RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2347/2017 **ATAS/47/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 janvier 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN	recourant
contre	
SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Jean-Pierre WAVRE et Teresa SOARES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1973, originaire du Portugal, est arrivé en Suisse en 1989. Après avoir exercé diverses activités depuis son arrivée, l'assuré travaillait, depuis le 1er novembre 2006, en tant que démolisseur pour le compte de B_____SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la caisse nationale suisse d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. 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 alors que l'assuré a souffert d'une fracture ouverte de stade I médio-diaphysaire de l'humérus gauche, d'une fracture non déplacée de la branche ischio-pubienne gauche, d'un hématome important à la cuisse gauche ainsi que d'un traumatise cranio-cérébral (TCC). Il a été hospitalisé trois jours en Espagne avant d'être rapatrié en Suisse par la Rega. Il a ensuite été hospitalisé aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 11 au 27 décembre 2006.

c. Depuis lors, il est incapable de travailler.

d. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident, notamment en versant des indemnités journalières.

e. Pour les besoins du dossier, la SUVA a recueilli divers rapports des médecins traitants, notamment des docteurs C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, F_____, spécialiste FMH en pneumologie, et un rapport de Madame G_____, psychologue et neuropsychologue. Elle a également adressé l'assuré à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) pour évaluation. Selon le rapport du 24 juillet 2008 relatif au séjour à la CRR, l'assuré souffrait encore de lombalgies persistantes non spécifiques d'origine musculo-squelettiques, de discopathies dégénératives lombaires étagées débutantes et de douleurs persistantes de la racine du membre inférieur gauche.

f. L'assurance a soumis les rapports précités, pour appréciation, à ses médecins d'arrondissement, les docteurs H_____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique, I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, J_____, spécialiste FMH en chirurgie.

g. Sur la base des appréciations des médecins d'arrondissement précités, la SUVA a, par décisions des 28 octobre 2009 et 10 novembre 2009, mis fin à ses prestations pour le 15 novembre 2009, au motif qu'il n'y avait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement et que les troubles dont l'assuré se plaignait encore ne pouvaient s'expliquer organiquement. S'y ajoutait le fait que la causalité adéquate faisait défaut en ce qui concernait les troubles psychiques.

h. Tant l'assureur perte de gain que l'assuré ont fait opposition à la décision de la SUVA du 10 novembre 2009.

i. Le 24 mars 2010, la SUVA a annulé sa décision du 10 novembre 2009 et repris le versement des prestations dès le 15 novembre 2009.

B. **a.** Parallèlement à la procédure par-devant la SUVA, l'assuré a déposé, en date du 9 janvier 2009, une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI).

b. A la demande de l'OAI, les docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), ont examiné l'assuré et ont retenu, dans leur rapport du 12 janvier 2010, les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.5), discopathies dégénératives pluri-étagées et troubles de la transition avec sacralisation partielle de L5 (M51.89), douleurs persistantes de la racine du membre inférieur gauche post-traumatique (status après évacuation chirurgicale d'un important hématome de la cuisse gauche - T93.8), status après fracture de la branche ischiopubienne gauche (T91.2), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1) et, sans répercussion sur la capacité de travail, status après traumatisme cranio-cérébral (TCC) (T90.8), status après fracture ouverte médio-diaphysaire de l'humérus gauche, traitée par ostéosynthèse et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29 septembre 2008 (T92.1), apnées du sommeil appareillées et surcharge pondérale modérée. Ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles que les médecins du SMR ont décrites dans leur rapport, et une incapacité de travail de 100 % dans toute activité, du 8 décembre 2006 au 31 décembre 2008 et de 0% dans une activité adaptée depuis le 1er septembre 2009.

c. Par projet d'acceptation de rente du 9 avril 2010, confirmé par décision du 23 février 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2008 au 31 mars 2009 et une demi-rente d'invalidité du 1er juillet au 30 septembre 2009.

d. L'assuré a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre la décision du 23 février 2012 (cause A/1010/2012).

Dans le cadre de l'instruction de ce recours, une expertise bidisciplinaire a été confiée au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et au docteur N_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Les médecins précités ont retenu les diagnostics suivants dans leur rapport du 27 mai 2013 : 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. Ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles, décrites par les experts, et une capacité

de travail de 50% dans une activité physiquement légère, sans consignes multiples complexes, ni de pression de performance ou de stress temporel. Un reconditionnement et une réinsertion professionnelle étaient indispensables. Avant la mise en œuvre de telles mesures, la capacité de travail était nulle, l'exploitation des ressources étant au maximum de 20 %, l'assuré étant incapable d'initier par lui-même une réinsertion professionnelle.

e. Par arrêt du 18 novembre 2013 (ATAS/1115/2013), 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 1er janvier 2008, la cause étant renvoyé à l'OAI pour mise en place de mesures d'ordre professionnel.

f. Par projet de décision du 12 février 2016, confirmé le 17 mars 2016, l'OAI a confirmé la rente d'invalidité entière et refusé l'octroi de mesures professionnelles.

C. **a.** La SUVA a repris, de son côté, l'instruction de la cause et a soumis à ses médecins-conseils, les docteurs O_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique Q_____, spécialiste FMH neurologie, et R_____, spécialiste FMH en chirurgie, pour appréciation, le dossier de l'assuré lequel comprenait de nouveaux rapports du Dr D_____ et l'expertise des Drs N_____ et M_____.

b. Dans son appréciation neurologique du 14 février 2011, le Dr O_____ a considéré, en substance, que les examens radiologiques n'avaient montré aucune lésion du parenchyme cérébral susceptible d'avoir provoqué d'importants déficits neurologiques ni aucune atteinte importante du système nerveux central ou périphérique. Le traumatisme crânien était léger, de catégorie 2, et seule une petite lésion accidentelle, sans atteinte cérébrale, avait été décelée sur une IRM du 3 juillet 2008. Dans son appréciation du 8 octobre 2014, le Dr Q_____ a rejoint les conclusions précitées du Dr O_____.

Sur le plan orthopédique, le Dr P_____ n'a constaté aucune lésion séquellaire dans son appréciation du 10 décembre 2012.

Quant à la Dresse R_____, elle a considéré, dans un avis du 13 mars 2015, que si l'accident avait pu aggraver temporairement les troubles dégénératifs dont souffrait l'assuré, les effets délétères avaient disparu six mois après l'accident, les problèmes vertébraux résiduels étant en lien avec les troubles dégénératifs. La Dresse R_____ a ensuite commenté les atteintes évoquées, à savoir la fracture de la branche ischio-pubienne gauche, l'hématome de la fesse gauche, la fracture de l'humérus et le déconditionnement physique, et a considéré qu'elles n'étaient soit pas en lien de causalité avec l'accident assuré soit guéries.

c. Se fondant sur les appréciations de ses médecins-conseils, la SUVA a, par décision du 28 novembre 2016, confirmée sur opposition le 26 avril 2017, mis fin à ses prestations avec effet au 31 décembre 2016 et a refusé tout droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A l'appui de sa décision, elle a notamment

expliqué qu'au plan lombaire, seuls des troubles dégénératifs, à l'exclusion de toute lésion traumatique, étaient documentés. S'il était possible que l'accident ait aggravé transitoirement ces douleurs, tel n'était plus le cas, le *statu quo sine* ayant désormais été retrouvé. Concernant les autres séquelles physiques, soit les séquelles de la fracture de la branche ischio-pubienne consolidée, celles de l'hématome de la fesse-cuisse gauche et celles de la fracture de l'humérus, elles 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. En tout état, la causalité adéquate n'était, quoi qu'il en soit, pas donnée, les critères jurisprudentiels n'étant pas réalisés en nombre suffisant.

D. **a.** Le 29 mai 2017, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition de la SUVA du 26 avril 2017, concluant, sous suite de dépens, préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et au versement des prestations au-delà du 31 décembre 2016 ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique et psychique. En substance, le recourant a considéré que les appréciations des médecins-conseils de l'intimée ne répondaient pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, de sorte qu'elles devaient être écartées.

b. Le 7 juin 2017, la SUVA a conclu au rejet de la demande d'effet suspensif, ce que la chambre de céans a fait par arrêt du 23 juin 2017 (ATAS/529/2017).

c. Le 8 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, les appréciations de ses médecins revêtant une pleine valeur probante. Dans tous les cas, dans l'hypothèse où le lien de causalité naturelle devait être retenu, la causalité adéquate devait de toute manière être niée. Enfin, en l'absence de séquelles ostéoarticulaires, le recourant ne pouvait prétendre à aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité.

d. À plusieurs reprises, le recourant a transmis, à l'appui de sa position, des rapports médicaux, notamment établis par la doctoresse S_____, chiropraticienne ASC, et par le Dr D_____.

e. Le 31 octobre 2017, le recourant a produit sa réplique.

f. Par ordonnance du 28 juin 2018, la chambre de céans a ordonné une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique, et a mandaté pour ce faire les docteurs T_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ainsi que la professeure V_____, cheffe de service au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

g. Les 10 et 24 juillet 2018, la Prof. V_____ et Madame W_____, psychologue adjointe, spécialiste en neuropsychologie et experte neuropsychologue auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, ont examiné le recourant. Dans leur rapport du 1er mai 2019, elles ont retenu le diagnostic de trouble neuropsychologique moyen entraînant une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, étant précisé que le taux d'activité réellement exigible et

le rendement se situaient à environ 70%, ce qui correspondait à une capacité de travail objective de 49% (ndlr. : soit un rendement de 70% dans une activité à 70%, ce qui correspond à une capacité de travail effective de 49%), arrondie à 50% dès le mois de mars 2013. L'activité adaptée ne devait pas entraîner de stress et nécessiter des contraintes temporelles ni exiger des doubles tâches, une cadence rapide, des interférences, des marches à suivre complexes, des contraintes nécessitant une adaptation rapide lors de changements de consigne ou de ressources organisationnelles. Par ailleurs, la mémorisation de procédures / consignes complexes était limitée. Le premier examen neuropsychologique était intervenu trop tard, de sorte qu'une prise en charge n'était plus possible.

h. Les 7 et 16 août 2018 ainsi que 4 avril 2018 (recte : 2019), le recourant a été examiné par le Dr U_____. Dans son rapport du 30 avril 2019, le psychiatre précité a retenu les diagnostics de syndrome post-commotionnel (F07.2) et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10). Les limitations n'étaient pas uniformes, les cognitions sociales n'étant que peu ou pas touchées, au contraire du domaine professionnel. La capacité de travail dans l'activité habituelle de manager de X_____ était nulle. En revanche, dans une activité adaptée, constituée de tâches régulières, ne sollicitant pas beaucoup de travail intellectuel et de flexibilité mentale, la capacité de travail était de 50%. Enfin, l'atteinte psychique entraînait une atteinte à l'intégrité estimée à 20%.

i. Le 12 septembre 2018, le recourant a été examiné par le Dr T_____, lequel a retenu, dans son rapport du 3 mai 2019, le diagnostic de status après accident de la voie publique le 8 décembre 2006 avec polytraumatisme et lésions séquellaires : 1) traumatisme crânio-cérébral (TCC) modéré ; 2) status après fracture traumatique ouverte de stade I médiodiaphysaire de l'humérus gauche, avec réduction chirurgicale suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse en septembre 2008 et flexum résiduel ; 3) status après fracture traumatique non déplacée de la branche ischio-pubienne gauche ; 4) status après important hématome pygo-crural gauche, avec développement subséquent d'un syndrome de Morel-Lavallee post-traumatique chronique ; 5) contusions et hématomes multiples post-traumatiques ; 6) syndrome post-traumatique de sensibilisation centrale de la douleur ; 7) déconditionnement physique global et focal avec kinésiophobie et développement progressif d'un syndrome de déconditionnement global chronique, strictement post-traumatique, lombo-pyro-cruralgies chroniques non spécifiques récidivantes gauches avec bursite et insuffisance fonctionnelle douloureuse de la musculature pygo-ischio-crurale gauche, troubles statiques et discrètement dégénératifs rachidiens lombaires anamnestiques, microinstabilité segmentaire lombaire basse sur insuffisance discale débutante avec perte chronique de la vigilance active du corset musculaire lombo-abdominal, syndrome de Maigne gauche et dysbalances musculaires étagées à prédominance lombo-pelvo-bicrural.

Ces atteintes limitaient la capacité de marche, la tolérance aux stations assise et debout et, qualitativement et quantitativement, le sommeil, empêchant une

récupération psycho-physique correcte et la capacité d'effectuer n'importe quelle activité d'endurance. Les atteintes précitées entraînaient ainsi une incapacité de travail durable, peut-être partiellement réversible avec la mise en route d'un traitement complexe multi- et interdisciplinaire de longue durée. La capacité de travail était actuellement nulle dans les activités professionnelles habituelles (gérant de restaurant, serveur, propriétaire de bar et démolisseur) et adaptées.

j. Le 2 mai 2019, les experts ont rendu une appréciation consensuelle selon laquelle la compilation des différentes atteintes objectivées montrait des déficits neuropsychologiques importants, stables et irréversibles ; des déficiences psychiatriques découlant des atteintes neuropsychologiques et somatiques ; des déficiences somatiques susceptibles de répondre à un traitement complexe au long cours qui n'avait jamais été entrepris ; les unes et les autres totalement secondaires à l'accident en cause, sans réserve aucune ; une hypothétique possibilité d'amélioration des symptômes intriqués somatiques, neuropsychologiques et psychiatriques, par un traitement complexe multidisciplinaire, stationnaire et ambulatoire au long cours.

k. Les experts ont encore répondu à des questions complémentaires et précisé certains aspects de leurs rapports respectifs par courriers des 16 septembre 2019 (Dr U_____), 22 septembre 2019 (Dr T_____), 3 mars 2020 et 13 juillet 2021 (Prof. V_____).

l. Les parties ont ensuite pu se déterminer sur les compléments des experts, leurs écritures respectives et les avis médicaux joints, par écritures des 7 juin, 25 juillet, 6 novembre 2019, 15 mai 2020 et 18 août 2021 en ce qui concerne le recourant et par actes des 8 juillet, 6 novembre 2019, 15 avril 2020 et 27 août 2021 pour l'intimée.

m. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 28 juin 2018, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 31 décembre 2016, singulièrement sur l'existence d'atteintes incapacitantes et d'un lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2006 au-delà du 31 décembre 2016.

3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé

physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

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

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance

prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

5. Comme indiqué précédemment, l'administration ou le juge examine la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical.

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

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

5.2.1 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5.2.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé

ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

7.

7.1.1 En l'espèce, il ressort de la décision sur opposition querellée que l'intimée a mis fin à ses prestations avec effet au 31 décembre 2016 en considérant que :

- Les fractures au bras et à la branche ischio-pubienne gauches ainsi que la contusion à la fesse gauche ne justifiaient ni traitement ni incapacité de travail ;
- L'accident assuré n'avait fait qu'aggraver des troubles dégénératifs lombaires préexistants pendant au maximum 6 mois ;
- L'imagerie n'avait montré aucune séquelle cérébrale structurelle traumatique ;
- La neuropsychologique ne permettait pas à elle seule une appréciation décisive de l'étiologie de troubles, ces derniers devant être mis sur le compte d'un syndrome post-commotionnel ;
- Il n'y avait pas d'autres troubles psychiques proprement dits.

En d'autres termes, pour l'intimée, suite au traumatisme cranio-cérébral léger (commotion cérébrale ou Minor traumatic brain injury - MTBI), aucune atteinte à la santé reposant sur un substrat organique n'avait été décelée. Les troubles incapacitants dont souffrait le recourant pouvaient au plus être considérés comme organiquement perceptibles mais aucun substrat organique n'avait été constaté. S'agissant de ces troubles, le lien de causalité adéquate n'était pas donné, faute d'un nombre suffisant de critères.

Pour motiver sa décision, l'intimée s'est fondée sur les avis de ses médecins-conseils, les Drs O_____ (neurologie, 14 février 2011), Q_____ (neurologie, 8 octobre 2014) et R_____ (chirurgie, 13 mars 2015).

7.1.2. Dans son ordonnance d'expertise, la chambre de céans a relevé que les conclusions des médecins de l'intimée étaient sérieusement remises en cause par celles des experts judiciaires M_____ et N_____, mandatés pour expertise dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, l'évaluation de la CRR et les médecins-traitant du recourant. La chambre de céans a donc mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée à la Prof. V_____ ainsi qu'aux Drs T_____ et U_____, afin de se prononcer sur les aspects pertinents en matière d'assurance-accidents, la question étant notamment celle de savoir si les troubles dont souffre le recourant reposent sur un substrat organique, en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré.

Les experts judiciaires ont établi leurs rapports en date des 7 août 2018, 1er mai 2019 et 3 mars 2020 concernant l'aspect neuropsychologique, 3 mai et 22 septembre 2019 s'agissant du volet rhumatologique ainsi que 30 avril et

16 septembre 2019 concernant l'aspect psychiatrique. Les experts judiciaires ont également résumé leurs conclusions respectives dans un document signé les 1er et 2 mai 2019. À la demande de la chambre de céans, les experts ont complété leurs rapports en date des 16 septembre 2019 (Dr U_____), 22 septembre 2019 (Dr T_____), 3 mars 2020 et 13 juillet 2021 (Prof. V_____).

Il convient donc d'examiner, en premier lieu, la fiabilité des conclusions des experts judiciaires soit, en d'autres termes, la valeur probante de leurs rapports respectifs.

7.2. Force est de constater que les rapports des 7 août 2018, 30 avril, 1er et 3 mai 2019, complétés les 16 et 22 septembre 2019 ainsi que 3 mars 2020, et leurs compléments, remplissent sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Ils contiennent le résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

En substance, le recourant se plaint de fatigue importante, lassitude en lien avec la procédure en cours, douleurs récidivante principalement au niveau du membre inférieur gauche et de l'hémi-ceinture pelvienne et difficultés de mémoire et de concentration. Ces plaintes ont été appréciées de la manière suivante par les experts judiciaires :

- Du point de vue rhumatologique, le Dr T_____ a, tout d'abord, retenu un status après fracture traumatique ouverte de stade I médiodiaphysaire de l'humérus gauche, avec réduction chirurgicale suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse en septembre 2008 et flexum résiduel.

  L'expert rhumatologue a, ensuite, évoqué un status après fracture non déplacée sur le plan vertical de la branche ischio-pubienne gauche. Pour le médecin précité, cette fracture n'avait pas pu rester sans conséquences sur la suite de l'évolution. Il était donc d'avis qu'un lien entre cette fracture et le développement de l'hématome fessier et/ou de deux hématomes parallèles (voussure inguinale restée non expliquée et hématome fessier) était envisageable.

  Le Dr T_____ a également retenu un status post hématome de la région pygo-crurale gauche, qui s'était progressivement compliqué d'un syndrome de Morel-Lavallée, encore actif. En effet, il avait fallu 15 jours pour que l'équipe soignante constate une voussure, correspondant à un hématome de 700cm^3 et qu'elle le draine. Or, une telle lésion était susceptible d'entraîner des réactions inflammatoires. Elle traduisait, en outre, des délabrements importants dans les parties molles avec avulsions desdites parties et des structures vasculaires et neurologiques. Elle pouvait enfin conduire à des processus de compressions vasculaires et nerveuses, lesquelles pouvaient expliquer les douleurs

neuropathiques et nociceptives évoquées par le recourant. L'échographie du 17 juin 2008 avait ensuite montré une bursite bien organisée. Pour le Dr T_____, la présence de sérome était indiscutable. Cette lésion correspondait ainsi à la description d'un syndrome de Morel-Lavallée, peu fréquent, peu connu et par conséquent souvent ignoré.

Le Dr T_____ a en outre retenu un déconditionnement physique global et focal, avec kinésiophobie et développement progressif d'un syndrome de déconditionnement global chronique, strictement post-traumatique avec des lombo-pygo-cruralgies chroniques non spécifiques récidivantes gauches (avec bursite et insuffisance fonctionnelle douloureuse de la musculature pygo-ischo-crurale gauche, troubles statiques et discrètement dégénératifs rachidiens lombaires anamnestiques, microinstabilité segmentaire lombaire basse sur insuffisance discale débutante avec perte chronique de la vigilance active du corset musculaire lombo-abdominal, syndrome de Maigne gauche, dysbalances musculaires étagées à prédominance lombo-pelvo-bicrural) et syndrome post-traumatique de sensibilisation centrale de la douleur.

Il a également expliqué que la fracture de la branche ischio-pubienne et le syndrome de Morel-Lavallée étaient directement responsable de la désorganisation de la chaîne cinétique lombo-cruro-jambière gauche, chroniquement surchargée et devenue diffusément douloureuse au fil du temps et expliquant ainsi pour quelle raison les douleurs rachidiennes étaient une conséquence lointaine indirecte mais indiscutable découlant du déconditionnement physique secondaire à l'accident.

S'agissant plus particulièrement des lombalgies, elles étaient la conséquence de la lésion fonctionnelle de la musculature fessière et de lésions neurologiques associées, d'origine compressive. Les restes de l'hématome fessier étaient encore bien présents et développaient un effet de masse délétère.

L'ensemble de ces atteintes était en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. Elles limitaient la capacité de marche, la tolérance aux stations assise et debout et le sommeil et entraînaient une incapacité totale de travailler, à tout le moins tant qu'un traitement complexe multi et interdisciplinaire n'avait pas été mené à bien.

– Sur le plan neuropsychologique, la Prof. V_____ a retenu un trouble neuropsychologique moyen, se manifestant par une perturbation modérée de la mémoire antégrade bimodale et de la mémoire de travail verbale, des fonctions attentionnelles (ralentissement modéré de la vitesse de traitement, notamment en présence d'une anomalie du traitement visio-spatial, léger défaut d'attention soutenue) et sur le plan exécutif (flexibilité mentale) à laquelle s'associaient un trouble du calcul oral et écrit ainsi que de signes probables de la lignée anxio-dépressive, des plaintes de type post-traumatique et une baisse significative de la qualité de vie évaluée à l'aide du questionnaire Qolibri.

Les atteintes neuropsychologiques avaient été objectivées dès le 1er examen neuropsychologique en 2008, de sorte que le lien de causalité naturelle était donné à plus de 50%. Ces troubles avaient été retrouvés aux quatre examens pratiqués et étaient restés stables dans le temps. L'examen réalisé les 10 et 2 juillet 2018 montrait la persistance d'un trouble du calcul, de la mémoire de travail et de difficultés en attention soutenue, la péjoration d'un trouble de la mémoire épisodique antérograde verbale, l'apparition d'un trouble de la mémoire épisodique antérograde visio-spatiale ainsi qu'une altération de la flexibilité mentale et l'amélioration des performances en évocation lexicale catégorielle, en mémoire à court terme verbale, en vitesse de traitement et en attention divisée.

Le profil des troubles cognitifs et leur évolution, relativement stable, orientaient vers une souffrance hémisphérique gauche prédominante. Le traumatisme cranio-cérébral avait entraîné les troubles cognitifs décrits précédemment. La lésion pariétale de 4mm, à la limite cortico-sous-corticale pariétale postérieure gauche, pouvait être qualifiée de post-traumatique et était à l'origine de troubles cognitifs d'intensité moyenne. Concrètement, les troubles du calcul et l'atteinte de la mémoire antérograde verbale étaient en relation directe avec le site lésionnel. Le 13 juillet 2021, la Dresse V_____ a encore précisé que le lien de causalité était probable, soit à plus de 50%.

Concrètement, les troubles attentionnels, de mémoire et exécutifs, en lien de causalité possible avec la lésion pariétale (cf. complément du 13 juillet 2021) diminuaient l'autonomie dans la gestion des tâches et situations complexes, limitaient la prise d'initiatives à opérer des choix en fonction de la priorité, diminuaient la résistance au stress (notamment en cas de contrainte temporelle), altéraient les aptitudes organisationnelles, d'autocontrôle et d'adaptation, appauvrissaient les stratégies pour résoudre un problème et diminuaient les capacités à anticiper et planifier. Les troubles de la mémoire antérograde épisodiques, en lien de causalité probable avec la lésion pariétale (cf. complément du 13 juillet 2021) limitaient l'acquisition de nouvelles connaissances et procédures et induisaient un oubli rapide, et par conséquent, augmentaient le risque d'erreurs, entraînant des vérifications à l'origine d'un ralentissement d'exécution. L'activité adaptée aux limitations du recourant nécessitait peu de stress et de contrainte temporelle et ne devait pas impliquer des doubles tâches, une cadence rapide, des interférences, une marche à suivre complexe, des contraintes nécessitant une adaptation rapide lors de changements de consignes ou de ressources organisationnelles. De plus, la mémorisation de procédures et de consignes complexes était limitée.

La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, étant précisé que le taux d'activité réellement exigible et le rendement se situaient à environ 70% (soit un rendement de 70% dans une activité à 70%) ce qui correspondait à une capacité de travail objective de 49%, arrondie à 50% dès le mois de mars 2013.

Toutefois, vu la nature de l'activité adaptée encore exigible, il était difficile d'imaginer, en l'état actuel, que le recourant puisse reprendre une activité professionnelle utilisable dans une économie de marché même équilibré.

– Du point de vue psychiatrique, le Dr U_____ a retenu un syndrome post commotionnel (ndlr. soit la persistance, à long terme, des symptômes apparus suite à un traumatisme crânien) ainsi qu'un épisode dépressif moyen, étant précisé que le diagnostic différentiel de trouble dépressif organique pouvait être posé. Les symptômes dépressifs étaient en partie intriqués avec les symptômes post-commotionnels et venaient aggraver la fatigabilité et les troubles de la concentration. Les limitations fonctionnelles concernaient essentiellement les capacités cognitives (mémoire, attention, flexibilité mentale, fatigabilité intellectuelle, jugement). Même en cas de traumatisme léger, des symptômes durables étaient possibles. Dans une activité adaptée, impliquant des tâches régulières, ne sollicitant pas beaucoup de travail intellectuel et de flexibilité mentale, la capacité de travail était de 50%.

En résumé, les experts ont considéré que le recourant présentait des atteintes somatiques, neuropsychologiques et psychiques, en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré, les atteintes somatiques et neuropsychologique entraînant une incapacité de travail de 100% dans toute activité, alors que l'atteinte psychique limitait la capacité de travail à 50%.

7.3. Comme indiqué ci-dessus, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

7.3.1 En l'espèce, la SUVA a soumis le rapport du T_____ et ses compléments à ses médecins, les Drs Y_____, Q_____ et Z_____, lesquels se sont prononcés dans des appréciations datées des 5 juin et 4 novembre 2019, 6 avril 2020 et 12 août 2021.

Les médecins-conseils précités ont tout d'abord considéré que les syndromes de Maigne et de Lavallée ne constituaient pas des diagnostics mais des syndromes. S'agissant plus particulièrement du syndrome de Morel-Lavallée, il devait être nié, dès lors que sa localisation ne correspondait pas à celle de l'hématome. Les médecins de la SUVA ont également considéré que la fracture de la branche ischio-pubienne n'était plus objectivable et qu'elle avait guéri sans conséquences. Par ailleurs, l'hématome ne pouvait pas avoir comprimé les structures pendant deux ans dès lors qu'il avait été évacué. De plus, s'il y avait eu compression des structures vasculaires ou neurologiques, le recourant aurait présenté une symptomatologie en

conséquence, ce qui ne ressortait pas du dossier. Pour les médecins de la SUVA, il était difficile de mettre le syndrome de Maigne en lien avec l'accident assuré (appréciation du 5 juin 2019), dès lors que seule une atteinte structurelle pouvait être en lien de causalité naturelle avec un accident (rapport du 14 novembre 2019 p. 2). Les médecins de la SUVA ont également critiqué le fait que le Dr T_____ n'attribue pas l'origine des lombalgies aux troubles dégénératifs constatés sur les imageries effectuées. Enfin, les médecins de la SUVA ont exclu le déconditionnement physique sans en expliquer les raisons.

La chambre de céans ne saurait toutefois suivre les critiques des médecins de la SUVA. En effet, les critiques formulées à l'encontre des syndromes ne sont pas pertinentes, dès lors qu'elles ne permettent pas de remettre en question les constatations de l'expert. Tout au plus constituent-elles des considérations théoriques. Concernant le syndrome de Morel-Lavallée, les médecins de l'intimée ont occulté le fait que le sérome s'étendait de la cuisse à la fesse gauches et que l'échographie des parties molles du 17 juin 2008 avait montré une bursite trochantérienne sous-cutanée. Dans ces circonstances, on ne saurait retenir, comme l'ont fait les médecins de la SUVA, que le syndrome de Morel-Lavallée ne correspond pas à celle de l'emplacement de l'hématome. S'agissant de la fracture ischio-pubienne, le Dr T_____ a expliqué de manière convaincante, dans son complément du 22 septembre 2019, qu'on ne pouvait retenir, sur la base d'une radiographie, que la fracture avait guéri sans conséquences, dès lors qu'il pouvait y avoir des conséquences non osseuses, comme des hémorragies et hématomes occultes. Au demeurant, le Dr N_____, mandaté par la chambre de céans pour expertise dans la procédure judiciaire dirigée contre la décision de l'OAI, avait déjà évoqué, en son temps, un lien entre l'hématome fessier et la fracture non déplacée de la branche ischio-pubienne gauche (expertise judiciaire du 27 mai 2013 p. 14). Le Dr T_____ a également relevé, de manière convaincante dans son complément du 22 septembre 2019, que l'hématome avait été évacué seulement 14 jours après l'accident, ce qui était suffisant pour comprimer une quelconque structure nerveuse. De plus, ledit hématome avait récidivé. Par ailleurs, on ne saurait retenir l'absence de symptomatologie, le recourant ayant évoqué de nombreuses plaintes en lien avec la cuisse gauche, telles que douleurs localisées sur la face latérale de la cuisse gauche et de la fesse gauches, là où il y avait l'ancien hématome, fourmillements dans le membre inférieur gauche, amyotrophie du quadriceps à gauche, hypo-extensibilité musculaire de la chaîne antérieure et postérieure, asymétrie de la morphologie des cuisses avec une voussure latérale et proximale de la cuisse gauche. Au demeurant, le Dr K_____ avait en son temps évoqué, dans son rapport du 12 janvier 2010, des douleurs persistantes du membre inférieur gauche post-traumatiques, douleurs qu'il avait mises en lien avec un status après évacuation chirurgical de l'hématome fessier. Même si ce rapport n'a pas été considéré comme probant par la chambre de céans, il n'en demeure pas moins que les constatations qui y figurent se recoupent avec celles du Dr T_____. La chambre de céans relève également que les médecins de la SUVA occultent le fait qu'un assureur-accidents

doit également intervenir en cas d'atteintes non objectivables ou, en d'autres termes, dans le cas d'atteintes qui ne sont pas structurelles. De plus, s'agissant du syndrome de Maigne, les médecins de la SUVA se sont limités à mentionner un diagnostic différentiel sous la forme d'une scoliose, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en question l'appréciation du Dr T_____ à ce propos. S'agissant des lombalgies, la chambre de céans constate que les conclusions de l'expert judiciaire vont dans le même sens que celles des médecins de la CRR qui avaient considéré, en septembre 2008 déjà, que les douleurs avaient une origine musculo-squelettique non spécifique, que leur origine précise ne pouvait pas être établie et qu'elles ne pouvaient pas s'expliquer par les troubles dégénératifs étagés débutants. Enfin, en ce qui concerne les critiques formulées à l'égard du déconditionnement physique, on rappellera que l'assureur-accidents doit intervenir non seulement pour les atteintes directement causées par un accident mais aussi également pour les atteintes indirectes, ce qui est de toute évidence le cas du déconditionnement physique.

Au vu de ce qui précède, les critiques formulées par les Drs Y_____, Q_____ et Z_____ ne permettent pas de remettre en question l'appréciation rhumatologique effectuée par le Dr T_____, étant encore précisé que les conclusions de ce dernier rejoignent notamment celles du Dr N_____. En effet, pour l'expert judiciaire nommé dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, l'ensemble des troubles ostéo-articulaire était soit directement en relation avec l'accident, soit en relation avec un syndrome de désentrainement lié au manque d'exercices des suites de cet accident (expertise judiciaire du 27 mai 2013 p. 18).

Les conclusions du Dr T_____ rejoignent également celles des médecins traitants du recourant, notamment du Dr D_____, qui était d'avis que les plaintes concernant le rachis étaient en relation directe avec l'accident et que les lésions dégénératives n'étaient pas responsables des douleurs (avis du 22 juin 2017) et de la Dresse S_____, qui a considéré que sans l'accident, on pouvait admettre que les douleurs, localisées au lieu de l'impact, ne seraient pas survenues (avis du 9 juin 2017).

7.3.2 La SUVA a également soumis le rapport de la Prof. V_____ à ses médecins-conseils, lesquels ont persisté dans leurs précédentes conclusions et plus particulièrement dans celles du Dr O_____ du 14 février 2011, selon lesquelles la lésion isolée constatée ne permettait pas de faire la différence entre une origine traumatique et une origine pathologique ou constitutionnelle. Ils n'ont toutefois évoqué aucun élément nouveau dans leur appréciation du 5 juin 2019. Dans un complément du 12 août 2021, le Dr Q_____ a encore considéré que la Prof. V_____ n'expliquait pas comment la microlésion pariétale localisée dans l'hémisphère gauche était susceptible de causer un trouble cognitif de gravité modérée touchant de nombreux domaines cognitifs. Enfin, dans son écriture du 27 août 2021, la SUVA était d'avis que les considérations de la Prof. V_____ ne permettaient pas d'attribuer la lésion cérébrale à l'accident assuré.

En premier lieu, la chambre de céans constate que la Prof. V_____ a relevé et maintenu, en se référant à un courriel du Prof. AA_____ du 5 mars 2019, que la microlésion pariétale est d'origine traumatique. En cela, les conclusions du Prof. AA_____, telles que reprises par la Prof. V_____, se recoupent avec celles du Dr AB_____ de la CRR, alors mandatée par la SUVA. En effet, le Dr AB_____ avait considéré, dans un rapport du 1er septembre 2008, que l'existence d'une pétéchie unique, pariétale postérieure gauche, sans traduction clinique, établissait l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral modéré et qu'une partie des plaintes cognitives s'expliquait par ledit traumatisme crânien.

Ensuite, c'est le lieu de relever que la Prof. V_____ retient que seule une partie des troubles est liée à l'atteinte objectivable. Cela ne signifie pas encore pour autant que l'autre partie, laquelle n'est pas objectivée, n'est pas en lien de causalité avec l'accident assuré. Elle considère par ailleurs que l'ensemble des troubles est en lien de causalité naturelle avec l'accident. Dans ce contexte, c'est le lieu de relever que de l'aveu-même de l'intimée, des troubles neuropsychologiques qui ne sont pas fondés sur une atteinte cérébrale organique, peuvent être en lien de causalité naturelle avec l'accident mais que la causalité adéquate devra être évaluée « à part » (cf. décision sur opposition du 26 avril 2017 consid. p. 6). En réalité, les discussions ont essentiellement porté sur l'existence d'un substrat organique mais les médecins-conseils de l'assurance n'ont à aucun moment nié l'existence de troubles neuropsychologiques non organiques, en lien de causalité avec l'accident assuré.

En tout état, de fait, selon la Prof. V_____, le recourant n'est pas en mesure d'offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. En effet, comme cela a été relevé supra, de nos jours, l'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés, qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes dont le recourant est manifestement dépourvu, ainsi que l'a souligné l'expert à plusieurs reprises. Ainsi, les concessions démesurées qui seraient demandées à un éventuel employeur rendent l'exercice d'une activité lucrative incompatible avec les exigences actuelles du monde économique. En conséquence, il convient d'admettre, avec la Prof. V_____, que le recourant n'est plus en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique et de conclure à une incapacité de travail de 100% (voir dans le même sens l'arrêt du Tribunal fédéral voir notamment 9C_984/2008 du 4 mai 2009).

7.3.3 Enfin, l'intimée a requis l'avis de la Dresse Z_____ s'agissant de l'expertise psychiatrique. Pour ce médecin, les diagnostics retenus par le Dr U_____ ne sauraient être retenus, le syndrome post-commotionnel requérant une lésion cérébrale organique, ce qui n'a pas été constaté. De plus, les conclusions sur la capacité de travail étaient principalement basées sur les résultats de l'examen

neuropsychologique, qui ne pouvait être confirmé selon le Dr Q_____. La Dresse Z_____ a également relevé une incohérence dans les dates et évoqué une discussion du cas lacunaire (cf. appréciation du 5 juin 2019).

Interrogé à ce propos, le Dr U_____ a relevé, dans un complément du 16 septembre 2019, en se référant aux commentaires de la CIM-10, que si les examens complémentaires, tels qu'électro-encéphalographie, potentiels évoqués du tronc cérébral, imagerie cérébrale ou oculonsystagmographie, pouvaient fournir des arguments objectifs à l'appui des symptômes, ils étaient souvent négatifs. De plus, la définition du DSM-5 n'exigeait pas de signes neurologiques pour le diagnostic.

La chambre de céans ajoutera encore aux explications convaincantes du Dr U_____ que le DSM-5 définit la lésion cérébrale traumatique comme un impact sur la tête ou un autre mécanisme d'ébranlement rapide ou de déplacement du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne. Il n'est ainsi nullement question d'une lésion cérébrale *organique*.

Partant, les critiques de la Dresse Z_____ ne suffisent pas non plus à remettre en question les conclusions du Dr U_____, ce d'autant moins que les conclusions de ce dernier coïncident avec celles du Dr M_____, lequel a également retenu un syndrome post-commotionnel dans l'expertise bi-disciplinaire du 27 mai 2013.

7.4. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne saurait écarter les conclusions des experts judiciaires au profit de celles des médecins de la SUVA, dont les appréciations de la causalité sont en réalité divergentes et isolées. Il doit donc être considéré que les différentes atteintes rhumatologiques, psychiatriques et neuropsychologiques sont en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré.

En résumé, le recourant souffre ainsi :

- D'un trouble neuropsychologique moyen, avec perturbation modérée de la mémoire antérograde bimodale, de la mémoire de travail verbale et des fonctions attentionnelles et sur le plan exécutif ; trouble du calcul oral et écrit. Ces atteintes ne permettent pas la reprise d'une activité professionnelle utilisable dans l'économie du marché, même équilibré.
- Sur le plan psychiatrique, d'un syndrome commotionnel et d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique entraînant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, impliquant des tâches régulières, ne demandant pas de travail intellectuel soutenu.
- Du point de vue somatique, d'un hématome de la région pygo-crurale gauche, lequel s'était progressivement compliqué d'un syndrome de Morel-Lavallée, encore actif, nécessitant un traitement vraisemblablement interventionnel, et d'une fracture de la branche ischio-pubienne gauche, dans le contexte d'une tuméfaction inguinale objectivée. La non-prise en charge de ces deux lésions avait conduit progressivement à une situation complexe de déconditionnement physique majeur, avec des douleurs et, comme conséquences, des phénomènes

d'anxiété et des épisodes dépressifs réactionnels. En raison de ces atteintes, la capacité de travail était nulle quelle que soit l'activité.

Les conclusions des experts rejoignent celles de plusieurs autres médecins, dont certains ont été nommés par la chambre de céans dans la procédure opposant le recourant à l'OAI (A/1010/2012). Partant, une sur-expertise ne permettra pas de remettre en question les conclusions des experts, de sorte que la chambre de céans y renoncera par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié).

8. Reste à déterminer si la causalité adéquate est également donnée pour chacune des atteintes incapacitantes susmentionnées.

8.1. 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 façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

8.2 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). À noter qu'en cas de traumatisme crânio-cérébral, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C_270/2011 du 26 juillet 2001 consid. 2.1 et les références citées). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de coup du lapin ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2011 consid. 3).

Selon la pratique du coup du lapin, l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du coup du lapin – dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insegamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgestz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60).

8.2.1 Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

8.2.3 Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

8.2.4 Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

8.2.5 Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le

caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

Les accidents de voiture, qui opposent des forces comparables ou à tout le moins non réduites, sont en règle générale considérés de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 consid. 3.2).

La jurisprudence a classé dans la catégorie moyenne à la limite des accidents graves un accident impliquant une crevaison alors que la voiture roulait à 95 km/h sur l'autoroute et s'est renversée sur le toit (RAMA 4/2003 n° U 481 p. 203

consid. 3.3.2 et les références) ; la violente collision d'un poids-lourd avec la voiture d'un assuré, qui se trouvait à l'arrêt et a été entraînée en avant sur plusieurs dizaines de mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 190/04 du 22 juin 2005 consid. 5.1) ; la violente collision de front d'une voiture par une voiture venant en sens inverse, entraînant plusieurs fractures chez la passagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 5.2.1); l'accident entraînant l'éjection à grande vitesse de l'assurée d'une voiture qui fait plusieurs tonneaux sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 502/06 du 23 avril 2007 consid. 3.2.2).

Il y en revanche accident de gravité moyenne en cas de dérapage du véhicule, qui quitte la route et se retourne sur un talus ; ainsi que lorsqu'un camion conduit par un élève conducteur quitte la route, dévale un talus et s'arrête sur le toit après un tonneau et demi. Parmi les accidents qualifiés de gravité moyenne, on peut encore citer les situations suivantes : véhicule de l'assuré qui est abruptement freiné lors d'une manœuvre de dépassement à 100 km/h, dérape, heurte un muret de pierre, se renverse et s'arrête sur le côté conducteur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2.2) ; voiture qui lors d'un dépassement est touchée sur le côté par un camion et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_743/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3) ; automobile qui quitte la route et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 213/06 du 29 octobre 2007 consid. 7.2) ; voiture qui sur l'autoroute dérape dans un virage, se retourne et atterrit sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 258/06 du 15 mars 2007 consid. 5.2) ; assuré qui perd la maîtrise de son véhicule lancé à 90 km/h sur l'autoroute, lequel heurte la glissière centrale de sécurité avant de se retourner et d'atterrir sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/06 du 16 mai 2007 consid. 4.2) ; voiture percutée à l'avant droit par un automobiliste circulant à une vitesse de l'ordre de 50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3) ; assuré arrêté à un feu de signalisation et dont la voiture est percutée à l'arrière par un autre véhicule et projetée sur une distance de quinze mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2) ; voiture qui est percutée à l'arrière sur l'autoroute et qui emboutit l'automobile qui la précède (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 7.1) ; voiture percutée à 120 km/h sur l'autoroute par un véhicule venant de l'arrière, et qui sous l'effet du choc fait plusieurs tours sur elle-même avant de heurter le talus herbeux longeant la bande d'urgence et de se retourner sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 7.3).

9.

9.1 S'agissant tout d'abord des atteintes somatiques, les liens de causalité naturelle et adéquate se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2).

En d'autres termes, la causalité adéquate est donnée pour l'hématome de la région pygo-crurale gauche, lequel s'était progressivement compliqué d'un syndrome de

Morel-Lavallée, la fracture de la branche ischio-pubienne gauche et le déconditionnement physique majeur, de sorte que l'intimée doit prendre en charge leurs conséquences.

Il en va de même des troubles neuropsychologiques qui sont consécutifs à la lésion pariétale, qui est objectivable du point de vue organique, à savoir les troubles mnésiques antérogrades et de travail verbal et les troubles du calcul.

9.2 En revanche, en présence d'atteintes non objectivables du point de vue organique, telles que l'atteinte psychique et certains autres troubles neuropsychologiques (difficultés exécutives et attentionnelles) la causalité naturelle et la causalité adéquate ne se recouvrent pas et il suffit que l'un des liens de causalité fasse défaut pour que l'assureur-accidents n'ait pas à prester.

Pour se prononcer sur la causalité adéquate, il convient, dans un tel cas, de procéder à une classification de l'accident en question et examiner un certain nombre de critères, étant précisé qu'au vu de la lésion pariétale constatée, le traumatisme cranio-cérébral est suffisamment grave pour justifier l'application des critères jurisprudentiels en matière de coup du lapin.

9.3.1 Il convient, en premier lieu, de qualifier l'accident en question.

Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (véhicule conduit par l'ami du recourant qui sort de la route par la voie de gauche, vient percuter la glissière de sécurité et s'immobilise ensuite au milieu de la chaussée avant d'être percutée par un autre véhicule) et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'accident du 8 décembre 2006 doit à l'évidence être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*, sans être à la limite des accidents graves (voir consid. 8.2.5. ci-dessus).

Au moins trois des critères jurisprudentiels doivent ainsi être remplis pour que le lien de causalité adéquate soit admis, étant toutefois précisé qu'un seul suffit s'il revêt une intensité particulière.

9.3.2. La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (arrêt 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.2, in SVR 2011 UV n° 10 p. 35; voir également les arrêts 8C_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 et

8C_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1). Ce critère a ainsi été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel [arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3], d'un carambolage de masse sur l'autoroute [arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1], ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager [arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008]).

Force est de considérer, en l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, que l'événement du 8 décembre 2006 a eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant pour le recourant. En effet, le véhicule dans lequel se trouvait le recourant a été percuté par un autre véhicule, ce qui a eu pour conséquence le décès de plusieurs personnes, dont l'ami du recourant. Certes, le recourant a souffert d'amnésie mais il se souvient avoir été réveillé par l'impact et avoir vu une lumière. Il a donc en partie vécu l'accident et ce de manière consciente.

9.3.3. Concernant les lésions physiques et leurs conséquences, elles consistent en une petite lésion cérébrale, une fracture de l'humérus, une fracture non déplacée de la branche ischio-périnéenne et en un hématome de la cuisse gauche. Il s'agit là de lésions propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels (voir dans le même sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_263/2008 du 20 août 2008 consid. 3.3.3.3). Ce critère est donc également rempli.

9.3.4. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical consistait, à l'exception de l'ostéosynthèse de l'humérus le 22 décembre 2006 et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 19 décembre 2014, en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, de sorte qu'il n'était objectivement pas continu et lourd.

9.3.5 Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

9.3.6 Les conditions de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes ne doivent pas être remplies de manière cumulative (ATF 117 V 359 consid. 7b). Dans ce contexte, il y a lieu de préciser que les critères du traitement médical et des douleurs persistantes ne permettent pas de conclure à l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison ou à celle de complications importantes. Il faut, dans ce contexte, l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison. La prise de nombreux médicaments et la réalisation de différentes thérapies ne suffisent pas pour admettre ce critère. Il en va de même du fait qu'en dépit de thérapies régulières, il n'a pas été possible de supprimer les douleurs ou d'obtenir une capacité de travail (entière) (arrêts du Tribunal fédéral 8C_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et 8C_57/2008 du 16 mai 2008 également consid. 9.6.1). Par ailleurs, une éventuelle intolérance aux antidouleurs ne doit pas être examinée en relation avec le critère des difficultés apparues en cours de guérison ou des complications importantes mais en lien avec le critère des douleurs persistantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_275/2008 du 2 décembre 2008 consid. 3.3.6).

En l'espèce, force est de constater que sur le plan somatique, des difficultés sont apparues, avec le développement notamment d'un syndrome de Morel-Lavallée, lequel, non diagnostiqué, a empêché le traitement adéquat des troubles somatiques du recourant- et entraîné des complications. Ce critère est donc réalisé.

9.3.7 Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour justifier, aujourd'hui encore, des incapacités de travail Il s'agit par conséquent d'une durée assez longue.

9.4 Force est donc de constater que cinq des critères énoncés par la jurisprudence, à savoir celui du caractère impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions, l'intensité des douleurs, les difficultés apparues au cours de la guérison, et l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts fournis par le recourant sont remplis, ce qui est suffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 8 décembre 2006 et les troubles psychiques et neuropsychologiques non objectivables du point de vue organique encore présents chez le recourant.

10. En conclusion, à la date du 1er janvier 2017, le recourant souffrait encore de troubles incapacitants en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

L'intimée ayant essentiellement mis un terme à ses prestations, en niant le caractère incapacitant des atteintes ainsi que le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate, la

cause lui sera renvoyée pour examen du type de prestations à allouer et nouvelle décision.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition querellée annulée. L'intimée sera invitée à allouer ses prestations au-delà du 31 décembre 2016.

Le recourant, obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 4'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

12.

12.1 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), 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 mots, 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. 4.4.2). 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 aura 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. 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 réquisits jurisprudentiels, 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).

12.2 En l'occurrence, les frais de l'expertise de CHF 21'061.25, selon les factures de Dr U_____ du 30 avril 2019 en CHF 3'488.40, du Dr V_____ du 1er mai 2019 en CHF 1'139.- et du Dr T_____ des 3 mai 2019 et 22 décembre 2021 en CHF

18'433.85, seront mis à la charge de l'intimée, dès lors que l'instruction médicale menée auprès de ses médecins-conseils n'était pas suffisamment probante. En effet, comme l'a expliqué la chambre de céans de manière détaillée dans son ordonnance d'expertise du 28 juin 2018, les médecins-conseils de l'intimée n'ont pas examiné le recourant. De plus, leurs conclusions étaient sérieusement remises en cause par celles des experts judiciaires M_____ et N_____, l'expertise de la CRR et les médecins-traitant du recourant (cf. ordonnance d'expertise du 28 juin 2018 consid. 15 pour les détails). Ainsi, au vu des divergences importantes existant entre les avis médicaux précités et compte tenu, en particulier, de l'absence d'examen médical du recourant par les médecins d'arrondissement, une instruction plus approfondie aurait dû être menée par l'intimée. Tel n'ayant pas été le cas, il se justifie de mettre les frais de l'expertise judiciaire en CHF 21'061.25 à la charge de la SUVA.

12.3 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet
3. Annule la décision sur opposition du 18 juillet 2019 et renvoie la cause à l'intimée pour examen du type de prestations à allouer au-delà du 21 décembre 2016 et nouvelle décision.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 4'000.- pour ses dépens, à la charge de l'intimée.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire en CHF 21'061.25 à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
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