité progressive, une capacité de travail de 50 % semblait au minimum tout à fait envisageable.

**t.** Dans un rapport du 22 septembre 2013, le Dr I_____ 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.

**u.** Le 6 novembre 2013, l'assuré a été examiné par le Dr L_____.

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. Le même jour, le Dr L_____ 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.

**C.** **a.** 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.

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.

**b.** Le 13 novembre 2014, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport d'expertise du 31 octobre 2014 établi par le docteur Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, selon lequel un travail de bureau était envisageable à un taux maximum de 40 %.

**c.** Dans un rapport du 12 février 2015, le docteur R_____, 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.

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

**e.** Le 30 juin 2015, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport du Dr R_____ 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. 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.

**f.** 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 (ci-après : IPAI) s'élevant à CHF 16'020.-, qui lui serait versée en mars 2016. Le 3 mars 2016, à la demande du docteur S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, la SUVA a accepté d'étendre sa prise en charge aux consultations nécessaires pour la prescription d'opiacés.

**g.** Par décision du 5 octobre 2016, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 21% depuis le 1er mars 2016, ainsi qu'une IPAI 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 76'909.- 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'IPAI s'élevait à CHF 16'020.-. L'assuré a fait opposition à cette décision.

**h.** 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.

**i.** Le 6 février 2017, l'assuré a été examiné par le docteur T_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. 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 renvoyait à l'évaluation du Dr L_____ pour les éléments psychiatriques du dossier. Il a confirmé une IPAI de 15%. 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%.

**j.** Par décision sur opposition du 7 avril 2017, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

**D.** **a.** Par acte du 22 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

**b.** La chambre de céans a entendu les parties le 20 novembre 2017 et, par ordonnance du 18 mars 2019 (ATAS/211/2019), elle a confié une expertise au docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a rendu son rapport le 27 mai 2019.

**c.** Par arrêt du 2 mars 2020 (ATAS/164/2020) la chambre de céans a, sur la base de l'expertise judiciaire, admis le recours, annulé la décision litigieuse et condamné l'intimée à verser au recourant, d'une part, 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, d'autre part, une IPAI complémentaire de CHF 90'780.- avec intérêts à 5% l'an dès le 1er mars 2018 et une indemnité de CHF 4'500.- à titre de dépens.

**d.** 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 U_____ 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.

**e.** Par ordonnance du 29 novembre 2021, la chambre de céans a confié une expertise bidisciplinaire aux docteurs V_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, spécialiste médecine du sport et spécialiste médecine manuelle, et W_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

**f.** Les Drs W_____ et V_____ ont rendu leur rapport d'expertise respectif les 7 octobre et 19 octobre 2022 et effectué une appréciation consensuelle.

Dès le 19 mai 2009, le recourant ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de son état de santé et celui-ci était stabilisé. Le recourant était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 18 mai 2007 et capable de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux de 50% dès le 25 mai 2009 et de 100% dès le 22 juin 2009, avec une diminution de rendement de 10%, en raison de l'utilisation de cannes et du fait que le recourant n'avait pas la mobilité réactive nécessaire pour se déplacer dans un bureau et tenir la position assise de manière prolongée. L'IPAI était de 30%.

**g.** Le 7 novembre 2022, la docteure X_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'expertise des Drs W_____ et V_____ était probante, sous réserve de la diminution de rendement de 10%. Elle a confirmé une IPAI de 30%.

**h.** Le 10 novembre 2022, la SUVA a requis un complément d'expertise sur la question de la diminution de rendement de 10%.

**i.** Le 8 décembre 2022, le recourant a estimé que l'expertise judiciaire était probante et que l'activité exigible, avec la diminution de rendement de 10%, donnait déjà droit à une rente d'invalidité de 26% depuis le 1er mars 2016, avec intérêt à 5% l'an depuis le 1er mars 2018. Par ailleurs, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail était rempli (soit du 18 mai 2007 au 25 mai 2009), de sorte que le lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident était donné. Le Dr L_____ ayant constaté une capacité de travail nulle, le droit à la rente d'invalidité était de 100% et celui à une IPAI de 90% (30% + 60% dû aux troubles psychiques).

**j.** Le 20 mars 2023, l'intimé a estimé que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail n'était pas rempli et que l'expertise du Dr L_____ était probante mais qu'il convenait, si nécessaire, de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour préciser la conclusion du Dr L_____ selon laquelle le tableau d'invalidation était complet chez le recourant.

## 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.

**1.2** 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.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure au taux de 21% et à une IPAI supérieure au taux de 15%.

**3.**

**3.1** 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).

**3.2** 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.

**4.** 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).

**4.1** 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 nait 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.

**4.2** 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).

**4.3** 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'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). 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'IPAI 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'IPAI est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LPGA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

**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).

**5.1** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 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 à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de manière générale favorisée par une telle circonstance (ATF 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2 ; 129 V 177 consid. 3.2). En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021, consid. 3.3).

**5.2** Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021

consid. 5.2.2). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021, consid. 5.1 et 8C_600/2020 du 3 mai 2021). Ce critère n'est en revanche pas rempli dans le cas d'un assuré qui s'est trouvé en incapacité de travail totale pendant un peu plus d'une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 précité), pendant un an et demi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020, consid. 5.4.5), pendant vingt mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022, consid. 5.3), pendant 21 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021) ou encore pendant deux ans et quatre mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021).

**6.**

**6.1** En l'occurrence, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 15 février 2021, une surexpertise judiciaire a été ordonnée et confiée aux Drs V_____ et W_____.

Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description des plaintes du recourant, un *status* clinique, des diagnostics clairs et une évaluation consensuelle convaincante des experts concernant l'exigibilité professionnelle, le rapport d'expertise bidisciplinaire judiciaire répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour se voir reconnaitre une pleine valeur probante.

**6.2** Les parties admettent la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire, sous réserve, pour l'intimée, de la diminution de rendement de 10% sur la capacité de travail de 100% considérée comme exigible de la part du recourant. L'intimée relève en effet que les experts ont retenu une diminution de rendement due à l'utilisation de cannes, laquelle apparait incertaine et sollicite un complément d'expertise sur ce point.

**6.2.1** A cet égard, les experts ont clairement relevé que le recourant utilise des cannes pour se déplacer (rapport du Dr V_____ pp. 3 et 13 et du Dr W_____ p. 29). Par ailleurs, si l'évaluation consensuelle a effectivement mentionné une diminution de rendement de 10% en raison de l'utilisation de cannes (rapport du Dr V_____ p. 22 et du Dr W_____ p. 50), le rapport du Dr V_____ est plus précis puisqu'il explique que le recourant n'a pas la mobilité réactive nécessaire pour se déplacer dans un bureau, ne serait-ce que pour aller chercher un document ou rester debout un long moment devant une photocopieuse, ce qui engendre nécessairement une diminution de rendement qu'il est difficile de chiffrer avec exactitude. Il indique que, néanmoins, si on considère que sur une heure de travail il serait amené à se lever entre cinq et dix minutes en tout, on peut estimer la diminution de rendement à 10% (rapport du Dr V_____ p. 12). Les déplacements évoqués par le Dr V_____ sont usuels pour une activité de bureau et peuvent être admis. Ces explications permettent de comprendre que même dans une activité adaptée, de type bureau, en position assise, ne nécessitant pas de déplacement

régulier et sans port de charges même légères, le recourant présente, en raison de ses difficultés de mobilité, une diminution de rendement de 10%. Celle-ci, convaincante et motivée, peut être confirmée.

**6.2.2** En conséquence, un taux d'activité exigible de 45% peut être retenu dès le 25 mai et de 90% dès le 22 juin 2009 et, par appréciation anticipée des preuves, il sera renoncé à l'ordonnance d'une complément d'expertise auprès des experts judiciaires.

**6.3** Enfin, le taux de l'IPAI, fixé à 30% par les experts, est admis par les parties de sorte qu'il sera confirmé.

**7.** S'agissant du lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident, le Tribunal fédéral a constaté que l'accident était classé dans la catégorie des accidents de catégorie moyenne stricto sensu, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par les parties et 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 aurait 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).

Il convient en conséquence d'examiner si le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail est réalisé, étant relevé que si celui-ci est admis, le lien de causalité adéquate entre l'accident et le trouble psychique doit également être admis.

**7.1** Les experts judiciaires ont conclu à une incapacité de travail totale du recourant, dans toute activité, du 18 mai 2007 au 24 mai 2009, soit pendant une durée de presque 24 mois. La capacité de travail était ensuite de 45% jusqu'au 21 juin 2009 et de 90% au-delà.

**7.2** Au vu de la jurisprudence précitée, laquelle considère qu'une incapacité de travail totale de près de trois ans permet d'admettre le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail et celle qui refuse d'admettre ce critère sur la base d'une incapacité de travail totale de 21 mois et de deux ans et quatre mois, l'incapacité de travail totale de 24 mois du recourant est insuffisante pour considérer que ce critère est réalisé. L'arrêt du Tribunal fédéral du 9 juillet 1997 évoqué par le recourant, lequel admet ledit critère sur la base d'une incapacité de travail totale de dix-huit mois est antérieur aux jurisprudences précitées qui se réfèrent à une durée de presque trois ans, de sorte qu'il ne peut l'emporter sur celles-ci. Il en est de même de l'ATAS/849/2012 du 25 juin 2012, lequel admet ce critère sur la base d'une incapacité de travail totale de deux ans. En outre, au vu

de la jurisprudence précitée, le fait que la dernière activité n'est plus exigible n'est pas déterminant, tout comme la diminution de rendement de 10%, même si elle perdure vu qu'elle se rapporte à une capacité de travail totale reconnue au recourant depuis le 22 juin 2009. Partant, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail doit en l'occurrence être nié, ce qui conduit à exclure le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident. La question de la valeur probante de l'expertise du Dr L_____ peut dès lors rester ouverte.

**8.**

**8.1** Il convient de calculer le degré d'invalidité sur la base d'une capacité de travail exigible du recourant de 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 1er mars 2016.

Les revenus sans et avec invalidité tels que retenus par l'intimé ne sont pas contestés, soit un revenu sans invalidité de CHF 76'909.- et un revenu d'invalide, pour un taux d'activité de 100%, de CHF 61'094.-

Compte tenu d'un taux d'activité exigible du recourant de 90%, le revenu d'invalide est finalement de CHF 54'984.-.

Le taux d'invalidité est ainsi de :

$$\frac{76'909 - 54'984}{76'909} = 28{,}5\%, \text{ arrondi à } 29\%$$

**8.2** Enfin, le taux de l'IPAI de 30% retenu par les experts est admis par les parties.

**9.** Au demeurant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 29% depuis le 1er mars 2016 ainsi qu'à une IPAI de 30%.

Conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA, et comme requis par le recourant, un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 1er mars 2018 sur le montant de la rente d'invalidité et sur le montant de l'IPAI non encore perçu.

**10.**

**10.1** Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais

relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Dans la mesure où, en principe, les mêmes règles de procédure, à savoir les art. 43 à 49 LPGA, sont applicables à l'instruction de la demande aussi bien en matière d'assurance-invalidité que dans le domaine de l'assurance-accidents, les principes jurisprudentiels régissant la prise en charge des frais d'expertise du COMAI par les offices de l'assurance-invalidité valent également par analogie lorsque le tribunal cantonal juge un complément d'instruction nécessaire et ordonne la mise en œuvre d'une expertise au lieu de renvoyer la cause à l'assureur-accidents. Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.4). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_333/2019 du 18 septembre 2019 consid. 3). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux exigences jurisprudentielles, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

**10.2** En l'occurrence, le Tribunal fédéral a estimé que l'expertise judiciaire du Dr U_____ devait être écartée et qu'une surexpertise était nécessaire, les seules appréciations des médecins-conseils de l'intimée n'ayant pas la même valeur

qu'une expertise administrative ou judiciaire. Partant, il convient d'admettre que l'instruction à laquelle a procédé l'intimée était lacunaire, de sorte que les frais d'expertise judiciaire en CHF 11'000.- (rapport d'expertise du Dr W_____ du 7 octobre 2022 - facture du 18 juin 2023) et CHF 18'000.- (rapport d'expertise du Dr V_____ du 19 octobre 2022 - facture du 25 mai 2023) seront mis à sa charge.

**10.3** Pour le surplus, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émolument et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 7 avril 2017.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 29% depuis le 1er mars 2016 et à une IPAI de 30%, avec intérêts à 5% l'an depuis le 1er mars 2018, dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à charge de l'intimée.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 29'000.- à charge de l'intimée.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

| La greffière | La présidente |
|---|---|
| Adriana MALANGA | Valérie MONTANI |

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