

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2347/2017

ATAS/529/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 23 juin 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHATELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1; Postfach 4358, LUZERN

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1973, originaire du Portugal, titulaire d'un livret C, divorcé, père de deux enfants nés en 1998 et 2003, est entré en Suisse en 1989.

Il a exercé une activité professionnelle de responsable (serveur/assistant/manager) du restaurant B_____ de 1991 à 2002 pour un salaire en 2001 de CHF 5'600.- par mois, avec réévaluation prévue en avril 2001 selon la confirmation d'engagement de l'employeur du 19 janvier 2001, de superviseur pour C_____ en 2010, de gestionnaire du bar D_____ en 2003-2004, d'agent de sécurité en 2005-2006 et depuis le 1^{er} novembre 2006 de démolisseur pour E_____ SA (ci-après : l'employeur) et assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) pour un salaire horaire de CHF 40.-, vacances et treizième salaire inclus, avec un horaire irrégulier.

2. Du 1^{er} novembre au 7 décembre 2006, l'assuré a réalisé un salaire de CHF 9'200.-.
3. Le 8 décembre 2006, l'assuré a été victime d'un accident de voiture en Espagne comme passager, avec un choc latéral droit. Le conducteur du véhicule est décédé. L'assuré a été hospitalisé trois jours en Espagne et rapatrié en Suisse par la REGA ; il a présenté une incapacité totale de travail. Le cas a été pris en charge par la SUVA. Une indemnité journalière de CHF 164.95 a été versée à l'assuré (39,2 heures par semaine x CHF 36.92 x 52 semaines = CHF 75'257.72 x 80 % = CHF 60'206.18 : 365).
4. Le 14 décembre 2006, le département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) a rendu un rapport attestant d'une intervention du 13 décembre 2006 (ostéosynthèse de l'humérus gauche et d'une autre le 22 décembre 2006 (évacuation hématome cuisse gauche) en raison d'une fracture ouverte stade I médio-diaphysaire humérus gauche et hématome important de la fesse gauche.
5. Le 28 mars 2007, le Département de chirurgie des HUG a indiqué dans un rapport LAA du 21 mai 2007 que les suites postopératoires étaient simples, qu'un traitement de physiothérapie de l'omoplate et immobilisation de l'épaule droite étaient prévus pour huit semaines, que l'évolution était favorable ; dans un rapport LAA du 23 octobre 2007 que la fracture était en voie de consolidation et dans un rapport du 10 décembre 2007, qu'il y avait une amélioration de la symptomatologie, avec augmentation de la force et probablement un dommage permanent de douleurs résiduelles et perte de force.
6. Le 4 mars 2008, le docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique, a rempli un rapport LAA attestant de la persistance de douleurs au niveau de la fesse et lombaire et d'un traitement de physiothérapie en cours avec un vraisemblable dommage permanent.

7. Lors d'un entretien avec la SUVA le 4 mars 2008, l'assuré a indiqué qu'il était en train de créer avec d'autres associés une société "G_____ Sàrl" à Lausanne.
8. Une IRM du rachis lombo-sacré et des articulations sacro-iliaques du 5 mars 2008 a conclu à un contexte de sacralisation de L5, discrètes discopathies étagées de L2 à L5 ; en L4-L5, discrète latéralisation gauche du débord discal déformant de manière minimale l'origine de la gaine radiculaire L5 gauche.
9. Le 15 avril 2008, le docteur J_____, FMH chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré et rendu un rapport selon lequel l'assuré déclarait que l'évolution du bras gauche était favorable, avec une flexion du coude limitée, des douleurs persistaient en barre en bas du dos et au niveau de la fesse et de la cuisse avec une diminution de la sensibilité et de la force et endurance du membre inférieur gauche. Il espérait un poste administratif dans la société qu'il avait créée. Un bilan multidisciplinaire en clinique de réadaptation pouvait être considéré. L'examen ayant permis de poser le diagnostic de fracture du bassin n'était pas disponible.
10. Le 24 juillet 2008, la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) a attesté d'un séjour de l'assuré du 10 juin au 9 juillet 2008 pour un diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles, diagnostics secondaires de lombalgies persistantes non spécifiques d'origine musculo-squelettique (M 54.5), discopathies dégénératives lombaires étagées débutantes (M 51.9), douleurs persistantes de la racine du membre inférieur gauche (M 79.6), 08.12.2006 : AVP en Espagne : fracture ouverte stade I médiadiaphysaire de l'humérus gauche (T 92.1), fracture de la branche ischiopubienne gauche non déplacée (T 91.2), hématome important de la cuisse gauche (T 93.8), traumatisme crânio-cérébral modéré (T 90.8), 13.12.2006 : ostéosynthèse de l'humérus gauche (Z 98.8) et 22.12.2006 : évacuation de l'hématome de la cuisse gauche.

L'assuré se plaignait de douleurs à l'effort en flexion forcée du coude, vraisemblablement due à une plaque, de douleurs à la cuisse gauche, de la fesse jusqu'au genou nécessitant de la physiothérapie, de douleurs dans la colonne lombaire basse, s'étendant au bassin, d'origine musculo-squelettique non spécifique qui ne s'étaient pas améliorés durant le séjour, de troubles de la mémoire, d'impatience, d'instabilité, de fatigabilité. L'évolution du bras avait été favorable et la restriction du coude était très minimale. Un examen neuropsychologique montrait des troubles attentionnel modérés à sévère avec une fatigabilité importante en cours de tâche et des troubles mnésiques sévères en modalité verbale et plus modérés en modalité visuo-spatiale. Selon le rapport du 17 juin 2008 du consilium de l'appareil locomoteur, il fallait reconditionner l'assuré avec des exercices de renforcement du membre supérieur. La plaque ne devrait pas le gêner s'il ne faisait pas de flexion forcée du coude. Un rapport du 18 juin 2008 suite à une consultation neurologique du 13 juin 2008 a conclu à l'existence de troubles mnésiques et attentionnels et à une fatigabilité justifiant une IRM cérébrale.

Un examen neuropsychologique des 12, 13 et 18 juin 2008 a mis en évidence au premier plan des troubles attentionnels modérés à sévères, associés à une fatigabilité importante en cours de tâche, particulièrement lorsque celle-ci réclamait un niveau élevé de traitement de l'information (attention divisée par exemple, épreuves réalisées sous pression temporelle). S'ajoutaient des troubles mnésiques antérogrades sévères en modalité verbale, plus modérés en modalité visuo-spatiale. Les praxies, gnosies, le langage, les capacités exécutives et le raisonnement étaient préservés.

11. Un rapport de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 1^{er} septembre 2008 suite à une consultation neurologique du 26 août 2008 a relevé qu'une IRM avait montré une lésion confirmant un TCC modéré expliquant une partie des plaintes cognitives. Une réinsertion professionnelle devait se faire progressivement. Il était attendu sur le plan TCC une récupération fonctionnelle excellente.
12. Un rapport de la CRR du 8 septembre 2008 suite à un consilium psychiatrique du 5 septembre 2008 a relevé que la douleur était au centre du tableau, qu'il n'y avait pas de psychopathologie majeure mais de faibles modulations thymiques et une apathie générale, justifiant l'introduction d'un antidépresseur.
13. Le 29 septembre 2008, l'assuré a été opéré par le Dr F_____ (ablation du matériel d'ostéosynthèse).
14. Le 7 octobre 2008, un médecin d'arrondissement de la SUVA a noté que les troubles attentionnels et l'importante fatigabilité contre-indiquaient une exposition à des situations dangereuses et aux efforts. L'état serait stabilisé trois à quatre mois après l'AMO.
15. Le 30 octobre 2008, le Dr F_____ a attesté de l'ablation de la plaque de l'humérus gauche le 29 septembre 2008, avec une nette amélioration de la mobilité du bras et quasi disparition des douleurs lors de la flexion.
16. Le 5 novembre 2008, le Dr F_____ a attesté d'une bonne évolution avec disparition des douleurs du bras.
17. Le 5 novembre 2008, le docteur I_____, FMH rhumatologie, a attesté d'une évolution stationnaire.
18. Selon un entretien avec la SUVA du 13 novembre 2008, l'assuré se plaignait de douleurs au bassin, à la nuque, dans la région lombaire, à la cuisse gauche et de problème de concentration, mémoire et troubles du sommeil. Il s'était retiré de la société G_____ Sàrl en septembre 2008.
19. Le 24 novembre 2008, l'employeur a indiqué à la SUVA que le salaire horaire était de CHF 41.60 en 2008.

20. Le 8 janvier 2009, le docteur H_____, FMH pneumologie, a posé le diagnostic de syndrome des apnées/hypopnées obstructive du sommeil et une suspicion de syndrome des jambes sans repos.
21. Le 9 janvier 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
22. Le 25 janvier 2009, le Dr F_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de status post fracture de l'os humérus gauche le 13 décembre 2006 et TCC avec PC. Il suivait l'assuré depuis le 5 juin 2007 au niveau de la fracture de l'humérus. Le matériel avait été ôté le 29 septembre 2008 avec une bonne évolution. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 décembre 2006. Un travail de démolisseur était impossible.
23. Le 28 janvier 2009, le Dr I_____ a remplis un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de traumatisme crânien, status après fracture de l'humérus et branche ischiopubienne gauche. Il suivait l'assuré depuis le 13 août 2008. L'assuré se plaignait de douleurs partout, d'un grand état de fatigue, d'irritabilité et d'un manque de concentration. L'incapacité de travail était totale. Il devait pouvoir bénéficier d'une réadaptation professionnelle.
24. Le 18 mars 2009, l'employeur a attesté d'un engagement du 1^{er} novembre 2006 au 28 février 2009, d'un horaire hebdomadaire de travail de 46,5 heures pour un salaire horaire de CHF 40.- depuis le 1^{er} novembre 2006 et d'un salaire versé en 2006 de CHF 9'200.-.
25. Le 25 mars 2009, le Dr J_____ a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré. Les douleurs du rachis avaient une origine musculo-squelettique non spécifique, sans origine précise; les douleurs à la cuisse gauche n'étaient pas expliquées ; s'agissant du TCC, une réévaluation neurologique pourrait être considérée car les conclusions de la CRR n'étaient pas définitives. Les aptitudes mesurées par la CRR permettaient un travail demandant des efforts légers à moyens permettant l'alternance des postures assise et debout et ne demandant pas des déplacements prolongés à pied en terrains difficiles et ne l'exposant pas de façon prolongée au froid et à l'humidité. L'examen de ce jour ne révélait pas d'éléments qui permettaient de se séparer de cette appréciation.
26. Le 28 mars 2009, la doctoresse K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a diagnostiqué un trouble thymique organique dépressif depuis 2008. Elle suivait l'assuré depuis le 15 décembre 2008, lequel présentait un repli social, une asthénie, inhibition et ralentissement, de la fatigue et de l'hypersomnie. L'incapacité de travail était totale depuis le 15 décembre 2008 mais sitôt que le traitement deviendrait efficace, une reconversion professionnelle était parfaitement exigible.
27. Le 11 mai 2009, le docteur L_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les avis étaient contradictoires concernant l'humérus gauche, quant à la capacité de travail et par rapport à l'affection elle-même ; il n'était pas possible d'évaluer les conséquences sur la capacité de travail de la fracture de la branche ischiopubienne

gauche; le rhumatologue n'évoquait pas les lombalgies alors que l'assuré lui avait été adressé pour ce problème ; les troubles cognitifs avaient été démontrés en été 2008 et on n'en savait rien aujourd'hui; enfin il se demandait s'il existait une possible atteinte psychiatrique organique. Il était impossible d'imposer la MIP et l'instruction médicale devait être poursuivie.

28. Un entretien d'évaluation AI avec l'assuré a eu lieu le 11 mai 2009 au cours duquel ce dernier a évoqué des douleurs augmentées depuis février 2009. Il était proposé de suivre les indications du SMR.
29. Par communication du 14 mai 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible actuellement.
30. Le 7 juillet 2009, Madame M_____, psychologue et neuropsychologue, a rendu un rapport à la demande de la Dresse K_____.

Elle a conclu, après examen, à des performances très insuffisantes dans les domaines de l'apprentissage mnésique. Des difficultés avaient aussi été relevées à l'occasion d'épreuves exécutives et de raisonnement. Les performances en fluence verbale étaient irrégulières; des difficultés étaient apparues lors de tâches simples, au calcul, et à la reconnaissance de dessins enchevêtrés. Quant aux épreuves attentionnelles, il fallait noter des temps de réaction ralentis. Ces résultats déficitaires devaient être interprétés à la lumière de réactions de catastrophe et de blocages anxieux. Une éventuelle origine organique, en l'état, ne pouvait être inférée de l'observation du jour, extrêmement colorée par ces derniers éléments psychogènes.

31. Le 5 août 2009, le Dr N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré.

Celui-ci se plaignait principalement de douleurs (bassin, dos, cuisse et jambe gauches), d'une fatigabilité, d'une perte d'énergie, d'une perte de plaisir au quotidien, d'une tendance à l'irritabilité, de trouble de la mémoire et de la concentration. Le médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec un syndrome somatique (F 32.1) ; l'état dépressif était caractérisé par une inhibition d'intensité moyenne associé à des douleurs chroniques pas toutes expliquées par des raisons somatiques et des troubles neuropsychiques. Cette atteinte justifiait une incapacité de travail partielle.

32. Le 8 août 2009, le docteur I_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis son rapport du 28 janvier 2009. Une reprise de travail était actuellement impossible. Il ne pouvait porter plus de 5 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage et rester debout plus de 45 minutes. Il présentait des douleurs sur le côté droit (au membre supérieur et inférieur), au bassin et une boiterie à la marche. Il y avait des limitations des mouvements de l'épaule, de la hanche et un blocage et raideur L5-S1. Il fallait aussi tenir compte des graves troubles neuropsychologiques.

33. Le 10 août 2009, le docteur O_____, FMH neurologie, a proposé un traitement du syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil par CPAP.
34. Les 18 août, 16 septembre et 4 décembre 2009, le Dr I_____ a attesté, dans des rapports médicaux adressés à la SUVA, d'une évolution favorable au niveau de la mobilité, surtout du bassin mais pas des troubles neuropsychologiques.
35. Le 24 août 2009, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, qu'il y avait toujours une faiblesse du membre supérieur gauche. Il y avait une incapacité totale de travail comme démolisseur.
36. Un rapport de la CRR du 27 août 2009 a résumé une consultation (médecine physique et réhabilitation) du 26 août 2009 selon laquelle la plainte principale était la persistance de douleurs lombo-pelviennes fémorales gauches; l'assuré présentait peu d'initiatives pour rechercher un emploi peu contraignant physiquement. Un travail adapté était possible, soit avec efforts légers à moyens, alternance des postures assise/debout, sans déplacements prolongés en terrain difficile et sans exposition prolongée au froid et à l'humidité. L'incapacité de travail totale était prolongée jusqu'au 30 septembre 2009.
37. Le 4 septembre 2009, la doctoresse K_____ a attesté d'un état stationnaire dans l'ensemble, d'un diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil posé par le Dr P_____, FMH pneumologie le 8 janvier 2009. Il y avait une aggravation de l'hypersomnie sans traitement antidépresseur. L'aggravation était liée à la possible influence des psychotropes sur un cerveau ayant subi un traumatisme. Il était possible que la correction de l'oxymétrie entraînait une hypersomnie, asthénie, (illisible), fatigabilité et des douleurs.
38. Le 22 septembre 2009, le Dr L_____ a évoqué la nécessité d'une expertise psychiatrique.
39. Le 24 septembre 2009, le docteur Q_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré. L'assuré se plaignait de douleurs partout ; physiquement il ne présentait comme séquelle du traumatisme qu'une cicatrice brachiale gauche, sans aucun dommage permanent.
40. Par décision du 10 novembre 2009, la SUVA a mis fin aux prestations pour le 15 novembre 2009 au motif qu'il n'y avait plus de séquelle de l'accident nécessitant un traitement et que les troubles psychiques n'étaient pas dans un rapport de causalité avec l'accident.
41. Le 17 novembre 2009, HELSANA ASSURANCES SA a fait opposition à la décision de la SUVA au motif que les troubles neuropsychologiques étaient médicalement objectivés.
42. Le 24 novembre 2009, les docteurs R_____ et S_____ du SMR ont recommandé un examen psychiatrique et rhumatologique au SMR.

43. Le 30 novembre 2009, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à la décision de la SUVA du 10 novembre 2009 en contestant l'avis du Dr Q_____ et en relevant que celui du Dr N_____ n'avait à tort pas été retenu, que l'accident était grave et que même s'il était qualifié de moyen les troubles psychiques étaient en lien de causalité avec l'accident.
44. Le 26 janvier 2010, les docteurs T_____, FMH médecine physique et rééducation, et U_____, FMH psychiatrie, ont rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré du 12 janvier 2010.

L'assuré se plaignait de douleurs du bassin et de la cuisse gauche avec une hyposensibilité et faiblesse du membre inférieur gauche, de fatigue générale, trouble de la concentration/mémoire, de céphalées frontales, de réveils nocturnes dus aux douleurs, d'un moral fluctuant et d'une dyspnée à l'effort.

Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non spécifiques (M 54.5), discopathies dégénératives pluri-étagées et troubles de la transition avec sacralisation partielle de L5 (M 51.89) ; douleurs persistantes de la racine du MIG post-traumatique (status après évacuation chirurgicale d'un important hématome de la cuisse gauche (T93.8), status après fracture de la branche ischiopubienne gauche (T 91.2), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.1) et sans répercussion sur la capacité de travail de status après TCC (T 90.8), status après fracture ouverte médio-diaphysaire de l'humérus gauche, traitée par ostéosynthèse et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29 septembre 2008 (T 92.1), apnées du sommeil appareillées et surcharge pondérale modérée.

L'assuré présentait, actuellement, une symptomatologie algique chronique sans véritable substrat organique, hormis un trouble transitionnel et des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire. Associée à un status post-traumatique remontant à plus de trois ans, la globalité des plaintes mise en avant par l'assuré, actuellement, ne pouvait s'expliquer par les atteintes à la santé objective sur le plan organique. Les plaintes évoquées par l'assuré s'intégraient vraisemblablement dans un processus de type d'invalidation post-traumatique.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, éviter les postions statiques assises prolongées au-delà d'une heure, sans possibilité de varier les positions assises/debout, minimum une fois par heure, de préférence à la guise de l'assuré. Eviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Diminution du périmètre de marche à environ une heure, éviter les positions statiques debout immobiles prolongées.

L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 8 décembre 2006 jusqu'au 31 décembre 2008 (six semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 29 septembre 2008) et nulle dans toute activité adaptée depuis le 1^{er} septembre

2009 (en raison de la rémission de l'état de santé psychique, depuis cette date), notamment comme gérant d'un établissement de restauration rapide ou de bar.

45. Le 10 février 2010, les Drs R_____ et S_____ du SMR ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 8 décembre 2006 (démolition/protection rapprochée), de 25 % dès le 1^{er} janvier 2009, de 50 % dès le 1^{er} avril 2009, de 75 % dès le 1^{er} juillet 2009 et de 100 % dès le 1^{er} septembre 2009 dans une activité de gérant bar/restaurant ou toute activité adaptée.
46. Par communication du 4 mars 2010, l'OAI a ordonné une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.
47. Le 9 mars 2010, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport selon lequel le taux d'invalidité était nul de sorte que le droit à des mesures professionnelles ou une rente n'était pas ouvert. Une aide au placement pourrait être proposée.
48. Le 24 mars 2010, la SUVA a annulé sa décision du 10 novembre 2009 et repris le versement des prestations depuis le 15 novembre 2009.
49. Par projet d'acceptation de rente du 9 avril 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité (taux de 100 %) du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2009 et une demi-rente d'invalidité (taux de 50 %) du 1^{er} juillet au 30 septembre 2009.

Le droit à la rente était né le 1^{er} décembre 2007 mais ne pouvait être accordé que depuis le 1^{er} janvier 2008 vu le dépôt de la demande le 16 janvier 2009. L'incapacité de travail était totale du 8 décembre 2006 au 31 décembre 2008, puis dans une activité adaptée de 75 % du 1^{er} janvier au 31 mars 2009, puis de 50 % du 1^{er} avril au 30 juin 2009 puis de 25 % du 1^{er} juillet au 31 août 2009. Dès le 1^{er} septembre 2009, une capacité de travail totale dans une activité adaptée était exigible telle l'ancienne activité de la restauration.

50. Un rapport du Dr I_____ du 3 mai 2010 a attesté que l'assuré souffrait probablement de troubles neuropsychologiques nécessitant des investigations. Il proposait qu'une expertise rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique soit demandée.
51. Le 12 mai 2010, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition au projet de décision de l'OAI en faisant valoir qu'il souffrait de séquelles orthopédiques, psychiques et neurologiques. Il avait continué son traitement auprès de la Dresse K_____ et était en traitement auprès du Dr V_____. Il souffrait de graves troubles de la concentration, d'irritabilité, de fatigabilité, de troubles de l'humeur ainsi que de douleurs sur le plan orthopédique qui affectaient sa capacité de gain. Il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement des mesures d'ordre professionnel.
52. Une IRM du rachis lombo-sacré et des articulations sacro-iliaques du 14 mai 2010 a conclu, en comparaison de l'examen du 5 mars 2008, à une discrète accentuation du débord discal postéro-latéral gauche en L4-L5, déformant de manière un plus marquée l'origine de la gaine radiculaire gauche.

53. Le 3 septembre 2010, le Dr I_____ a indiqué à la SUVA que pour lui les troubles neuropsychologiques primaient.
54. Le 5 septembre 2010, le Dr F_____ a indiqué à la SUVA qu'il y avait, au 29 octobre 2008, date du dernier examen, une bonne évolution au niveau du coude.
55. Le 28 septembre 2010, le Dr V_____ a constaté des plaintes de lombosciatalgies et céphalées, sans déficit neurologique constaté.
56. Le 2 octobre 2010, la Dresse K_____ a écrit à la SUVA qu'elle n'avait pas revu l'assuré depuis le 4 février 2010; l'Efexor avait permis une atténuation de la dyssomnie et une discrète amélioration de l'énergie. Il présentait une résistance aux traitements et une sensibilité cérébrale accrue aux psychotropes, possiblement due à la contusion cérébrale, un syndrome psychiatrique constitué essentiellement d'une aboulie, d'une hypersomnie, d'un émoussement affectif confinant à un syndrome psycho-organique de degré modéré. L'Efexor était partiellement efficace.
57. Le 8 février 2011, le Dr I_____ a indiqué une évolution stationnaire.
58. Le 14 février 2011, le docteur W_____, FMH neurologie, psychiatrie et psychothérapie, médecin SUVA, a rendu une appréciation médicale.

Elle a posé les diagnostics de status post-contusion cérébrale dans le contexte d'un polytraumatisme; trouble thymique organique dépressif, voire psycho-syndrome organique et syndrome d'apnées du sommeil.

Aucune lésion du parenchyme cérébral susceptible d'avoir provoqué d'importants déficits neuropsychologiques n'était identifiable aux examens radiologiques. L'assuré avait subi un traumatisme crânien léger de catégorie 2 (perte de connaissance et confusion du mécanisme accidentel).

Aucune atteinte importante du système nerveux central ou périphérique n'était vraisemblablement imputable à l'accident.

L'IRM du 3 juillet 2008 permettait de déceler éventuellement une seule petite lésion accidentelle, sans atteinte cérébrale. Si le signal dans la région pariétale gauche vu à l'IRM était une contusion ou hémorragie due à l'accident, il n'en découlerait aucune atteinte sur le plan neurologique ou neuropsychologique. Il pouvait exister un syndrome de la douleur concomitant ou des influences psychiques ou sociales. Il n'y avait pas de syndrome de céphalées post-traumatique aiguës; les céphalées par abus médicamenteux, envisagées, n'étaient pas une séquelle probable de l'accident.

Aucune atteinte du système nerveux central ou périphérique susceptible d'avoir un lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2006 n'était décelable chez l'assuré. Sur le plan neurologique, on pouvait conclure que ni les observations des examens neuropsychologiques réalisés chez l'assuré en 2008 et 2009, ni les caractéristiques psychiatriques ou psychiques ne pouvaient être expliquées par des lésions cérébrales organiques accidentelles. Sur le plan neurologique et/ou

neuropsychologiques, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était due dans le cadre de l'accident du 8 décembre 2006.

Aucune séquelle neurologique organique d'accident ne limitait l'aptitude à conduire de l'assuré. Cette appréciation n'excluait pas l'existence d'une atteinte pathologique (p. ex. due à un syndrome d'apnée du sommeil ou autre) chez l'assuré.

59. Le 9 août 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'elle avait mandaté Europ Assistance afin de réunir tous les documents médicaux pertinents de l'Hôpital Campo Arañuela Naval Moral.
60. Un rapport du Dr I_____ du 8 mars 2011 a attesté que l'assuré souffrait de douleurs ostéoarticulaires sur tout le côté gauche, avec des épisodes de blocage au niveau cervical et lombaire. Il avait de la peine à se déplacer, monter, descendre, devait changer de position toute les 45 minutes, pouvoir s'étendre toute les deux heures, ne pas porter de charges supérieures à 5 kg et éviter les mouvements en flexion du rachis.
61. Par décision du 23 février 2012, l'OAI a alloué à l'assuré du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009 une rente entière d'invalidité et du 1^{er} juillet au 30 septembre 2009 une demi-rente d'invalidité.
62. Le 30 mars 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision du 23 février 2012 de l'OAI auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 8 décembre 2007. Préalablement, il a sollicité qu'une instruction médicale soit ordonnée auprès du Dr I_____ et par le biais d'une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique.

Il fait valoir qu'il souffrait de nombreuses limitations fonctionnelles et de douleurs qui l'empêchaient de travailler. L'IRM de mai 2010 avait mis en évidence une aggravation. De plus, l'examen SMR était ancien, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire. L'avis du Dr I_____ devait être sollicité.
63. Le 25 avril 2012, la Dresse S_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel l'IRM du 14 mai 2010 ne démontrait pas d'aggravation radiologique manifeste de la situation et, en l'absence d'élément clinique, les conclusions du SMR de février 2010 étaient toujours valables.
64. Le 27 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le recourant n'avait pas de nouveaux diagnostics depuis l'examen du SMR. Une expertise n'était pas nécessaire, en particulier un examen neuropsychologique, le SMR ne l'ayant pas évoqué. Enfin, le salaire de démolisseur n'était pas pertinent puisque l'activité n'avait été exercée que durant quatre mois.
65. Le 11 mai 2012, Monsieur X_____, physiothérapeute, a attesté d'un traitement depuis une année de une à deux fois par semaine dans la région du rachis, du membre inférieur gauche, des muscles du tronc, un reconditionnement à l'effort et

une ergonomie de posture; l'évolution était favorable pour la mobilité du rachis et le contrôle postural.

66. Le 15 mai 2012, l'assuré a transmis des rapports du Dr I_____, dont :
- a. Deux rapports des 16 et 23 avril 2012 selon lesquels le Dr I_____ suivait l'assuré depuis le 13 août 2008 à raison d'une fois par mois ; l'état de santé était stationnaire depuis le 18 avril 2008 avec des périodes d'amélioration et des périodes d'aggravation ; il devait suivre des traitements de kinésithérapie et acupuncture; il se plaignait de cervicalgies, lombalgies chroniques, de douleurs du bassin et du membre inférieur avec quatre à cinq fois par année des blocages nécessitant des infiltrations articulaires, des troubles de la mémoire et de la concentration entraînant une inaptitude au travail dans toute profession ; il n'existait pas d'activité adaptée.
 - b. Un rapport du 1^{er} mai 2012 selon lequel le diagnostic était celui de rachialgies chroniques avec sciatalgies gauches suite à une fracture de l'humérus gauche et de la branche ischiopubienne gauche.

67. Le 18 juin 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle; l'assuré a déclaré :

« J'ai encore des douleurs au bassin, aux vertèbres et à la jambe gauche qui me réveillent plusieurs fois par nuit. J'ai encore des difficultés à la marche et à être assis longtemps, j'arrive à tenir en position assise au maximum une heure. Je me lève vers 7-8 heures, je me promène un peu et après je vais voir mon fils. Je vis avec une amie qui s'occupe du ménage et qui m'aide pour les courses. Je suis principalement gêné par les douleurs physiques. Je suis suivi actuellement par le Dr I_____, j'ai cessé le traitement auprès de la Dresse K_____ depuis un an et demi environ pour des raisons financières. Je suis également un traitement de physiothérapie une fois par semaine au minimum. Je ressens également de la fatigue. J'estime que ma situation ne s'est pas vraiment améliorée. Je ne sais pas si je suis capable d'assumer un travail en raison de la fatigue et des douleurs. Je ne pense pas que je serais capable d'assumer un travail car j'ai des difficultés à tenir les positions assises longtemps et également en raison de la fatigue. J'ai été un peu déçu de mon séjour à la CRR car ils m'ont dit que mes douleurs étaient dans la tête alors que je pensais trouver une explication en y allant. C'est une conclusion que les médecins donnaient à tous les autres patients en séjour avec moi. Je porte chaque nuit un appareil pour l'apnée qui a amélioré la situation à ce niveau-là. Je ne sais pas si la SUVA envisage d'autres mesures d'instruction médicale. Dans le quotidien j'oublie plus de choses qu'avant. Je dois noter ce que je dois faire. J'ai de la peine à lire longtemps je ne peux d'ailleurs pas lire un livre en entier. J'ai des problèmes à me concentrer. Cette situation me gêne dans mon quotidien de sorte que j'imagine que dans une profession elle me gênerait également. Après la gestion du restaurant B_____ j'ai ouvert un bar à mon propre compte que j'ai dû remettre et juste après j'ai débuté un travail dans la sécurité puis de démolisseur en décembre 2006. Mon

projet professionnel était de faire une formation de garde du corps, j'avais pris le travail de démolisseur en attendant. Je relève que le travail dans la restauration même en tant que gérant se fait essentiellement debout car le gérant aide pour toutes les tâches notamment le service. La restauration est un travail très dur. Actuellement je n'arriverais pas du tout à faire ce travail. Je souhaite être soumis à une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique ».

L'assuré a transmis à nouveau les rapports du Dr I_____ des 3 mai 2010, 8 mars 2011, 16 avril 2012, 23 avril 2012 et 1^{er} mai 2012.

68. Le 29 juin 2012, à la demande de la Cour de céans, la Dresse K_____ a rendu un avis médical. Elle a posé les diagnostics de trouble thymique organique dépressif, syndrome d'apnées et hypopnées obstructives sévères, syndrome de mouvement involontaires des membres inférieurs, trouble du déficit d'attention synd hyperactivité, status post contusion cérébrale et status post-polytraumatisme.

La réponse aux divers traitements avait été infructueuse; la thymie dépendait fortement des douleurs; outre les douleurs, une asthénie marquée et une moindre résistance à l'effort, l'assuré présentait des troubles du sommeil imputables au syndrome d'apnées et aux mouvements involontaires des membres inférieurs. Hormis ce qui relevait du status post-traumatisme crânio-cérébral, le patient présentait anamnestiquement tous les critères d'un trouble de déficit d'attention qui, avant l'accident, étaient jugulés par la focalisation de son attention sur des activités qui le passionnaient mais, après l'accident, l'assuré avait perdu l'acuité et la capacité physique et mentale de trouver des sources d'intérêt.

L'assuré était capable de travailler à temps partiel par exemple dans la gérance d'un bar, comme le Dr N_____ l'avait aussi constaté. Il présentait certainement une sensibilité cérébrale aux psychotropes compte tenu du TCC.

69. Le 23 juillet 2012, le recourant a observé que la récupération fonctionnelle excellente envisagée par le CRR le 1^{er} septembre 2008 ne s'était pas produite, comme rappelé par le Dr N_____ le 5 août 2009, que la Dresse K_____ admettait une limitation de sa capacité de travail pour des motifs psychiques et, enfin, qu'il avait dû cesser son activité de quatre à six heures par mois (gestion d'un club de motos) en raison de son état de santé.
70. Le 13 août 2012, la Dresse S_____ du SMR a estimé que le Dr I_____ n'expliquait pas pourquoi une activité adaptée ne serait pas possible ce d'autant qu'il avait indiqué que des mesures de réadaptation étaient nécessaires et l'avis de la Dresse K_____, ainsi que l'examen neuropsychologique du 7 juillet 2009, ne permettaient pas de modifier les conclusions du SMR.
71. Le 14 août 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours.
72. Le 2 novembre 2012, une note de la SUVA faisant suite à un entretien avec l'assuré relève que celui-ci se sent mieux depuis six mois, qu'il a toujours une limitation

concernant la position assise et debout, le port de poids lourds et qu'il ressent de la fatigue et a des troubles du sommeil.

73. Le 15 novembre 2012, le Dr I_____ a rempli un rapport médical LAA dans lequel il indique un diagnostic de rachialgies chroniques avec sciatalgies gauches, un état stationnaire, un pronostic réservé et un dommage permanent, surtout des problèmes de concentration et d'attention et des blocages lombaires à répétition.
74. Le 10 décembre 2012, le docteur Y_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation selon laquelle pour les suites de l'événement traumatique de 2006, aucune lésion séquellaire n'avait été constatée du point de vue orthopédique. Sur le plan neurologique, le Dr W_____ ne retenait aucune anomalie neurologique en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident signalé. En conclusion, aucun traitement n'était à proposer et aucune incapacité de travail n'était à retenir pour les seules suites de l'accident du 8 décembre 2006.
75. Le 11 décembre 2012, la Cour de céans a confié une expertise bidisciplinaire au docteur Z_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et au docteur AA_____, médecin spécialiste en rhumatologie.
76. Le 27 mai 2013, les Drs Z_____ et AA_____ ont rendu leur rapport d'expertise, fondé sur deux entretiens psychiatriques des 24 janvier et 13 février 2013, un examen neuropsychologique de Mme AB_____ du 21 mars 2013, deux évaluations rhumatologiques des 23 et 29 janvier 2013 et une appréciation consensuelle du cas les 31 janvier et 9 avril 2013.

Du point de vue rhumatologique l'assuré se plaignait de douleurs lombaires basses, parfois de blocages, de douleurs à la cuisse gauche, d'une diminution de la force et de l'endurance du membre inférieur gauche, de fatigue, de difficulté à trouver le sommeil, de réveils nocturnes. L'assuré présentait un traumatisme cranio-cérébral entraînant une diminution de la concentration, un ralentissement verbal et des activités et des difficultés d'apprentissage ; des lombalgies aspécifiques sur probable trouble biomécanique, une discopathie dégénérative lombaire étagée débutante, une hypoesthésie de la racine du membre inférieur gauche en raquette (nerf fémoro-cutané ?), un status après fracture ouverte médico-diaphysaire de l'humérus gauche, un status après fracture de la branche ischio-pubienne gauche et un status après drainage d'un hématome de la cuisse gauche.

L'état du patient depuis l'examen de 2008 de la CRR s'était amélioré significativement. Il subsistait un état de faiblesse en particulier au niveau du membre inférieur gauche comme le démontrait le test isocinétique avec une « forte de la force » maximale (50 %) rendant difficile une reprise du travail dans un secteur de force et en particulier dans la profession occupée précédemment par le patient avant l'accident. De ce fait, sur le plan orthopédique et uniquement orthopédique, il apparaissait envisageable pour ce patient de reprendre une activité sans port de charges supérieures à 10 kg, en évitant les positions statiques et les positions en porte-à-faux. Il s'agissait aussi d'éviter des longues marches. Cela sous-

entendait que le patient était en incapacité de travail totale pour toutes les professions qu'il avait accomplies jusqu'au moment de l'accident depuis sa sortie de l'école.

Les limitations fonctionnelles se situaient surtout au niveau de la boiterie, de la diminution de la force de la musculature de la cuisse gauche, de ce sentiment de fatigabilité exacerbée par la montée et responsable d'une endurance fortement diminuée pour la marche, la station debout prolongée. Les douleurs actuelles étaient modérées et correspondaient à une situation probablement gérable.

Les activités de force demandant une grande dépense d'énergie devaient être évitées. Un travail adapté comprenant des manipulations de charge n'excédant pas 15 kg, ne comprenant pas des positions statiques prolongées ou de la marche importante étaient envisageables. Un bilan à l'Office AI devrait à nouveau être réalisé de manière à cibler les activités possibles pour l'assuré, naturellement en tenant compte des résultats de l'examen neuropsychologique. Etant donné que l'assuré ne travaillait plus depuis 2006, une reprise de l'activité devrait être progressive, de manière à lui redonner l'endurance nécessaire.

La décision de l'OAI du 23 février 2012 était correcte sous réserve de l'atteinte neurologique.

Du point de vue psychiatrique, l'assuré se plaignait de fatigue, d'oublis, d'irritabilité, de difficultés à se concentrer, de problèmes de sommeil. L'expert a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel (F07.2). Il n'y avait plus d'épisode dépressif.

Le rapport d'examen neuropsychologique du 25 mars 2013, fondé sur un examen du 21 mars 2013, a conclu à un dysfonctionnement exécutif et attentionnel modéré à sévère (manque d'incitation, déficit d'inhibition et sensibilité à l'interférence, déficit de mémoire de travail, ralentissement de la vitesse de traitement de l'information en attention sélective, déficit d'attention divisée et d'attention soutenue) ; des troubles mnésiques antérogrades modérés en modalité verbale, de nature dysexécutive (courbe d'apprentissage irrégulière, sensibilité à l'interférence en reconnaissance), sans perte d'information à long terme; des difficultés de calcul oral, probablement à mettre en lien avec le déficit attentionnel et de mémoire de travail, et de calcul écrit (perte partielle des procédures, difficile à interpréter en l'absence de données sur le niveau d'acquisition scolaire) ; des capacités langagières préservées (à l'oral et à l'écrit); des praxies constructives préservées ; des gnosies visuelles préservées; des performances dans les normes en mémoire épisodique antérograde visuospatiale; des capacités de raisonnement logico-déductif dans la norme. Le tableau était celui d'un dysfonctionnement exécutif et attentionnel compatible avec des séquelles du traumatisme crânio-cérébral modéré survenu en décembre 2006.

Il y avait une évolution favorable depuis l'évaluation de la CRR en 2008 et de Madame M_____ en juillet 2009. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

- Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminuait de manière significative l'autonomie de l'assuré dans les situations complexes : il fallait éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation, de prise d'initiative et d'auto-contrôle.
- L'usage de machines dangereuses et la conduite de véhicules était à éviter en raison des troubles attentionnels.
- Il fallait éviter de donner des consignes orales longues et complexes pour éviter de saturer la mémoire de travail de l'assuré.
- Le rendement était diminué en raison du ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, des troubles exécutifs et attentionnels.

Ainsi, une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée pouvait probablement être retenue.

Le pronostic devait être évalué en connaissance des éventuels facteurs psychiques aggravants. Sur le plan organique, six ans après l'accident peu d'améliorations étaient à espérer et les séquelles étaient considérées comme définitives. Seule une amélioration de l'état général (douleurs, fatigue, humeur) était susceptible d'améliorer partiellement le status neuropsychologique.

Selon le Dr Z_____, l'atteinte neuropsychologique liée au TCC avait entravé la capacité de travail depuis l'accident de 2006, de façon définitive. Depuis septembre 2012, l'assuré signalait une évolution favorable des douleurs et de l'humeur. Le Dr U_____ avait passé à côté des atteintes neuropsychologiques pourtant documentées par la CRR et par Mme M_____ et confirmées par Mme AB_____. Les déficits constatés par celle-ci impliquaient une baisse de rendement de 50 % dans une activité adaptée aux limitations neuropsychologiques, sous réserve de la réussite de la réinsertion progressive.

La CRR n'avait pas pris en compte les déficits neuropsychologiques. Il adhérait à l'avis du Dr N_____. Toutefois, il ne suivait pas le Dr U_____ car celui-ci retenait un diagnostic d'épisode dépressif pour le nier ensuite et ignorait les évaluations neuropsychologiques ; de même, l'avis du SRM du 10 février 2010 ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles neuropsychologiques.

Aucune amélioration n'était à attendre sur le plan neuropsychologique. Une activité physiquement légère, sans consignes multiples complexes, ni de pression de performance ou de stress temporel était exigible à 50 %. Un reconditionnement et une réinsertion professionnelle étaient indispensables. Actuellement, soit avant de telles mesures, les experts ont considérés que la capacité de travail était nulle, soit une exploitation des ressources au maximum de 20 %, l'assuré ayant une incapacité à initier par lui-même une réinsertion professionnelle.

77. Le 13 juin 2013, la Dresse S_____ du SMR a rendu un avis à la suite de l'expertise.

L'expert rhumatologue confirmait que ses conclusions étaient superposables à celles de 2010 du SMR mais ne se prononçait pas sur une capacité de travail exigible de sorte que la capacité de travail somatique était maintenue; alors que la capacité de travail était évaluée à 50 % en raison des déficits neuropsychologiques, les experts renaient une capacité de travail nulle. En conclusion, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 50 % après mise en place de mesures de réinsertion professionnelle dans une activité adaptée. Devant l'absence d'aggravation de l'état de santé, de telles mesures auraient pu être mises en place depuis janvier 2009.

78. Le 17 juin 2013, l'OAI a transmis l'avis du SMR du 13 juin 2013.
79. Le 20 juin 2013, l'assuré a observé que l'expertise concluait à une capacité de travail actuellement nulle de sorte qu'il maintenait ses conclusions en relevant qu'à l'issue des mesures d'ordre professionnel adéquates l'OAI devrait réévaluer sa capacité de travail.
80. Le 8 juillet 2013, l'OAI a précisé, à la demande de la Cour de céans, que le 12 janvier 2010, le SMR avait évalué le taux d'invalidité à 0 % de sorte que le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert. Le SMR admettait maintenant une capacité de travail de 50 % après des mesures de réinsertion ou de reclassement professionnel de sorte que l'OAI concluait au renvoi du dossier pour examen des conditions du droit à des mesures d'ordre professionnel.
81. Le 5 août 2013, la Cour de céans a fixé un délai au 20 août 2013 au recourant afin qu'il se détermine sur les conclusions de l'intimé. Le recourant n'a pas répondu.
82. A la demande de la Cour de céans, la SUVA a transmis le 25 septembre 2013 les pièces de son dossier postérieures à juin 2012.
83. A la demande de la Cour de céans, l'OAI a indiqué le 3 octobre 2013 que, s'agissant du droit à la rente avant la mise en place d'éventuelles mesures de reclassement professionnel, il concernait une rente entière. Il a transmis un avis du SMR du 3 octobre 2013 selon lequel la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 8 décembre 2006 et de 50 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2009 pour autant que des mesures soient mises en place, de sorte qu'en l'absence de celles-ci la logique découlant de l'expertise voulait que l'incapacité de travail était totale jusqu'à leur mise en place.
84. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
85. Par arrêt du 18 novembre 2013, la chambre de céans a constaté que le recourant était en incapacité de travail totale depuis le 8 décembre 2006 de sorte qu'il avait droit, compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 9 janvier 2009, à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2008, la cause étant renvoyé à l'OAI pour mise en place de mesures d'ordre professionnel.
86. Le 18 août 2014, l'expertise du Dr AA_____ et Z_____ a été versée au dossier LAA.

-
87. Par décision du 8 septembre 2014, la SUVA a fixé à CHF 126'103.15 la surindemnisation de l'assuré et informé celui-ci qu'elle effectuerait une compensation avec les arrérages de l'assurance-invalidité.
88. Le 6 octobre 2014, l'assuré a fait opposition à cette décision en contestant le calcul de la surindemnisation, qu'il a complétée le 11 novembre 2014.
89. Le 8 octobre 2014, le docteur AC_____, FMH neurologie, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation neurologique à la suite de l'expertise judiciaire du 27 mai 2013.

Le Dr W_____, dans son avis du 14 février 2011, établissait dûment la raison pour laquelle les déficiences cognitives dont se plaignait l'assuré ne pouvaient pas être imputées selon toute vraisemblance à l'accident du 8 décembre 2006. Il s'appuyait pour cela sur les informations existantes concernant le déroulement de l'accident, sur un rapport neurologique établi pendant le suivi de l'assuré à Genève, sur l'évolution ultérieure et sur les documents d'imagerie médicale. Même en supposant que la légère lésion pariétale gauche fût d'origine accidentelle, elle ne pouvait justifier le tableau clinique. Il se ralliait à ses propos. Les Drs Z_____ et AA_____ n'avaient pas abordé la question de la causalité dans leur expertise du 27 mai 2013. Leurs interprétations et conclusions ne pouvaient donc ni fragiliser l'argumentation du Dr. W_____, ni la mettre en cause.

90. Le 13 mars 2015, la doctoresse AD_____, FMH en chirurgie, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation médicale à la suite de l'expertise judiciaire du 27 mai 2013.

L'accident avait pu aggraver temporairement les troubles dégénératifs de l'assuré mais cette aggravation ne pouvait être retenue au-delà de six mois après le traumatisme. Les effets délétères de l'accident étaient éliminés à six mois de celui-ci, les problèmes vertébraux résiduels étant dès lors en relation avec les troubles dégénératifs. Concernant la fracture de la branche ischio-pubienne gauche, il s'agissait d'une fracture non déplacée, et le scanner du 13 avril 2007 traitait un remaniement post-fracturaire de la branche ischio-pubienne gauche : ceci ne pouvait conduire à des troubles à long terme après consolidation. Concernant l'hématome de la fesse gauche, il n'y avait pas au dossier de document qui permettait de déterminer qu'ils avaient laissé une lésion certaine et que dès lors, on pouvait considérer cette atteinte comme guérie et ne justifiant pas d'incapacité de travail dans quelque profession que ce soit. Lors de l'examen par le Dr J_____ le 25 mars 2009, il avait été noté une discrète modification de la cuisse proximale dans la région péri et sous-trochantérienne sans collection. Concernant le membre supérieur, le coude montrait une bonne mobilité à 130/5/0 à gauche alors qu'à droite, on retrouvait une mobilité de 140/0/0. La pro-/supination était symétrique. Les suites de la fracture de l'humérus gauche avaient été satisfaisantes et n'avaient pas laissé de séquelle justifiant d'une incapacité de travail dans quelque activité que ce fût. Le déconditionnement physique semblait avoir essentiellement des origine

contextuelles, psychologiques mais pouvait également être en relation avec les lésions dégénératives. Il était possible qu'un reconditionnement physique soit propre à amener une légère amélioration de l'état physique de l'assuré, mais ceci ne découlait pas directement des suites de l'accident. En retenant les trois atteintes physiques mentionnées dans les réponses ci-dessus, elles n'atteignaient pas le taux du notable concernant une atteinte à l'intégrité.

91. Le 10 avril 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle suspendait le versement de l'indemnité journalière, l'OAI lui allouant une telle indemnité dès le 2 mars 2015.
92. Le 18 décembre 2015, l'assuré a requis de la SUVA qu'elle se prononce sur son opposition d'octobre 2014.
93. L'OAI a rendu un « rapport final – MOP » le 9 février 2016, lequel relevait qu'au terme de près d'une année de mesures de réinsertion mises en place dans le cadre de la révision de la rente sous l'angle de la 6^{ème} révision, il apparaissait qu'une intégration dans l'économie ordinaire n'était pas réaliste actuellement. Il était proposé le maintien de la rente et le mandat de réadaptation était clôt. L'assuré avait suivi un entraînement à l'endurance du 2 mars au 31 mai 2015, puis progressif du 1^{er} juin 2015 au 31 janvier 2016. Le rapport relevait que durant toute la durée des mesures, l'assuré s'était énormément investi et avait démontré une grande motivation. Les EPI parlaient même de sur-adaptation, l'assuré ayant du mal à accepter la diminution de ses capacités physiques et ayant tendance à aller au-delà de ses limites. Un bilan avait eu lieu aux EPI le 20 janvier 2016, lors duquel il était décidé d'interrompre la mesure au 31 janvier 2016. Le 50 % était trop éprouvant pour l'assuré et il n'y avait pas d'évolution positive au fil des mois. L'assuré montrait des signes de fatigue, souffrait de douleurs importantes, de maux de tête et de baisse de la concentration. Lorsqu'il rentrait chez lui, il était épuisé et ne pouvait rien faire d'autre que se reposer. Il n'arrivait plus à pratiquer les exercices physiques nécessaires, ce qui contribuait à augmenter ses douleurs. Ainsi, il ne parvenait pas à assumer une activité à un niveau d'exigences professionnel. Il prenait progressivement conscience de ses limites, mais peinait encore à les accepter.
94. Le 11 février 2016, la SUVA a annulé sa décision de surindemnisation du 6 octobre 2014.
95. Par projet de décision du 12 février 2016, l'OAI a proposé le maintien de la rente entière d'invalidité et refusé l'octroi de mesures professionnelles.
96. Par décision du 17 mars 2016, la SUVA a constaté une surindemnisation de l'assuré à hauteur de CHF 146'771.65 pour la période du 1^{er} décembre 2006 au 31 mars 2015, montant à compenser avec le paiement rétroactif de l'OAI.
97. Par décision du 17 mars 2016, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 12 février 2016.

98. Le 14 avril 2016, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 17 mars 2016 au motif que le calcul de la surindemnisation était erroné.
99. Le 28 avril 2016, l'assuré a requis de la SUVA qu'elle procède au calcul et au versement des différentes prestations dues.
100. Le 30 mai 2016, l'assuré a levé son opposition du 14 avril 2016.
101. Le 8 juillet 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reprenait le versement d'une indemnité journalière dès le 1^{er} février 2016.
102. Le 17 octobre 2016, l'assuré a requis de la SUVA qu'elle calcule l'IPAI et toutes autres éventuelles prestations.
103. Par décision du 28 novembre 2016, la SUVA a mis fin aux prestations versées et a refusé tout droit à une rente et à une IPAI. Seuls des troubles dégénératifs étaient documentés et l'accident ne jouait plus de rôle dans les plaintes lombaires ; par ailleurs, la fracture de la branche ischio-pubienne consolidée, les séquelles de l'hématome de la fesse-cuisse gauche et les séquelles de la fracture de l'humérus ne justifiaient plus ni traitement ni incapacité de travail dans quelque activité que ce fût, et ne représentaient globalement pas une atteinte à l'intégrité importante. L'effet suspensif de l'opposition était retiré.
104. Le 29 décembre 2016, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 28 novembre 2016, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations légales. Il était incompréhensible que la SUVA invoque les mêmes motifs que ceux figurant dans la décision du 10 novembre 2009, laquelle avait été annulée par la suite et les prestations reprises ce qui impliquait la reconnaissance du lien de causalité ; la SUVA n'avait à tort pas instruit médicalement son cas ; il continuait de souffrir des séquelles orthopédiques et psychiques dues à l'accident. La SUVA n'apportait pas la preuve de la rupture du lien de causalité. Le rapport de la Dresse AD_____ était contesté, les séquelles neuropsychologique persistaient, comme l'OAI l'avait constaté. La décision était insuffisamment motivée sur la question de l'absence de lien de causalité entre les troubles neuropsychologique et l'accident. Or, l'accident devait être qualifié de grave, les circonstances de l'accident avaient été particulièrement dramatiques, son traitement et sa guérison étaient très difficiles et lents ; le lien de causalité existait entre les troubles neurologiques et l'accident ; en raison de ses séquelles, l'OAI lui avait refusé des mesures de réadaptation et lui avait octroyé une rente entière d'invalidité ; il était insoutenable de prétendre que seuls des troubles dégénératifs persistaient, lesquels étaient contestés ; la Dresse AD_____ ne tenait pas compte de l'ensemble de l'anamnèse médicale ; il était toujours en traitement de kinésithérapie / physiothérapie et sous traitement médicamenteux. La Dresse AD_____ ne tenait compte ni de l'expertise judiciaire, ni du rapport de réadaptation de l'OAI et son avis n'était pas probant. Avant l'accident, il était travailleur, dynamique et sportif et rien ne laissait supposer qu'il aurait développé des troubles dégénératifs. Enfin, il demandait la poursuite du versement de l'indemnité journalière jusqu'à droit connu dans le présent litige.

105. Le 3 février 2017, l'assuré a requis de la SUVA qu'elle se prononce sur son opposition ce d'autant que sa situation financière était obérée et qu'il risquait de ne plus pouvoir suivre le traitement de physiothérapie, pourtant essentiel au maintien de sa santé.

106. Par décision du 26 avril 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Préalablement, la SUVA a constaté que l'opposant ne sollicitait pas le rétablissement de l'effet suspensif. Il existait trois catégories d'atteintes, celles qui reposaient sur un substrat organique, celles qui étaient organiquement perceptible cliniquement, sans substrat organique et celles non perceptible cliniquement et sans substrat organique. Seules les atteintes de la première catégorie étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, sans contestation ; la seconde catégorie devait être analysée à la lumière des critères de la causalité adéquate et la troisième catégorie n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Les fractures au bras gauche et à la branche ischio-pubienne gauche et la contusion à la fesse gauche ne justifiaient plus de traitement ni d'incapacité de travail (selon l'avis de la Dresse AD_____ et l'expertise judiciaire) ; s'agissant des troubles lombaires, l'assuré présentait des troubles dégénératifs vertébraux, temporairement aggravés par l'accident pendant une durée moyenne maximum de six mois ; le Dr AA_____ avait relevé une discopathie dégénérative ; il n'existait aucune séquelle cérébrale structurelle traumatique selon les Drs W_____ et AC_____ ; à cet égard, la causalité adéquate pouvait être écartée car l'accident était de gravité moyenne et on pouvait écarter toute circonstance dramatique ; il n'avait pas subi de blessure grave, ni subi d'erreur de traitement, les douleurs n'avaient pas empiété en permanence sur sa vie ; le traitement qui consistait exclusivement en physiothérapie et prise de médicaments ne pouvait être qualifié d'anormalement long et l'incapacité de travail s'était essentiellement prolongée en raison de l'instruction administrative et médicale du dossier. Aucune incapacité de travail ni IPAI n'était justifiée. L'effet suspensif au recours était retiré.

107. Le 29 mai 2017, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 26 avril 2017 en concluant à son annulation et à la condamnation de la SUVA à verser la prestation due au-delà du 31 décembre 2016 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique et psychique, préalablement il demandait la restitution de l'effet suspensif à son recours au motif que les chances de succès du recours étaient manifestes au vu de l'expertise judiciaire et du fait que l'intimé avait versé des indemnités journalières pendant plus de dix ans et que la suppression de son traitement de physiothérapie lui causait une aggravation de son état de santé.

L'avis de la Dresse AD_____, qui n'était pas une spécialiste en rhumatologie, n'était pas probant. Elle ne l'avait pas examiné, ne mentionnait pas d'anamnèse, ni de plaintes, elle ne discutait pas l'expertise judiciaire, ses conclusions n'étaient ni motivées, ni convaincantes, les questions posées à la Dresse AD_____ étaient fermées, orientées et partiales.

L'expert judiciaire avait considéré que les douleurs de la région lombaire basse étaient en lien avec l'hématome de la cuisse gauche, que l'état de faiblesse du membre inférieur gauche, la fatigabilité, la boiterie, les douleurs lombaires étaient en relation directe avec l'accident ou avec un syndrome de désentraînement lié au manque d'exercice des suites de l'accident.

Par ailleurs, la SUVA avait décidé de reprendre le versement de ses prestations suite à sa décision du 10 novembre 2009 en admettant par là-même la persistance du lien de causalité avec celui de la période de six mois dont faisait état la Dresse AD_____ ; la SUVA ne pouvait revenir sur sa position, ce d'autant qu'elle avait calculé le versement de ses prestations jusqu'au 31 décembre 2016, après avoir pris connaissance de l'avis de la Dresse AD_____ ; elle ne lui avait donc accordé aucune valeur probante.

S'agissant des séquelles psychiques, l'avis du Dr AC_____ devait être écarté car il avait été fait malgré que les experts judiciaires ne s'étaient pas prononcés sur la question du lien de causalité entre l'ensemble des troubles et l'accident ; il en était de même de l'avis du Dr W_____ qui estimait que les troubles psychiques n'avaient pas de substrat organique alors que l'IRM du 3 juillet 2008 attestait d'une lésion et l'examen neuropsychologique de 2008 avait mis en évidence des troubles ; le Dr AE_____ avait établi un lien de causalité entre les lésions neuropsychologiques et le traumatisme crânio-cérébral et l'examen neuropsychique de 2013 avait entériné la persistance du lien de causalité, ce que les experts judiciaires avaient confirmé ; les mesures de réinsertion de l'OAI avaient permis de confirmer la persistance des atteintes ; même si un substrat organique n'était pas admis, il convenait de conclure que le lien de causalité adéquat était donné car l'accident était grave ; même si l'accident était considéré comme moyen, plusieurs critères de jurisprudence étaient remplis (les circonstances particulièrement dramatiques, une longue incapacité de travail, un traitement long, les persistances des douleurs et les limitations psychiques). Il n'existait dans son dossier médical aucun indice probant permettant d'établir que sans l'accident de décembre 2006, il aurait développé les affections, au demeurant, non contestées par l'intimée, dont il souffrait aujourd'hui, et ce, au point de lui causer une incapacité totale de travailler définitive et dûment attestée et reconnue.

108. Le 7 juin 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours de la requête du recourant en restitution de l'effet suspensif au recours, les prévisions de l'issue du litige ne présentant pas de degré de certitude suffisant et l'assuré ne pouvant se prévaloir d'aucun intérêt prépondérant à la poursuite des prestations au-delà du 31 décembre 2016.

109. Le 14 juin 2017, l'assuré a produit un rapport du 9 juin 2017 de la doctoresse AF_____, chiropraticienne ASC, FICS, attestant d'un suivi de l'assuré depuis 2013 pour des lombophyalgies gauches chroniques post-traumatiques ; les douleurs étaient localisées au lieu d'impact ; sans l'accident, les atteintes ne seraient pas survenues et l'incapacité de travail était totale ; l'étiologie était causale et

temporelle à l'accident ; il y avait une aggravation des troubles dégénératifs entre 2010 et 2015, sans changement de la symptomatologie de l'assuré.

EN DROIT

1. a. Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral.

D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATF A du 19 septembre 2006, I 439/06).

S'agissant des prévisions sur l'issue du litige, le Tribunal fédéral a jugé, dans un cas I 439/06 du 19 septembre 2006, qu'elles ne présentent pas pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération; les avis divergeaient aussi bien sur la situation médicale concrète de l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, rendant l'issue du litige tout à fait incertaine; seul un examen détaillé des pièces médicales versées au dossier permettrait de répondre à la question de savoir si la révision du droit à la rente était justifiée. Ainsi, l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire, même à titre provisoire, le montant de ses prestations l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure; le retrait de l'effet suspensif par l'autorité était par conséquent justifié.

b. Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 p. 507 et les références; voir également arrêt I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184; HANSJÖRG SEILER, in Praxiskommentar zum VwVG, n° 103 ad art. 55 PA).

2. En l'espèce, la décision litigieuse mentionne que l'effet suspensif à un éventuel recours peut être retiré.

Le recourant prétend à la continuation du versement de l'indemnité journalière au-delà du 31 décembre 2016. Or, au vu des multiples avis médicaux au dossier, dont l'expertise judiciaire du 27 mai 2013 et les avis des médecins-traitants et du médecin-conseil de l'intimée, parfois divergents, on ne saurait considérer que les prévisions sur l'issue du litige ne font aucun doute. Ainsi, s'agissant des chances de prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentent pas un degré de certitude suffisant pour pouvoir être prises en considération.

En application de la jurisprudence précitée, il est à craindre dans un tel cas que si le recourant n'obtient pas gain de cause, la procédure en restitution des prestations reçues à tort ne se révèle infructueuse, le recourant ayant fait état d'une situation financière difficile.

3. Au vu de ce qui précède et de la jurisprudence précitée, la requête en restitution de l'effet suspensif au recours sera rejetée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant sur incident**

Préalablement :

1. Rejette la requête en restitution de l'effet suspensif au recours.
2. Réserve le fond.
3. 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); 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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