RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2807/2020 **ATAS/225/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mars 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré), né en 1963, a travaillé en qualité de serveur pour l'entreprise C_____ SA (ci-après: l'employeur). À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA).

b. Le 10 septembre 2013, alors qu'il circulait en scooter, l'assuré a été victime d'un accident et a subi un choc frontal avec une voiture.

Il a été admis aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après: les HUG) où il a séjourné jusqu'au 6 novembre 2013. Ont notamment été diagnostiqués un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) avec amnésie circonstancielle, une fracture-avulsion de l'insertion du ligament croisé postérieur du genou droit, une fracture du plateau tibial gauche, une fracture ouverte Gustillo II du poignet gauche (avec fracture intra-articulaire métaphyso-épiphysaire de l'extrémité distale du radius [EDR], fracture comminutive sous-capitale de l'ulna distal et section à 100% des tendons long extenseur du pouce [EPL] et extenseur du petit doigt [EDM]), et une contusion de l'articulation temporo-mandibulaire gauche.

c. L'assuré a été opéré du poignet gauche le 10 septembre 2013. L'évolution a été marquée par une rupture du matériel d'ostéosynthèse et une pseudarthrose, qui ont nécessité des interventions les 22 janvier 2014 et 26 mars 2015. Des atteintes sensitivo-motrices du nerf médian gauche ont été constatées et un déplacement de l'arthrodèse a entrainé une bascule postérieure du semi-lunaire. Le 11 mai 2016, l'intéressé a subi une reprise chirurgicale du poignet en raison d'une pseudarthrose.

L'assuré a été opéré du genou droit le 20 septembre 2013 et du tibia gauche le 25 septembre 2013. En raison d'une gêne et de douleurs, il a été réopéré des deux genoux le 27 octobre 2014.

La SUVA a également pris en charge des atteintes au niveau de la main droite, dont une intervention en raison d'un syndrome du tunnel carpien le 17 novembre 2015 et une nouvelle opération le 1er novembre 2017 pour une cure de doigt à ressort suite à l'accident.

d. Le 20 octobre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI), en raison des atteintes résultant de l'accident de la voie publique.

e. En janvier 2014, il a été adressé au centre d'aide aux victimes, où un suivi psychologique a été mis en place.

f. Dans le cadre de l'instruction du dossier, la SUVA a sollicité l'avis de plusieurs de ses médecins-conseils, dont le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 5 août 2015 relatif à l'examen du 29 juillet 2015, rapport du 10 février 2016 suite à la consultation du 3 février 2016, rapport du 10 juillet 2018 portant sur l'examen du 4 juillet 2018), la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie (rapport du

2 novembre 2015 concernant l'examen du jour même), le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie (rapports des 12 avril et 21 août 2017), le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (appréciation du 28 juin 2017 suite à un examen du 27 juin 2017), le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 13 mars 2018).

L'assuré a en outre été adressé à la doctoresse I_____, spécialiste FMH en neurologie (rapport du 15 décembre 2015 relatif aux examens des 10 et 15 décembre 2015). Suite à cette consultation, une IRM cérébrale et orbitaire a été réalisée le 4 février 2016 (rapport du 5 février du docteur J_____, radiologue FMH), ainsi que des bilans respiratoire (rapport du 15 avril 2016 du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie), ophtalmologique (rapport du 25 février 2016 du docteur L_____, spécialiste FMH en ophtalmologie) et neuro-ophtalmologique (rapport du 20 décembre 2016 du docteur M_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie), et un examen neuropsychologique (rapport du 23 septembre 2016 de Monsieur N_____, psychologue FSP, relatif à l'examen du 19 septembre 2016). Sur la base de ces documents, la Dresse I_____ a rendu de nouvelles évaluations (rapports des 23 septembre 2016 et 28 juillet 2017).

g. Le 13 avril 2018, le Dr H_____ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 17.5%, dont 15% pour le poignet gauche et 2.5% pour le genou gauche.

h. Par courrier du 25 juillet 2018, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière au 30 novembre 2018 et au paiement des soins médicaux, hormis trois consultations par année auprès du médecin traitant, trois séries de neuf séances de physiothérapie par année jusqu'au 31 décembre 2019 et la prise en charge du traitement médicamenteux défini.

i. En date du 31 octobre 2018, l'assuré a subi l'ablation de la plaque d'arthrodèse du poignet gauche. Selon la lettre de sortie des HUG du 12 novembre 2018, l'incapacité de travail était totale jusqu'au 30 novembre 2018.

j. Le 12 novembre 2018, le Dr H_____ a maintenu que le cas pouvait être clôturé au 30 novembre 2018, car la stabilisation du cas devait être obtenue 15 jours après la dernière opération.

B. **a.** Par décision du 17 décembre 2018, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 53'560.-) et avec invalidité (CHF 58'386.30, sur la base de 5 DPT [descriptifs de poste de travail] sélectionnés) ne révélait aucune perte de gain. Elle lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17.5%, soit un montant de CHF 22'050.-.

b. Dans son opposition du 1er février 2019, complétée les 28 février, 18 mars et 5 juin 2019, l'assuré a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique et soutenu que les douleurs importantes aux membres inférieurs et à la main gauche, ainsi que les problématiques neuropsychologiques,

n'avaient pas été prises en compte. Une expertise aurait dû être ordonnée compte tenu des avis divergents du Dr F_____ et de la Dresse I_____ quant au lien de causalité entre l'accident assuré et les plaintes cognitives. L'intéressé a en outre soutenu que les DPT sélectionnés ne tenait pas compte de l'exigibilité médicale et que le Dr H_____ avait indiqué plus de limitations que celles retenues dans la décision.

L'assuré a notamment transmis à la SUVA un rapport du 15 décembre 2018 du docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès des HUG (retenant une atteinte à l'intégrité d'environ 30%), des rapport des 28 février et 18 mars 2019 de la doctoresse P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (estimant que les troubles des genoux justifiaient une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%), un rapport du 20 mars 2019 du Dr O_____ (faisant état d'une atteinte d'environ 30%, compte tenu de la concomitance des troubles ostéoarticulaires et neurologiques et du fait que son patient était à considérer comme un monomanuel main droite pur).

c. Du 28 août au 20 septembre 2019, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) à Sion. Le rapport y relatif du 17 octobre 2019 mentionne notamment, à titre de diagnostics, aux niveaux du poignet gauche et de la main droite, une neuropathie tronculaire du nerf médian au niveau du tunnel carpien avec une atteinte axonale sensitive et du nerf cubital au niveau du canal de Guyon (et du coude à gauche) avec une atteinte axonale sensitive ; aux niveaux des genoux, une chondrite fémoro-patellaire débutante à droite et une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante à gauche. Au plan psychiatrique, aucun diagnostic n'était retenu. Au vu de la complexité du cas, il était proposé au patient de rediscuter des résultats de l'électroneuromyogramme avec le Dr O_____ afin d'évaluer la nécessité d'une nouvelle imagerie du nerf médian des deux côtés. Concernant le TCC et les plaintes cognitives, un examen neuropsychologique avait été effectué durant le séjour et le patient avait été vu par un neuro-rééducateur qui, au vu de l'examen neurologique, des données de l'anamnèse, de la relecture de l'IRM de 2016 revue lors d'un colloque de neuroradiologie, et des résultats du bilan neuropsychologique, ne retenait pas d'éléments objectifs pouvant relier les symptômes présents à une lésion cérébrale éventuelle. Au cours de son séjour, le patient avait été évalué aux ateliers professionnels, où il avait travaillé sur une période unique. Les limitations fonctionnelles définitives concernaient le port de charge de plus de 5 kg, les mouvements du poignet gauche, les mouvements répétés ou nécessitant de la force de la main et des doigts gauches, une activité nécessitant une bonne sensibilité de la main gauche, la marche prolongée et en terrain irrégulier, les positions accroupie et à genou, l'utilisation répétée d'escaliers et d'échelles. La situation était sur le point d'être stabilisée d'un point de vue médical. Le consultant en chirurgie orthopédique avait considéré que l'examen clinique et l'imagerie étaient rassurants et il ne retenait pas d'indication opératoire, mais avait

signalé que le genou droit était à risque de développement d'arthrose dans les années à venir.

d. Le 26 novembre 2019, le Dr O_____ a indiqué que l'échographie avait confirmé l'existence d'une ténosynovite de Quervain à droite et des signes de tunnel carpien à gauche. Il a également mentionné la présence de douleurs neurogènes et d'un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC).

e. Le 2 décembre 2019, l'assuré a relevé qu'il apparaissait, à la lecture du rapport de la CRR, que son état n'était pas stabilisé et que des interventions des deux poignets étaient discutées suite aux derniers examens, de sorte que des indemnités journalières devraient lui être versées rétroactivement dès le 1er décembre 2018. Il contestait en outre les résultats de l'examen neuropsychologique. Les limitations fonctionnelles retenues devaient être complétées avec celles constatées aux ateliers professionnels, soit l'alternance des positions assise et debout eu égard aux problèmes des genoux, des difficultés de préhension de la main droite, des difficultés à effectuer des activités bi-manuelles et une fatigabilité à la position debout. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait en outre tenir compte des atteintes confirmées par l'évaluation à la CRR, soit l'arthrose aux genoux et les problématiques d'arthrose et de perte de sensibilité dans le territoire du nerf médian des deux mains. Une nouvelle évaluation du taux d'invalidité devrait être reportée consécutivement aux investigations complémentaires auprès du Dr O_____, voire aux indications opératoires données par ce médecin.

f. L'assuré a subi une reprise opératoire du tunnel carpien gauche le 26 février 2020.

g. L'assuré a été examiné par le Dr H_____ le 6 juillet 2020. Ce médecin a notamment diagnostiqué une gonarthrose fémoro-tibiale interne secondaire du genou droit, une pangonarthrose secondaire du genou gauche. Il a constaté que l'examen réalisé à la CRR était exactement identique au sien effectué le jour même. Il a indiqué que la situation était stabilisée au niveau du membre supérieur gauche et que le SDRC mentionné par le Dr O_____ avait dorénavant complètement disparu, étant ajouté que les douleurs neurogènes encore présentes l'étaient depuis long terme. S'agissant de l'exigibilité, il confirmait l'appréciation de la CRR et l'évaluation aux ateliers professionnels semblait suffisante compte tenu des antécédents médicaux complexes. L'activité mono-manuelle décrite par le Dr O_____ ne pouvait pas être maintenue, mais l'utilisation de la main gauche devait être assez limitée. Cette définition de l'exigibilité prenait en considération les séquelles de l'arthrodèse et les limitations liées aux troubles neurologiques résiduels, mais ne permettait pas d'aller jusqu'à l'activité mono-manuelle pure. L'exigibilité des membres inférieurs était tout à fait adaptée et son examen clinique du jour permettait de constater une mobilité satisfaisante et l'absence de tout blocage des deux genoux. Les limitations soulignées étaient cohérentes avec son examen et la situation était stabilisée pour les genoux. Concernant l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, une réévaluation serait faite. S'agissant des troubles ayant

nécessité l'intervention du « 12 février 2020 », une rechute pouvait être acceptée, à partir de la date de la constatation faite à la CRR, soit le 28 août 2019.

h. Par courrier du 16 juillet 2020, la SUVA a accordé à l'assuré des prestations pour la rechute, du 28 août 2019 (entrée à la CRR) au 6 juillet 2020 (examen du médecin d'arrondissement), date à laquelle elle mettait fin à ses prestations.

i. Dans un avis du 22 juillet 2020, le Dr H_____ a procédé à une nouvelle évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et retenu un taux de 35%, soit 15% pour le poignet gauche, 15% pondérés à 12.75% pour le genou gauche et 10% pondérés à 7.2% pour le genou droit, étant précisé que le taux de 35% correspondait à l'indemnité versée en cas d'amputation de la jambe au-dessus du genou. En comparaison avec les séquelles présentées par l'assuré, cette estimation paraissait équitable car il n'y avait pas de perte structurelle comparable à une amputation partielle d'un membre inférieur.

j. Par fax du 23 juillet 2020, l'assuré a sollicité un délai au 15 septembre 2020 pour prendre connaissance et se déterminer sur le rapport qui serait rendu par le Dr H_____.

k. Par décision sur opposition du 24 juillet 2020, la SUVA a partiellement admis l'opposition en ce sens que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était revu à 35%, de sorte qu'un montant supplémentaire de CHF 22'050.- était versé à l'assuré. En revanche, s'agissant du droit à la rente, elle a maintenu que la situation était stabilisée au 30 novembre 2018, soit au moment où elle avait mis un terme au versement de l'indemnité journalière. Le revenu d'invalide, fixé selon les DPT, ne prêtait pas le flanc à la critique, étant rappelé que les investigations supplémentaires avaient montré que l'assuré ne pouvait pas être considéré comme un monomanuel et que les troubles cognitifs n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident assuré. Cela étant, l'intéressé ne subissait aucune perte de gain, que la comparaison des revenus soit effectuée entre le revenu présumable sans invalidité et le revenu déterminée sur la base des DPT ou des salaires statistiques. En effet, le revenu d'invalide fixé sur la base des données statistiques s'élevait à CHF 67'766.67, auquel un abattement de 10% pouvait être appliqué en raison des limitations fonctionnelles. Aucun autre facteur de réduction n'entrait en considération. Compte tenu du salaire de valide de CHF 53'560.- que l'assuré aurait perçu en 2018 s'il avait continué à travailler pour son employeur, il ne subissait pas de perte de gain.

C. **a.** Par acte du 14 septembre 2020, l'assuré, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours contre la décision du 24 juillet 2020. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de plusieurs médecins et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse en raison d'une violation de son droit d'être entendu, subsidiairement, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente d'invalidité d'au minimum 50% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%, et à la prise en charge de l'intégralité des frais de traitement en relation avec l'accident assuré.

b. Dans son écriture du 30 octobre 2020, le recourant a persisté à solliciter la mise en œuvre d'une expertise neurologique et neuropsychologique, et l'audition de la Dresse I_____. Il a également conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 13% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 45%, ainsi qu'à la prise en charge de l'intégralité des frais de traitement résultant de l'accident assuré.

c. En date du 25 novembre 2020, le recourant a constaté que les documents issus du dossier de l'OAI n'apparaissaient pas dans celui de l'intimée, dont un rapport de la Dresse I_____ du 8 janvier 2019 qui avait incité l'OAI à mettre en œuvre une expertise, le SMR ne pouvant se positionner clairement sur l'exigibilité dans une activité adaptée, vu la différence d'appréciation entre la Dresse I_____ d'une part, et les médecins de la CRR et de l'intimée d'autre part. Une expertise judiciaire en neurologie, psychiatrie et neuropsychologie permettrait d'établir la causalité entre l'accident et les problématiques de déficits neuropsychologiques et les douleurs neurogènes, ainsi que leurs répercussions fonctionnelles et les traitements propres à maintenir une capacité de gain ou une détérioration de l'état de santé.

Le recourant a joint le rapport de la Dresse I_____ du 8 janvier 2019 répondant aux questions du médecin-conseil de l'OAI. Il a également transmis un rapport du SMR du 26 octobre 2020, aux termes duquel il apparaissait qu'en raison des séquelles orthopédiques, la poursuite de l'activité habituelle de serveur n'était raisonnablement plus exigible. Dans une activité adaptée, le SMR ne pouvait pas clairement se positionner et la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique, avec un bilan neuropsychologique et des tests de validation des symptômes, était proposée.

d. Dans sa réponse du 5 février 2021, l'intimée a conclu au déboutement du recourant de toutes ses conclusions. Le grief de violation du droit d'être entendu devait être écarté car l'intéressé avait pu s'exprimer dans le cadre de la présente procédure. Concernant le droit à la preuve, elle n'avait eu aucun motif de s'écarter des nombreuses appréciations probantes de ses spécialistes, qui avaient examiné l'intéressé à plusieurs reprises, et des médecins de la CRR, où le recourant avait séjourné trois semaines en 2019. Sur le fond, elle a relevé s'être prononcée sur les frais de traitement par pli du 27 juillet 2020. Concernant les droits à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a maintenu sa décision.

e. En date du 23 mars 2021, le recourant a rappelé qu'il concluait à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer notamment sa capacité fonctionnelle et sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée, raison pour laquelle il avait indiqué des taux minimums. Il n'avait jamais été examiné par des spécialistes en neurologie, neurochirurgie ou neuropsychologie, et le Dr F_____ ne l'avait pas personnellement ausculté.

D. **a.** Par ordonnance du 21 octobre 2021, la chambre de céans a requis la production par l'OAI du dossier du recourant.

b. À réception de ces pièces, les parties ont été invitées à prendre position.

c. Seule l'intimée s'est déterminée, par courrier du 17 décembre 2021, relevant que le recourant avait estimé le 13 octobre 2021 qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une expertise. Elle a maintenu ses conclusions.

EN DROIT

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

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

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

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

Compte tenu de cette suspension, le recours interjeté dans la forme prévue par la loi le 14 septembre 2020 contre la décision sur opposition du 24 juillet 2020, est recevable

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 24 juillet 2020, singulièrement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et la prise en charge des frais de traitement.

5. Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier, le recourant a fait grief à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendu à plusieurs titres.

5.1 Le droit d'être entendu est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), et se trouve répété, le cas échéant précisé par des dispositions légales telles que l'art. 42 LPGA (Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2ème éd., 2018, n. 1526 ss).

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 130 consid. 2b et les références).

5.2. En l'espèce, le recourant a tout d'abord soutenu que la décision initiale du 17 décembre 2018 avait été rendue sans qu'aucune instruction ne soit faite, en violation de la maxime inquisitoire, ce qui avait d'ailleurs conduit l'intimée à entreprendre d'importantes investigations, dont un séjour à la CRR. En outre, il avait sollicité, par courrier faxé le 23 juillet 2020, qu'un délai lui soit accordé au 15 septembre 2020 pour faire valoir des observations sur le rapport que rendrait le médecin-conseil suite à la visite du 6 juillet 2020, étant précisé que son avocat serait en vacances du 24 juillet au 17 août 2020. Cette demande n'avait été suivie d'aucun effet. Il n'avait donc pas pu se prononcer sur les éléments complémentaires recueillis par l'intimée pendant la phase d'opposition, alors même que l'instruction aurait dû être effectuée avant qu'une décision ne soit rendue. Son droit d'être entendu avait également été violé sous l'angle du droit à la preuve puisque ses diverses demandes d'expertise, notamment sur le plan neuropsychologique, étaient restées vaines.

Le recourant a encore observé qu'il n'avait jamais été examiné par des spécialistes en neurologie, neurochirurgie ou neuropsychologie, que le Dr F_____ ne l'avait pas personnellement ausculté et que son rapport ne mentionnait pas celui de la Dresse I_____ du 28 juillet 2017, de sorte qu'il ne discutait pas des éléments mentionnés par cette médecin.

5.3 La chambre de céans constate que l'intimée a sollicité à réitérées reprises l'avis de ses médecins-conseils avant de rendre la décision du 17 décembre 2018, médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie, chirurgie, chirurgie orthopédique, et neurologie, lesquels ont pris en considération tous les rapports en

possession de l'intimée. Ils ont d'ailleurs préconisé une évaluation neurologique, qui a été confiée en novembre 2015 à la Dresse I_____ et qui a conduit à des examens complémentaires en pneumologie, neuro-phtalmologie et ophtalmologie, et à un examen neuropsychologique. Il ressort en outre du dossier de l'intimée qu'un séjour à la CRR avait été proposé au recourant en décembre 2017, mais que l'intéressé n'était pas « chaud » pour des motifs d'organisation personnelle (cf. pièce 806 intimée). La Dresse P_____ avait en outre écrit à l'intimée le 4 janvier 2018 qu'elle ne voyait « aucun intérêt » à un tel séjour (cf. pièce 815 intimée). On ne saurait donc reprocher à l'intimée de ne pas avoir mené des investigations suffisantes avant de rendre la décision initiale. On précisera encore, s'agissant de la demande d'expertise neuropsychologique, que l'intimée a rendu la décision litigieuse sur la base des conclusions du rapport de la CRR, où un tel examen a été réalisé.

Certes, l'intimée a notifié sa décision sur opposition avant que le recourant n'ait eu l'occasion de prendre position sur le rapport du Dr H_____ du 6 juillet 2020. Cependant, l'intéressé a pu se déterminer sur ce document devant la chambre de céans, laquelle jouit du même pouvoir d'examen que l'intimée. Dès lors, la violation du droit d'être entendu dont se prévaut le recourant peut être considérée comme réparée dans le cadre de l'examen du recours.

6. Il convient à présent d'examiner le droit aux prestations du recourant.

6.1 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.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1 LAA précise que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil

de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du4 juillet 2019 consid. 4.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

6.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

6.2.1 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

6.2.2 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi

obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2 et 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêts du Tribunal fédéral 8C_625/2008 du 26 février 2009 consid. 3.2.1 et 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545, et les références citées ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent

respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (voir l'Annexe de la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014).

On relèvera encore que le Tribunal fédéral a admis la référence au TA1 dans la situation d'un assuré ne pouvant exercer que des tâches monomanuelles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2017 du 5 juin 2018). Notre Haute cour a en outre confirmé qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne peuvent exercer que des travaux légers de type monomanuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitaient pas l'utilisation des deux bras et des deux mains. De tels emplois existaient également dans les entreprises liées à la production, raison pour laquelle il a jugé qu'une restriction du marché du travail à considérer ne s'imposait pas au secteur des services (arrêt du Tribunal 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202 ; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2. et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3). Une réduction en lien avec les limitations fonctionnelles n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 et les arrêts cités).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

10. En l'occurrence, le recourant a fait grief à l'intimée de s'être basée uniquement sur des rapports émanant de son médecin d'arrondissement et de la CRR, lesquels ne pouvaient être considérés comme neutres, vu leur lien avec l'intimée. Il a tout d'abord soutenu que les évaluations de l'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité étaient faussées par le refus de l'intimée de prendre en compte les conséquences neuropsychologiques du sinistre, alors que la causalité entre ses problèmes cognitifs et mnésiques d'une part, et l'accident assuré d'autre part, était suffisamment vraisemblable. Il a rappelé avoir subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance, ce qui était un élément important sous l'angle de l'évaluation de la causalité entre les déficits neuropsychologiques ultérieurs et l'accident, et souligné que des troubles cognitifs et mnésiques avaient été clairement identifiés

par la Dresse I_____, unique spécialiste à l'avoir examiné et à avoir consulté le dossier, et dont les rapports étaient les seuls documents conclusifs et complets prenant en compte toutes les atteintes consécutives à l'accident. Il a notamment souligné que les IRM avaient mis en évidence des troubles d'origine post-traumatique et a fait grief aux médecins de la CRR et médecins-conseils de l'intimée de ne pas avoir pas pris en considération l'épaississement fin du pachyméningé.

En date du 25 novembre 2020, le recourant a relevé que les documents issus du dossier de l'OAI n'apparaissaient pas dans celui de l'intimée. Ainsi, le rapport de la Dresse I_____ du 8 janvier 2019 rédigé à l'attention du SMR n'avait été pris en considération ni par les médecins de la CRR ni par les médecins d'arrondissement de l'intimée. Or, ce rapport était si important et convaincant que l'OAI avait considéré qu'il n'était pas possible de se positionner sur l'exigibilité d'une activité adaptée, vu la différence d'appréciation entre, d'une part, cette médecin et, d'autre part, ceux de la CRR et de l'intimée. Le SMR avait estimé qu'une expertise devait être ordonnée pour départager ces points de vue.

10.1 La chambre de céans rappelle en premier lieu que la décision litigieuse repose sur les rapports du Dr H_____ suite à son examen clinique du 6 juillet 2020, ainsi que sur le rapport de la CRR du 17 octobre 2019.

Le rapport de la CRR fait suite à un séjour de trois semaines, du 28 août au 20 septembre 2019, au cours duquel le recourant a été examiné par de nombreux spécialistes, lesquels ont pris connaissance de l'ensemble du dossier, dont les examens radiologiques. Ils ont tenu compte des plaintes de l'intéressé, procédé à des examens cliniques minutieux et commenté les résultats des différents tests réalisés, avant de livrer leurs conclusions, dûment motivées et convaincantes.

Dans son rapport du 20 juillet 2020, le médecin-conseil a résumé toutes les pièces au dossier, y compris le dossier d'imagerie, consigné les déclarations du recourant, fait part de ses constatations suite à un examen clinique, en particulier des membres supérieurs et inférieurs, et estimé que les évaluations obtenues à la CRR en 2019 étaient identiques aux siennes, étant toutefois relevé qu'il n'y avait plus de signes d'allodynie et que le Tinel n'était plus douloureux probablement dans les suites de la chirurgie. Le Dr H_____ a également justifié son appréciation.

Ces rapports remplissent donc a priori les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

10.2.1 Contrairement à ce que soutient le recourant, il ressort clairement du rapport de la CRR et de ses annexes qu'un examen neuropsychologique a été réalisé le 2 septembre 2019 par trois spécialistes, lesquels ont notamment retenu que plusieurs éléments suggéraient que les résultats trouvés ne reflétaient pas les vraies capacités du patient (manque de consistance entre les profils des déficits entre 2016 et 2019 aux épreuves mnésiques, certaines mesures d'effort non concluantes). Quant au fléchissement attentionnel et au manque d'endurance, ils ont noté que ces

troubles étaient au final peu spécifiques et pouvaient tout à fait s'inscrire dans le cadre des troubles thymiques du patient. Au vu de l'absence de lésions post-traumatiques typiques à l'imagerie cérébrale de 2016 et de la distance du TCC, il semblait probable que d'autre facteurs, notamment thymiques, intervenaient dans leur persistance. L'intéressé a également été vu par un neuro-rééducateur qui, au vu de l'examen neurologique, des données de l'anamnèse, de l'IRM de 2016 et des résultats du bilan neuropsychologique, n'a pas retenu d'éléments objectifs pouvant relier les symptômes présents à une lésion cérébrale éventuelle. À cet égard, c'est encore le lieu de relever qu'un colloque de neuroradiologie a été organisé à la CRR afin de procéder à une nouvelle lecture de l'IRM de 2016. Des lésions aspécifiques de la substance blanche ont été constatées avec une absence de lésions axonales diffuses, une absence de séquelles hémorragiques et la présence d'une asymétrie de fornix non significative. Un épaississement pachyméningé peu significatif était présent.

On ne saurait donc suivre le recourant lorsqu'il soutient que la Dresse I_____ serait la seule spécialiste en neurologie à l'avoir examiné, ni lorsqu'il affirme que les médecins de la CRR n'auraient pas pris en considération l'épaississement fin du pachyméningé.

10.2.2 S'agissant du rapport de la Dresse I_____ du 8 janvier 2019 qui ne figure pas au dossier de l'intimée, il sied de souligner que ce document ne fait pas suite à une nouvelle consultation puisque la neurologue a examiné le recourant à deux reprises, en décembre 2015 et juillet 2017. Il se fonde ainsi sur des constatations antérieures au séjour à la CRR et à l'examen du Dr H_____, qui avaient déjà donné lieu à des rapports dûment pris en considération.

Le fait que ce rapport n'ait pas été porté à la connaissance des médecins de la CRR et du médecin-conseil n'est donc pas propre à remettre en cause leurs conclusions.

10.3 La chambre de céans constate en outre, à l'examen du dossier de l'OAI, que le SMR a proposé, par avis du 26 octobre 2020, la réalisation d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et neurologique, avec un bilan neuropsychologique et des tests de validation des symptômes. Cette expertise, qui aurait dû être réalisée en janvier 2021, n'a toutefois pas eu lieu faute d'accord sur la désignation des experts. Selon un rapport des HUG du 9 juin 2021, le recourant a été hospitalisé le 3 juin 2021 au service de pneumologie pour une insuffisance respiratoire avec des troubles au niveau du langage, des fausses routes occasionnelles, une dsypnée à l'effort, une orthopnée et des crampes douloureuses au niveau des mains, des jambes, du coude et de la nuque. Les examens ont mis en évidence des atteintes au premier motoneurone au niveau du motorcortex droit et à l'étage lombaire. Dans un rapport du 11 juin 2021, le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (ci-après : SLA) avec atteinte bulbaire, thoracique et syndrome pseudo-bulbaire a été retenu. À réception de ces documents, le SMR a considéré, par avis du 20 août 2021, que malgré la sévérité du diagnostic récemment posé, la mise en œuvre d'une expertise demeurait suggérée car elle permettrait d'évaluer la capacité de travail dans une

activité adaptée depuis l'accident de septembre 2013, étant relevé qu'il y avait d'importantes divergences d'appréciation entre les médecins de l'intimée et ceux du patient. Le recourant s'est soumis à des examens neuropsychologique et neurocomportemental les 6 juillet et 31 août 2021 aux HUG. Dans leur rapport y relatif du 31 août 2021, le professeur Q_____, responsable d'unité au service de neurologie des HUG, et Madame R_____, psychologue FSP, ont constaté un tableau caractérisé par une dysarthrie (dont un ralentissement du débit, une aprosodie, une hypotonicité, un léger nasonnement, un flou articulaire, ou encore des difficultés de coordination pneumo-phonique), des difficultés dans le traitement émotionnel (un score de reconnaissance d'émotions faciales se situant à la limite inférieure des normes avec des difficultés majeures pour la peur et la tristesse) et des signes de la lignée anxio-dépressive. Les fonctions cognitives testées étaient dans les limites de la norme. Une synthèse multidisciplinaire a été réalisée au Centre pour la SLA et un rapport établi le 23 septembre 2021. Il en ressort que le recourant bénéficiait d'un bon soutien de la part de sa compagne et de ses enfants et de ses amis. Il ne ressentait pas le besoin d'avoir un soutien psychologique, mais était ouvert à la pratique d'hypnose pour soulager ses angoisses. Il avait des douleurs chroniques au membre supérieur gauche et au niveau des jambes qui étaient maintenant supportables et qu'il évaluait à 2/10 sur l'échelle numérique. Il entreprenait des démarches afin de régler les aspects financiers avec l'aide d'un notaire, ne voulait pas être une charge pour ses proches et pensait à se renseigner auprès d'EXIT. Dans un courrier du 13 octobre 2021, le recourant a indiqué à la directrice de l'OAI qu'il pensait que l'expertise n'était plus nécessaire au vu des examens effectués aux HUG en juin 2021 lors de son hospitalisation.

Il appert ainsi que le recourant a expressément renoncé à l'expertise psychiatrique et neurologique proposée par l'OAI, laquelle devait comporter un bilan neuropsychologique complet, et était destinée à évaluer sa capacité de travail résiduelle et lever les incertitudes quant à l'appréciation divergentes entre les médecins de l'intimée et ceux du recourant.

Dans ces conditions, la mise en œuvre de l'expertise judiciaire neurologique et neuropsychologique sollicitée par l'intéressé dans ses écritures antérieures aux examens des HUG ne se justifie pas.

10.4 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans ne peut que constater que les arguments développés par le recourant ne permettent pas de remettre en cause les rapports de la CRR et des médecins-conseils de l'intimée qui n'ont pas retenu de troubles neuropsychologiques en lien avec l'accident.

À cet égard, il sera encore rappelé que l'IRM de cérébrale de 2016, interprétée différemment par le Dr F_____ et la Dresse I_____, a été revue par un colloque de spécialistes à la CRR. Aucun élément ne permet de remettre en cause le bien-fondé de leur appréciation.

On relèvera encore que les dernières investigations menées aux HUG dans le cadre du diagnostic de SLA, atteinte découverte après le prononcé de la décision litigieuse, ont conclu que les fonctions cognitives testées étaient dans les limites de la norme.

11. Le recourant a également reproché à l'intimée de ne pas avoir correctement tenu compte de ses nombreuses atteintes et limitations fonctionnelles qui découlaient de l'accident, s'agissant de ses deux genoux et du poignet gauche, soulignant que le Dr O_____ l'avait qualifié de « monomanuel ».

11.1 La chambre de céans rappellera donc brièvement que le rapport de la CRR mentionne, à titre de diagnostics, en sus des fractures et opérations subies, aux niveaux du poignet gauche et de la main droite, une neuropathie tronculaire du nerf médian au niveau du tunnel carpien avec une atteinte axonale sensitive et du nerf cubital au niveau du canal de Guyon (et du coude à gauche) avec une atteinte axonale sensitive ; s'agissant des genoux, une chondrite fémoro-patellaire débutante à droite et une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante à gauche.

Suite à une récidive du tunnel carpien gauche, le recourant a été opéré le 26 février 2020 et l'intimée a requis un nouvel examen auprès du Dr H_____, lequel s'est déroulé le 6 juillet 2020. Dans son rapport du 20 juillet 2020, ce médecin a mentionné, à titre de diagnostics, les fractures subies lors de l'accident et certaines interventions qui se sont ensuivies, ainsi qu'une gonarthrose fémoro-tibiale interne secondaire du genou droit, un pangonarthrose secondaire du genou gauche, un traumatisme crânien avec perte de connaissance, une obésité, un status post ostéosynthèse astragale gauche (1991) et un status après une chirurgie pour neurolyse du nerf médian gauche. Bien qu'il ait relevé que les constatations neurologiques avec une diminution de la sensibilité étaient toujours présentes, le médecin-conseil n'a pas repris les diagnostics de neuropathie retenus à la CRR. Il en a toutefois tenu compte dans son appréciation et exposé que l'exigibilité retenue prenait en considération les séquelles de l'arthrodèse et les limitations liées aux troubles neurologiques résiduels, mais ne permettait pas d'aller jusqu'à l'activité monomanuelle pure. Il a également expliqué que le SRDC évoqué par le Dr O_____ (cf. rapport du 23 juin 2020) était considéré comme résolu lors de l'examen du 6 juillet 2020. Il appert donc que la perte de sensibilité au niveau des doigts et les douleurs neurogènes rapportées par le Dr O_____ (cf. rapport du 23 juin 2020) ont bien été prises en compte par le médecin-conseil.

La chambre de céans relèvera encore que le rapport de la CRR ne retient aucun diagnostic psychiatrique, ce qui n'est pas formellement contesté par le recourant. Ce dernier n'a en particulier pas soutenu être suivi ou traité sur le plan psychique. Au contraire, il ressort du dossier de l'OAI qu'il ne ressent pas le besoin d'avoir un soutien psychologique.

11.2 S'agissant des restrictions, le rapport de la CRR mentionne des limitations fonctionnelles en lien avec le port de charge de plus de 5 kg, les mouvements du

poignet gauche, les mouvements répétés ou nécessitant de la force de la main et des doigts gauches, une activité nécessitant une bonne sensibilité de la main gauche, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, la position accroupie et à genoux, la réalisation répétée des escaliers et l'utilisation répétée d'échelles.

Dans son rapport du 20 juillet 2020, le Dr H_____ a indiqué se rallier à l'évaluation de la CRR, plus récente que sa précédente appréciation.

La Dresse P_____ a relaté que son patient présentait des douleurs permanentes des deux genoux qui l'empêchaient de s'agenouiller, de se mettre à quatre pattes, de marcher plus d'une heure et sans pauses régulières, de descendre des escaliers. Elle a ajouté qu'il ne pouvait pas rester dans une position statique prolongée, que ce soit debout, assis ou couché (cf. rapport du 28 février 2019). Ces limitations fonctionnelles correspondent dans l'ensemble à celles retenues à la CRR, à l'exception des restrictions visant toute position statique. On perçoit toutefois mal pour quelles raisons les atteintes dont souffre le recourant aux membres inférieurs l'empêcheraient de maintenir les stations assise, couchée et debout sans déplacement prolongé, ce que la Dresse P_____ n'a du reste pas expliqué.

Enfin, si le Dr O_____ a dans un premier temps évoqué que l'intéressé devait être considéré comme un monomanuel main droite pur (cf. rapport du 15 décembre 2018), il semble être par la suite revenu sur cette estimation puisqu'il a écrit au recourant qu'il ne lui semblait pas qu'il y ait lieu de pouvoir faire opposition au fait que l'intimée ne retenait pas que seule une activité monomanuelle était possible (cf. rapport du 26 octobre 2020).

11.3 Partant, la chambre de céans ne relève aucun indice concret remettant en cause les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles mentionnées par les médecins de la CRR et confirmées par le Dr H_____ suite à un nouvel examen.

Elle fera donc siennes les conclusions de ces médecins et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues à la CRR.

12. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, le recourant a invoqué que l'intimée s'était fondée sur des DPT qui avaient fait l'objet de critiques détaillées dans son écriture du 28 février 2019, critiques auxquelles la décision entreprise ne répondait pas. L'intimée avait préféré se référer aux salaires statistiques, sans toutefois prendre en considération un facteur d'abattement de 25%, comme il conviendrait au vu des restrictions. De plus, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée méconnaissait les nombreuses limitations fonctionnelles rencontrées. Le calcul d'invalidité était erroné car l'intimée se référait justement aux données statistiques de 2018, mais avait en réalité appliqué les chiffres de 2016. Il convenait de fixer le salaire d'invalide de la manière la plus concrète possible et la ligne « Total » du TA1, qui incluait des activités de l'industrie de production, soit des travaux lourds impossibles à effectuer dans son cas, ne se justifiait pas. Il ne

pouvait utiliser que de manière très limitée sa main « droite », de sorte que la seule branche économique listée dans le tableau TA1 entrant en ligne de compte était le secteur des services administratifs et de soutien. Il fallait donc prendre en considération la ligne réservée aux activités de services administratifs (sans 78), dont résultait un revenu de CHF 4'579.- par mois. Adapté à la durée d'activité en 2018 dans la branche, on parvenait à un salaire de CHF 4'830.85 (CHF 4'579.- x 42.2h / 40h). De plus, un facteur d'abattement de 20% minimum devait être appliqué, au vu des nombreuses limitations somatiques aux niveaux des membres supérieurs et inférieurs, et neuropsychologiques, ainsi que le long éloignement du marché du travail. Il en résultait un taux d'invalidité d'au moins 13%.

L'intimée a admis qu'il convenait de corriger l'erreur de plume concernant le revenu mensuel, lequel devait être fixé à CHF 5'417.- au lieu de CHF 5'340.-. Cette coquille était toutefois sans conséquence puisque le calcul du salaire annuel avait été établi en prenant le bon salaire de référence. S'agissant de l'abattement, seul le facteur relatif aux limitations fonctionnelles entrait en considération. Notre Haute cour avait appliqué un taux de 10% dans les cas où seule une activité légère de surveillance ou de télésurveillance était envisageable. En définitive, la comparaison entre les revenus de valide et d'invalide ne laissait apparaître aucune perte de gain.

Le recourant a encore relevé que l'intimée ne tenait pas compte de ses limitations neuropsychologiques en concluant qu'il pouvait exécuter des tâches simples. Il était largement admis que les données résultant de la tabelle TA1 étaient biaisées car elles ne différenciaient d'aucune manière les revenus perçus par des personnes limitées dans leur capacité fonctionnelle et des personnes exemptes de toute limitation, ni les activités lourdes et les activités légères. Il n'était donc pas tenu compte du fait qu'une personne qui ne pouvait exercer que des activités légères se voyait attribuer un revenu médian fortement pondéré par des activités lourdes, et donc mieux rémunérées. Pareille surpondération n'était pas corrigée par la prise en considération d'un revenu médian. La doctrine reprochait également au niveau de compétence 1 de ne pas clairement exclure les activités qui exigeaient un certificat de capacité. Techniquement, il ne devrait inclure que les activités simples, pour des personnes sans aucune formation. Cela étant, il convenait de rappeler que le Tribunal fédéral n'excluait pas, dans un cas particulier, si cela amenait à une solution appropriée, l'utilisation d'autres données statistiques. Il y avait lieu dans le cas d'espèce, pour être plus proche de ses capacités effectives, de faire application de tels principes.

12.1 La chambre de céans rappelle à titre préalable que l'intimée était fondée à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée et à ne pas prendre en considération de limitations fonctionnelles d'ordre neuropsychologique.

12.2.1 Elle relève ensuite que le recourant ne remet à juste titre pas en cause le revenu de valide (CHF 53'560.-) retenu par l'intimée, montant qui correspond aux indications fournies par l'employeur (CHF 4'120.- x 13 ; pièce 838 intimée).

12.2.2 L'intimée pouvait procéder à la détermination du revenu d'invalide sur la base des données statistiques issues de l'ESS et n'était pas obligée de maintenir les DPT cités dans sa décision ou de compléter son enquête économique en sélectionnant de nouveaux DPT.

Au vu de la capacité de travail raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, la référence au tableau TA1_skill_level ne prête pas le flanc à la critique, dès lors que le Tribunal fédéral l'a admise pour des assurés qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type monomanuel. En outre, la jurisprudence a maintes fois jugé qu'il existe suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne peuvent exercer que des travaux légers qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains, et que de tels emplois existent également dans les entreprises liées à la production. Il ne se justifie donc pas de se référer uniquement au secteur des services.

Comme relevé par l'intimée, le calcul a bien été effectué sur la base des ESS 2018, soit CHF 5'417.-, puisque le salaire retenu s'élève à CHF 67'766.67 (CHF 5'417.- x 41.7 heures / 41 heures x 12 mois).

Selon le recourant, ses nombreuses restrictions et le long éloignement du marché du travail devraient justifier un abattement de 20% au minimum du salaire statistique, en lieu et place du taux de 10% retenu par l'intimée en raison des seules limitations fonctionnelles.

Concernant les restrictions, il est à nouveau rappelé que l'existence de troubles neuropsychologiques en lien avec l'accident n'a pas été établie. S'agissant des membres inférieurs, les orthopédistes de la CRR ont estimé que l'imagerie et l'examen clinique étaient rassurants, et le Dr H_____ a constaté une mobilité satisfaisante et l'absence de tout blocage. Les restrictions concernent uniquement les positions à genoux et accroupie, l'utilisation répétée d'escaliers et d'échelles, ainsi que la marche prolongée ou en terrain irrégulier. L'intéressé est donc apte à travailler assis et/ou debout. Enfin, le recourant invoque son éloignement prolongé du marché du travail, mais n'explique pas dans quelle mesure il en subirait un désavantage salarial, alors que les activités adaptées envisageables ne requièrent pas de réadaptation au travail.

La chambre de céans ne relève aucun motif pertinent lui permettant de substituer sa propre estimation à celle de l'intimée, étant rappelé son obligation de retenue et le large pouvoir d'appréciation de l'intimée pour déterminer l'étendue de l'abattement.

Cela étant, même en appliquant une déduction globale de 25%, il en résulterait un taux d'invalidité de 5.1%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (CHF 67'766.65 – 25% = CHF 50'825.-).

12.3 Partant, la décision de l'intimée en tant qu'elle refuse au recourant le droit à une rente d'invalidité peut être confirmée.

13. S'agissant des frais de traitement, le recourant a invoqué que la décision litigieuse ne se prononçait pas du tout sur leur prise en charge consécutivement au prononcé d'une rente et qu'il s'agissait d'une violation de son droit d'être entendu.

13.1 La chambre de céans observera que l'intimée s'est déterminée sur ce point en date du 25 juillet 2018, puis une nouvelle fois par pli du 27 juillet 2020, indiquant alors qu'elle prendrait en charge trois consultations annuelles auprès du médecin traitant jusqu'au 30 juin 2023, ainsi que certains médicaments jusqu'au 30 juin 2021.

Le recourant n'a fait valoir aucun argument de fond.

14. Enfin, reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

14.1.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pourcent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont

pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

14.1.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). Cette évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1).

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5% (ATF 116 V 156 consid. 3b ; RAMA 1988 p. 230).

14.2 En l'espèce, le recourant a conclu à une indemnité d'au moins 45%. Il a considéré que le taux de 35% ne prenait pas suffisamment en compte le caractère monomanuel retenu par le Dr O_____ qui a lui seul méritait un taux de 30%. En outre, la Dresse P_____ avait retenu, pour les deux genoux et les problématiques d'arthrose qui pouvaient d'ores et déjà être pronostiquées avec certitude, une quotité de 30%. Il a ajouté que la table 8 de l'intimée retenait, pour les troubles d'ordre neuropsychologique légers à moyens, une quotité de 10%.

14.3.1 Contrairement à ce que sous-entend l'intimée, la différence de 10% entre le taux de 35% retenu dans la décision litigieuse et celui de 45% réclamé par le recourant ne s'explique pas uniquement par les troubles neuropsychologiques dont se prévaut l'intéressé, puisque deux de ses médecins traitants ont conclu à un taux de 30%, l'une pour les troubles touchant les membres inférieurs, et l'autre pour les atteintes au niveau du membre supérieur gauche.

Ainsi, la Dresse P_____ a noté que son patient ne présentait aucune restriction de la mobilité articulaire des genoux et relevé que les douleurs ne donnaient pas droit à une indemnisation. Elle a toutefois estimé que l'intéressé présentait déjà une pangonarthrose qui pouvait être qualifiée de moyenne et qui correspondait à une atteinte à l'intégrité de 10-30% selon l'annexe 2. Comme il s'agissait des deux genoux, le taux de 30% pouvait être retenu (cf. rapport du 18 mars 2019).

Quant au Dr O_____, il a retenu que le recourant présentait un status post arthrodèse pancarpienne du poignet gauche avec résection de la tête ulnaire gauche et anesthésie complète dans le territoire du nerf médian gauche. Il en résultait une atteinte à l'intégrité d'environ 30% en raison de l'absence de sensibilité dans le territoire du nerf médian et le status post arthrodèse (cf. rapport du 15 décembre 2018). Il a ensuite précisé que le recourant présentait une arthrodèse pancarpienne du poignet gauche dans le cadre d'une arthrose grave correspondant à une atteinte de 15% selon la tabelle 1, ainsi qu'une résection de la tête ulnaire dans le cadre d'une arthrose grave, ce qui ajoutait un taux de 5% selon la tabelle 5. Enfin, il présentait une paralysie distale du nerf médian avec une perte de sensibilité, ce qui correspondait à une atteinte de 15% selon la tabelle 1. Compte tenu de la concomitance d'atteintes ostéoarticulaire et neurologique, il estimait que l'altération était supérieure à 15%, étant admis que les atteintes à l'intégrité étaient difficilement cumulables. Il considérait pouvoir faire état d'une atteinte de 30% (cf. rapport du 20 mars 2019).

14.3.2 D'après le Tableau 5 – Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, le taux de l'indemnité s'élève à 5-10% en cas d'arthrose fémoro-patellaire moyenne, à 5-15% en cas d'arthrose fémoro-tibiale moyenne et à 10-30% en cas de pangonarthrose moyenne. Le médecin d'arrondissement a retenu des taux de 15% pour le genou gauche en raison d'arthrose moyenne sans instabilité et 10% pour le genou droit en raison d'une arthrose moyenne. Le Dr H_____ a notamment indiqué, pour analogie et comparaison, que 35% était l'indemnité proposée en cas d'amputation de jambe au-dessus du genou, alors que le recourant ne présentait pas de perte structurelle.

Cette explication est insuffisante pour justifier les pondérations retenues, dès lors que le recourant est atteint aux niveaux des deux membres inférieurs.

En ce qui concerne le membre supérieur gauche, le Tableau 1 - Atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres supérieurs, fait état d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% en cas d'arthrodèse radio-carpienne. Il

prévoit en outre, notamment, en cas de paralysie du nerf médian, une indemnité de 20% si elle est proximale et de 15% si elle est distale ; en cas de paralysie du nerf cubital, une indemnité de 15% si elle est proximale et de 10% si elle est distale. Le Tableau 5 relatif aux arthroses rappelle le taux de 15% pour l'arthrodèse radio-carpienne. Il n'est pas prévu d'indemnisation en cas de résection de la tête ulnaire, seules les têtes radiale et cubitale étant mentionnées.

Il appert donc que le Dr H_____ a uniquement retenu une indemnité en raison de l'arthrodèse, sans prendre en considération les neuropathies diagnostiquées à la CRR. En l'absence de toute explication, son évaluation ne saurait être confirmée.

14.3.3 Compte tenu du fait que le diagnostic de SLA a désormais été posé et que des atteintes au premier motoneurone au niveau du motorcortex droit et à l'étage lombaire ont été révélées, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer si les neuropathies des nerfs médian et cubital, présentes des deux côtés, doivent effectivement être prises en considération par l'intimée dans le cadre d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

15. Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle instruise cette question en déterminant si les neuropathies aux membres supérieurs sont en lien de causalité avec le sinistre du 10 septembre 2013, cas échéant, si elles doivent donner lieu à une indemnisation, puis qu'elle rende une nouvelle décision motivée quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 24 juillet 2020 annulée s'agissant du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 24 juillet 2020 en tant qu'elle porte sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. Confirme la décision du 24 juillet 2020 pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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