RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3587/2021 **ATAS/690/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 9 août 2022

6ème Chambre

En la cause

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1960 et titulaire du CFC de transport national et international de marchandises et voyageurs par route depuis 2003, travaillait en tant qu'associé gérant avec signature individuelle auprès de B_____ (ci-après : l'entreprise) et était, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents auprès de la SUVA, Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 4 novembre 2012, l'assuré a subi un accident sur une autoroute en Hongrie. Les versions des faits divergent quant à son déroulement :

- Selon la déclaration d'accident du 8 novembre 2012, un « camion est sorti d'une aire de repos, venu directement sur la voie d'autoroute. Le minibus de l'assuré, dans lequel il somnolait sur le siège avant, côté passager, n'a pas pu l'éviter et il y a eu un accident. L'assuré n'avait pas perdu connaissance mais avait dû être désincarcéré du véhicule par la E_____.
- A teneur de l'arrêt du 12 février 2015 de la cour pénale de Mosonmagyarovar (Hongrie), reconnaissant Monsieur C_____ coupable d'accident de la route par négligence, ce dernier était le chauffeur du bus dans lequel circulait l'assuré lors de l'accident du 4 novembre 2012. Alors qu'il circulait sur l'autoroute, avec une remorque attelée au véhicule il n'avait pas pu éviter un tracteur qui venait d'entrer sur l'autoroute et l'a heurté depuis l'arrière. Selon les dires du mis en cause, il roulait à une allure de 80-90 km/h, alors que selon le tachygraphe, la vitesse était plutôt de 100 km/h. Quant au tracteur, il roulait vraisemblablement à 45-50 km/h. S'il n'était pas possible d'établir les manœuvres d'évitement effectuées ou tentées, il était cependant établi que M. C_____ était l'unique responsable de l'accident. Celui-ci avait occasionné des blessures chez cinq passagers, dont les plus graves concernaient l'assuré et étaient décrites comme suit : « lésion de la rate, fracture du pubis, multiples fractures des côtes, multiples lésions pelviennes, lésions du pancréas, des reins et autres lésions nécessitant une période de guérison supérieure à huit jours » (la traduction française de cet arrêt a été obtenue par la SUVA le 22 novembre 2019).

c. Polytraumatisé, l'assuré a été immédiatement pris en charge en Hongrie avant d'être transféré intubé par transport aérien médicalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) le 8 novembre 2012. Du 8 au 18 novembre 2012, il a séjourné aux soins intensifs en raison d'épanchements pleuraux avec atélectasie, puis du 18 novembre 2012 au 11 janvier 2013, au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.

d. La SUVA a pris en charge les suites du cas.

e. Selon la lettre de sortie du 18 janvier 2013, l'accident avait entraîné une fracture de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des deux côtés (ostéosynthésée par plaque symphysaire), une fracture du pilier antérieur du cotyle droit (traitement conservateur), une fracture de l'aileron sacré droit, en regard de l'articulation sacro-iliaque et ouverture de la sacro-iliaque gauche (traitement conservateur), des fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, déplacées pour la plupart (traitement conservateur), des contusions pulmonaires et atélectasie lobaire inférieure gauche avec épanchement pleural bilatéral prédominant à gauche et broncho-pneumonie (ci-après : BPN) post-opératoire à Moraxella Catharalis et Staphilocoque aureus, une rupture splénique avec splénectomie en urgence, une contusion de la tête du pancréas et rénale droite et gauche ainsi que des escarres des talons sur immobilisation (rapport du docteur D_____, médecin interne à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG).

f. Le 13 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

g. Dans un rapport du 23 mai 2013 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a rappelé les diagnostics posés. Il a constaté une marche avec boiterie gauche en raison d'une douleur postérieure de fesse, une mobilisation sacro-iliaque bonne à gauche et peu mobile à droite. L'évolution était lentement favorable avec probablement persistance de séquelles à long terme sous forme de douleur persistante sacro-iliaque avec risque arthrosique important et limitation en position prolongée assise ou debout ainsi que lors de l'accroupissement. Une reprise professionnelle adaptée devrait être possible à moyen terme.

h. Dans un rapport non daté et reçu le 23 août 2013 par l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a diagnostiqué une fracture du bassin. L'assuré souffrait de douleurs chroniques lors de la marche et des changements de positions. Son incapacité de travail était entière depuis le 4 novembre 2012.

i. Dans un rapport du 11 septembre 2013, le Dr D_____ a relevé que les radiographies du 4 septembre 2013 montraient une arthrose sacro-iliaque gauche plus que droite, des signes de surcharges enthésitique et ischiatique gauches ainsi qu'une arthrose de hanche bilatérale débutante.

j. Du 29 octobre au 20 novembre 2013, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Selon la lettre de sortie du 20 novembre 2013, l'assuré présentait, outre les diagnostics connus, des douleurs chroniques du bassin, des douleurs chroniques thoraciques à gauche, une hernie inguinale droite et une presbyacousie bilatérale. A sa sortie, une cure de la hernie inguinale était préconisée. D'autres spécialistes ont également examiné l'assuré durant son séjour :

- L'assuré se plaignant d'acouphènes pulsatiles et de vertiges rotatoires ainsi que d'hypoacousie depuis l'accident, le docteur F_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), a noté, dans un rapport du 6 novembre 2013, que le bilan était normal et l'examen ne permettait pas d'objectiver l'acouphène ressenti par l'assuré. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale du 12 novembre 2013 ne montrait aucune malformation artério-veineuse ni de lésion post-traumatique.
- Par rapport du 7 novembre 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que les douleurs lombaires basses, de la sacro-iliaque gauche et de la région inguinale droite dont se plaignait l'assuré étaient explicables au vu de l'examen clinique et de l'imagerie mais qu'il n'était pas en mesure de faire une proposition thérapeutique.
- À la suite de l'électroneuromyographie (ENMG) réalisée le 14 novembre 2013, le docteur H_____, médecin associé et neurologue FMH, a relevé, dans un rapport du 21 novembre 2013, que l'assuré présentait depuis l'accident des dysparesthésies diffuses des membres supérieur et inférieur gauches, sans déficit sensitivomoteur. L'examen électronique était rassurant mais révélait une légère altération subjective de la sensibilité tacto-algique ainsi que diffuse au bras et au pied. Les neurographies sensitivomotrices étaient tout à fait normales, tout comme l'EMG.
- Dans un rapport du 3 décembre 2013, le docteur I_____, médecin adjoint et rhumatologue, a posé, outre les diagnostics déjà connus, ceux de « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes dans les suites d'un polytraumatisme datant d'une année », de douleurs chroniques thoraciques à gauche et du bassin, de hernie inguinale droite, presbyacousie bilatérale et obésité. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles provisoires quant au port de charges lourdes et les positions debout ou assise prolongées. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

k. Dans un rapport du 23 décembre 2013, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire depuis le 19 août 2013.

l. Par rapports du 27 mai 2014 et du 18 juin 2014, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué des cervicobrachialgies, de troubles de la sensibilité des membres supérieur et inférieur gauches, des douleurs du bassin et du membre inférieur gauche, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire suite à l'accident. L'IRM cérébrale révélait une cervicarthrose. La situation n'était pas encore stabilisée et le traitement suivi était la prise d'antalgique et des séances de physiothérapie.

m. Le 12 septembre 2014, l'assuré a transmis à la SUVA une copie du scanner pelvien et d'une échographie pratiqués le 28 février 2014. Il considérait vraisemblable, à la lecture du rapport de neurologie du 27 mai 2014, que ses troubles et ses atteintes s'inscrivaient dans le contexte d'un syndrome post-traumatique.

n. L'OAI a procédé à une enquête pour activité professionnelle indépendante. Selon son rapport du 19 septembre 2014, l'assuré n'avait pas repris la conduite d'un véhicule depuis son accident car il présentait des pertes d'équilibre et de la confusion, voyait trouble et ressentait des « palpitations » dans sa tête. Il était vite irritable et angoissé. Tout l'énervait et il supportait mal le bruit.

o. Le 4 novembre 2014, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale bilatérale.

p. Selon un rapport du 8 décembre 2014 établi par le docteur K_____, généraliste FMH, l'état général de l'assuré se péjorait du fait d'une décompensation de son état psychique prise en charge par un psychiatre. Il a diagnostiqué un épisode dépressif récurrent important.

q. Par décision du 2 février 2015, l'OAI a nié le droit à des prestations d'invalidité. Sur recours déposé par l'assuré contre cette décision, la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 2 février 2015 par arrêt du 27 janvier 2016 (ATAS/56/2016), et renvoyé le dossier pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a notamment considéré que la stabilisation de l'état de santé de l'assuré n'était pas établie et que l'OAI ne pouvait pas se fonder sur le rapport de la CRR pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

r. Par rapport du 16 février 2015, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré présentait une dépression d'intensité significative caractérisée par une humeur triste, une perte d'énergie et d'élan vital, avec une fatigue physique et psychique, une anxiété constante sous forme de crainte, tension, nervosité et la présence permanente d'acouphènes, un pessimisme, une perte de confiance en soi et un sentiment d'insécurité, des troubles cognitifs par diminution de la mémoire de travail et de stockage, des troubles de la concentration, surtout pour les activités soutenues, un sommeil agité et perturbé avec des ruminations négatives et des cauchemars.

s. Par rapport du 27 mai 2015, le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin conseil de la SUVA, a indiqué que le rapport du Dr L_____ faisait principalement état de difficultés adaptatives et ne faisait pas une quantification claire de l'intensité de la dépression, ce qui était indispensable pour pouvoir statuer quant à une éventuelle incapacité.

t. Par rapport du 2 juin 2015, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait une hernie inguinale droite qui le gênait un peu à la marche. Il avait

aussi des douleurs chroniques au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, avec un substrat au scanner visible (troubles dégénératifs et début de fusion). Il y avait par ailleurs aussi subjectivement, une diminution discrète de la sensibilité de tout le membre inférieur gauche au toucher ainsi que, objectivement, une diminution de la force globale au niveau du membre inférieur gauche cotée à M4+.

u. Par rapport du 27 janvier 2016, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs résiduelles au niveau de l'articulation sacro-iliaque. La capacité de travail demeurait nulle dans toute activité.

v. Le 5 avril 2016, l'assuré a subi une cure de hernies inguinales bilatérales récidivantes à contenu vésical et colique.

w. Le 7 juillet 2016, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et médecin d'arrondissement, a examiné l'assuré et estimé qu'en l'absence d'une nouvelle intervention chirurgicale prévue, le cas était stabilisé. L'ancienne activité de conducteur de car n'était plus exigible, contrairement à une activité professionnelle réalisée alternativement en position assise ou debout avec un port de charges limité à 3 kg, sans déplacement répété dans les escaliers, sans devoir s'agenouiller, ni s'accroupir, ni monter sur une échelle, exigible à plein temps sans baisse de rendement.

x. Le 31 août 2016, l'assuré a été examiné par le Dr M_____. Par rapport du 21 septembre 2016, ce médecin a diagnostiqué une dysthymie (F34.1). Il a expliqué que l'assuré, qui conduisait un minibus, avait percuté un camion qui lui avait coupé la route. Si l'assuré se sentait la plupart du temps fatigué et déprimé, avec des ruminations négatives et pessimistes, il restait dans l'ensemble capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, notamment de préserver ses liens sociaux, ses relations familiales ou encore de gérer son administratif. Il n'y avait pas d'état de stress post-traumatique, l'assuré ayant été « protégé » de son vécu traumatique par sa perte de conscience. Il existait une anxiété légère que l'on pouvait considérer comme normale compte tenu des incertitudes existentielles de l'assuré. S'agissant d'une éventuelle atteinte à l'intégrité, si l'on faisait remonter le début de la présence d'une symptomatologie psychique à l'année 2014, le temps écoulé était encore insuffisant pour pouvoir se prononcer sur une atteinte chronique puisqu'en principe il faudrait respecter un délai de cinq à six ans pour pouvoir vraiment valablement se prononcer quant à la durabilité d'un tel trouble. A priori, on s'acheminait vers la persistance d'un état dysphorique, dont l'intensité serait située entre le minime et le léger.

Par rapports des 17 octobre et 7 décembre 2016, le Dr N_____ a indiqué que l'assuré souffrait indéniablement d'une hernie de la région inguinale droite. Au vu du scanner effectué en 2015, le médecin a constaté qu'il y avait quand même un effondrement notable de l'interligne articulaire coxo-fémoral autant à droite qu'à gauche en postérieur. L'articulation sacro-iliaque semblait soudée. Les douleurs

que l'assuré présentait étaient aussi d'origine orthopédique avec probablement une composante d'un début d'arthrose de la hanche et aussi des séquelles des lésions sacro-iliaques à droite et à gauche. Au vu des résultats du spect-CT, les douleurs étaient bien liées à une récidive de hernie.

y. Le 17 mai 2017, l'OAI a transmis à la SUVA le rapport d'expertise multidisciplinaire établi le 9 mai 2017 par le docteur P_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en médecine interne, et le docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après PMU), diagnostiquant, avec influence sur la capacité de travail de l'assuré, des douleurs des articulations sacro-iliaques sur arthrose post-traumatique dans un contexte de polytraumatisme le 4 novembre 2012 (avec fracture de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des deux côtés ostéosynthésée par plaque symphysaire, fracture du pilier antérieur du cotyle des deux côtés, fracture de l'aileron sacré droit en regard de l'articulation sacro-iliaque et ouverture de la sacro-iliaque gauche, fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, contusions pulmonaires, rupture splénique avec splénectomie en urgence, contusion de la tête du pancréas et rénale droite et gauche) ainsi qu'une deuxième récidive de hernie inguinale droite (status post cures de hernie inguinale). Sans influence sur la capacité de travail, l'assuré présentait une dysthymie (F34.1), une majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques (F68.0), des lombosciatalgies gauches d'origine indéterminée et des cervicobrachialgies gauches d'origine indéterminée. Les médecins ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et à une capacité de travail résiduelle de 80% dans le cadre d'une activité adaptée, sans diminution de rendement et dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : alternance de position assise et debout, port de charges limité à 3 kg, absence de travaux lourds, marche inférieure à 1 km, pas de travail nécessitant une attention soutenue, ni de vitesse d'exécution. L'assuré devait être à nouveau opéré d'une récidive de hernie inguinale.

z. Le 21 juin 2017, l'assuré a subi une cure de récidive de hernie inguinale droite et une cure d'éventration sus-pubienne par tomie avec filets ainsi qu'une résection de séquestres osseux intra-abdominal.

aa. Par rapport du 20 septembre 2017, le S_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et digestive a relevé que l'évolution était satisfaisante.

bb. Par rapport du 27 novembre 2017, le docteur T_____, spécialiste FMH en neurologie auprès de la SUVA, a estimé qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une lésion cérébrale survenue au moment de l'accident ou dans ses suites immédiates et sans lésion cérébrale objectivable, le lien de causalité entre les troubles cognitifs mis en avant par l'assuré et l'accident n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Ceci dit, les résultats de l'expertise

neuropsychologique étaient difficiles à interpréter en raison de leur hétérogénéité et du peu de motivation de l'assuré.

cc. Le 5 décembre 2017, le docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen final de l'assuré du 1er novembre 2017. Il a diagnostiqué un polytraumatisme avec arthrose post-traumatique sacro-iliaque, consécutive à une fracture de la symphyse pubienne des branches ilio-pubiennes ostéosynthésées par plaque symphysaire, une fracture du pilier antérieur du cotyle des deux côtés, une fracture de l'aileron sacré en regard de l'articulation sacro-iliaque et ouverture de la sacro-iliaque gauche, une fracture de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, des contusions pulmonaires, une rupture splénique avec splénectomie en urgence en Hongrie, des contusions de la tête du pancréas, des contusions rénales bilatérales, un status post trois cures de hernie inguinale, de l'obésité et une dysthymie. Les limitations fonctionnelles du point de vue orthopédique étaient pas d'activité nécessitant un déplacement sur grande distance, pas de port de charges excédant 3 kg et permettant l'alternance des positions de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était entière. Il n'y avait pas de modification s'agissant de l'atteinte à l'intégrité.

dd. Par pli du 3 janvier 2018, la SUVA a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et aux indemnités journalières avec effet au 30 avril 2018, à l'exception d'une consultation de suivi orthopédique et une consultation annuelle de la douleur ainsi qu'un contrôle final à une année du point de vue de la chirurgie digestive. Une activité adaptée (sans port de charges de plus de 3 kg, sans déplacements sur de grandes distances et permettant des positions de travail alternées) était exigible à plein temps, sans baisse de rendement.

ee. Le 19 janvier 2018, l'assuré a sollicité la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2018, faisant valoir notamment que des investigations orthopédiques et rhumatologiques étaient en cours, de sorte que la clôture du dossier apparaissait comme prématurée. Il avait été adressé à l'équipe du traitement de la douleur. Les derniers bilans IRM mettaient en exergue des anomalies importantes au niveau de l'interligne articulaire sacro-iliaque gauche expliquant les importantes limitations au niveau du bassin et la sévérité de la symptomatologie douloureuse. Des examens sanguins étaient en cours pour écarter un syndrome inflammatoire. L'assuré a transmis à la SUVA :

- Un rapport du 8 octobre 2017 du docteur V_____, spécialiste FMH en rhumatologie, diagnostiquant des lombosciatalgies bilatérales d'origine multifactorielle, un status post-polytraumatisme après l'accident avec fracture du bassin (symphyse pubienne et branche ilio-pubiennes ostéosynthèse par plaque, fracture du pilier antérieur des cotyles bilatéral et fracture de l'aileron sacré droit), une fracture de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 gauche, une

contusion pulmonaire gauche, du pancréas et des deux reins, une rupture splénique nécessitant une splénectomie en urgence ; un status de cure d'hernie inguinale à plusieurs reprises.

- Un rapport du 23 octobre 2017 du docteur W_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état d'une arthrose sacro-iliaque selon le spect-CT du 15 novembre 2016 ;
- Un rapport du 31 octobre 2017 du Dr E_____ proposant que l'assuré soit examiné par l'équipe du traitement de la douleur. L'assuré présentait des douleurs à la palpation de la colonne cervicale, lombaire, para-cervicale et sacrale bilatérale, des douleurs de la ceinture pelvienne et de l'articulation sacro-iliaque des deux côtés ; une hypoesthésie du membre supérieur gauche et hypoesthésie de la face interne du mollet et pied droit connues depuis longtemps et déjà mises en évidence par l'examen neurologique et l'examen du docteur Y_____. A l'examen radiologique, il y avait une arthrose sacro-iliaque ;
- Un rapport du 6 novembre 2017 de la doctoresse X_____, spécialiste FMH en radiologie, indiquant que le bilan IRM cervicale avait objectivé deux discopathies dégénératives étagées en C5-C6 et C6-C7, mais c'était la discopathie C5-C6 qui était responsable de la symptomatologie clinique par une protrusion disco-ostéophytique postéro-latérale et foraminale gauche, réalisant un rétrécissement foraminal potentialisé par une uncarthrose surtout gauche et à ce niveau la racine C6 gauche était à l'étroit. En C6-C7, il n'y avait pas de conflit radiculaire secondaire, mais il y avait une uncarthrose à ce niveau, sans rétrécissement secondaire des canaux de conjugaison ;
- Un rapport du 28 novembre 2017, la Dresse X_____ indiquant que l'IRM des articulations sacro-iliaques et de la colonne lombaire démontrait des anomalies importantes au niveau de l'interligne articulaire sacro-iliaque gauche pouvant expliquer le syndrome douloureux chronique.

ff. La SUVA a soumis ces rapports au Dr U_____, lequel a, dans un avis du 30 janvier 2018, estimé qu'ils ne modifiaient pas son appréciation.

gg. Par rapport du 6 mars 2018, la Dresse J_____ a indiqué que l'examen ENMG des membres supérieurs ne montrait pas d'anomalie.

hh. Par décision du 22 mars 2018, le service cantonal des véhicules a prononcé le retrait du permis de conduire de transport professionnel de personnes de l'assuré.

ii. Par décision du 3 août 2018, confirmée sur opposition le 25 octobre 2018, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%, correspondant à CHF 31'500.-. Le droit à une rente d'invalidité était nié, motif pris que les séquelles accidentelles causales ne réduisaient pas de façon importante la capacité de gain de l'assuré. Il était à même d'exercer une activité

dans différents secteurs de l'industrie, dans le respect des limitations fonctionnelles (ne pas porter de charges supérieures à 3 kg, alternance des positions assise et debout), la journée entière, ce qui permettait de réaliser un revenu annuel de CHF 59'968.-, qui, comparé au gain réalisable sans accident de CHF 51'600.-, n'entraînait aucune perte de salaire.

jj. Par décision du 16 août 2018, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière du 1er novembre 2013 au 31 octobre 2016. Dès le 7 juillet 2016, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 80% et la perte de gain en résultant était de 7.9%, soit insuffisante pour maintenir le droit à la rente et justifier la mise en place de mesures d'observation professionnelle.

kk. L'assuré a recouru contre la décision de la SUVA du 25 octobre 2018, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente. À l'appui de ses arguments, il a versé à la procédure :

- Un rapport du Dr E_____ du 24 avril 2018, selon lequel il présentait encore des douleurs à la marche, des douleurs à la station assise prolongé et à la mobilisation. Etant donné les limitations présentées, une activité adaptée était difficilement réalisable du point de vue pratique.
- Un rapport du 22 juin 2018 du docteur Z_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, diagnostiquant une cervico-brachialgie gauche présente depuis l'accident. Le médecin notait une mobilisation très limitée du bras gauche ainsi que de la jambe gauche liée à l'accident. Les réflexes étaient très difficiles à obtenir et l'élévation du bras était très difficile à effectuer. L'IRM cervicale du 6 novembre 2017 montrait une sténose récessale C5-C6 et C6-C7 prédominant à gauche, pouvant expliquer la problématique de la cervico-brachialgie. Des infiltrations allaient être tentées et en cas d'échec, une chirurgie de discectomie cervicale antérieure C5-C6 et C6-C7 avec pose de cage pouvait être indiquée.
- Un rapport du Dr L_____ du 10 novembre 2018, faisant état d'un épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1). La capacité de travail était nulle dans toute activité. Le traitement consistait en la prise d'un neuroleptique (Seroquel) et d'un antidépresseur (Trittico).

ll. A la demande de la chambre de céans, les Drs E_____, W_____, V_____ et L_____ se sont notamment déterminés sur les conclusions de l'expertise de la PMU :

- Par rapport du 15 mars 2019, le Dr V_____ s'est référé aux diagnostics posés dans son rapport du 8 octobre 2017. Aux diagnostics retenus par les experts de la PMU, il convenait d'ajouter les lombosciatalgies bilatérales. Il était d'accord avec les limitations fonctionnelles, mais estimait que celles-ci n'étaient pas adaptables.

- Par rapport du 19 mars 2019, le Dr E_____ a indiqué être d'accord avec les diagnostics et les limitations fonctionnelles posés par les experts de la PMU. Selon lui, l'assuré n'était pas apte à travailler et il ne voyait pas quelle activité adaptée correspondrait à son profil.
- Par rapport du 26 mars 2019, le Dr W_____ a relevé que les diagnostics de la PMU n'étaient pas complets étant donné que l'assuré était alors en cours d'investigations. Il convenait d'ajouter des lombalgies sur discarthrose lombaire L5-S1, moins importante au niveau L2-L3 ; une cervico-brachialgie gauche sur discopathies dégénératives étagées C5-C6 avec une protrusion disco-ostéophytique postérolatérale et foraminale gauche réalisant un rétrécissement foraminal potentialisé par une uncarthrose, avec la racine C6 à l'étroit et discopathie C6-C7 ; ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche (échographie du 6 novembre 2017). Il convenait d'ajouter comme limitations fonctionnelles un périmètre de marche limité à 800 m (avec des pauses après chaque 150-200 m et le recourant boitait) ; une position assise relativement courte (minutes) lui provoquait des douleurs et il devait changer souvent de position ; le port de charges limité à moins de 3 kg et moins pour la main gauche. Selon ce médecin, une activité adaptée n'était pas envisageable en raison des douleurs lombaires et au bassin avec une boiterie pour de courtes distances (150-200 m), des douleurs abdominales en position assise. Une activité assise ne donnait pas de rendement et la capacité de concentration était influencée par la douleur. Enfin, il convenait de surveiller l'apparition d'une coxarthrose post-traumatique.
- Par rapport du 29 mars 2019, le Dr L_____ a diagnostiqué un épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1) et expliqué les raisons pour lesquelles il n'était pas d'accord avec les constatations et les conclusions de l'expert-psychiatre.

mm. Par arrêt du 2 septembre 2019 (ATAS/780/2019), la chambre de céans a, annulé la décision du 25 octobre 2018 de la SUVA et renvoyé la cause à celle-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a constaté que, sur le plan somatique, l'assureur avait écarté le lien de causalité entre l'accident et plusieurs diagnostics, (ankylose sacro-iliaque gauche, lombosciatalgies, atteinte au rachis cervical, déficit sensitivomoteur de l'hémicorps gauche et troubles cognitifs) sans investiguer suffisamment ces aspects ni motiver sa décision. Concernant les troubles cognitifs et le déficit sensitivomoteur de l'hémicorps gauche, les Drs U_____ et T_____ s'étaient limités à rechercher des atteintes objectivables, sans examiner la question d'une éventuelle atteinte non organique en lien avec l'accident. Pour ce qui était de l'aspect psychique, il existait des divergences importantes entre l'avis des divers médecins et les pièces versées au dossier ne permettaient pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, les diagnostics psychiques présentés par

le recourant. Qui plus est, les pièces au dossier ne permettaient pas de déterminer les circonstances exactes du déroulement de l'accident et les forces qu'il avait générées, de sorte qu'il n'était pas possible de statuer sur la question litigieuse du lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes présentées par le recourant. Au vu de ces lacunes, la SUVA était sommée d'obtenir un rapport de police complet traduit en français et de mettre en œuvre, une expertise pluridisciplinaire indépendante, conjointement avec l'OAI dont la décision du 16 août 2018 était également annulée le même jour (ATAS/781/2019).

nn. Le 8 avril 2020, la SUVA a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au centre d'expertise AA_____ en psychiatrie, neurologie et chirurgie orthopédique.

oo. Réalisée les 22 juin et 22 juillet 2020, par les Docteurs AB_____ (FMH en psychiatrie-psychothérapie), AC_____ (FMH en neurologie) et AD_____ (FMH en chirurgie orthopédique), l'expertise a été adressée à la SUVA le 16 septembre 2020 par le AA_____. En sont ressortis les éléments suivants :

- Sur le plan orthopédique la situation médicale était stabilisée depuis l'automne 2016, ce que confirmait l'examen radiologique témoignant d'une consolidation des lésions osseuses. Plusieurs diagnostics découlant tous de l'accident, étaient retenus : fracture-dysjonction de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des deux côtés ostéosynthésée par plaque symphysaire ; fracture des branches ilio-pubiennes avec extension extra-articulaire vers le pilier antérieur du cotyle des deux côtés, traitées conservativement ; fracture de l'aileron sacré droit, en regard de l'articulation sacro-iliaque et fracture disjonction de l'articulation sacro-iliaque gauche, non déplacée, traitée conservativement ; fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à gauche, déplacées pour la plupart, traitées à titre conservatoire, arthropathie sacro-iliaque gauche post traumatique et hernie inguinale récidivante, Un conflit sous-acromial probable à l'épaule gauche, ainsi que des cervico-scapulo-brachialgies gauches étaient également diagnostiqués, mais sans rapport de causalité avec l'accident.

  La capacité de travail dans l'activité habituelle était considérée comme définitivement nulle depuis l'accident. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir station debout et assise prolongée limitée, privilégiant l'alternance, port de charge limité à 5kg, marche limitée inférieure à 500m, sans montée/descente d'escalier ou échelle, pas de position agenouillée ou accroupie, aucune activité statique en extension du rachis cervical, aucune activité avec des mouvement répétitifs du membre supérieur gauche et activité, le bras gauche au-dessus du plan des épaules, la capacité de travail était considérée comme complète avec une diminution de rendement de 12,5% en raison de douleurs séquellaires du bassin.

- Sur le plan neurologique, la preuve d'une atteinte neurologique significative n'était pas apportée. L'expertise du AA_____ faisait cependant état de ce que

l'examen avait révélé des troubles statiques vertébraux modérés. Les documents radiologiques avaient mis en évidence des troubles dégénératifs disco-vertébraux modérés au niveau cervical, sans lésion post-traumatique. Il n'était pas retenu d'atteinte significative de nature dégénérative ou traumatique au niveau lombaire. L'IRM cérébrale ne laissait apparaître aucune lésion significative. Sur le plan strictement neurologique, il n'existait pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail dans une activité adaptée en tenant compte des autres limitations fonctionnelles. Vu l'absence de troubles neurologiques, la question du lien de causalité ne se posait pas.

- Sur le plan psychique, une humeur dépressive ordinaire était détectée. Elle n'atteignait cependant pas, du point de vue clinique, le seuil d'une dépression. La situation était par ailleurs considérée comme compensée au niveau de dysthymie/dysphorie. Au final, l'expert psychiatre retenait une fluctuation d'humeur réactionnelle à sa situation dans un registre de dysphorie/dysthymie, sans incidence sur la capacité de travail, y compris dans l'activité de conducteur, laquelle était donc théoriquement exigible. Ce diagnostic entrait bien en lien de causalité avec l'accident de 2012.

La synthèse faisait état d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 12.5% en raison des douleurs chroniques au niveau du bassin, nécessitant deux pauses d'une demi-heure par jour durant les heures de travail.

pp. Par observations du 9 décembre 2020, le recourant a manifesté son désaccord quant aux conclusions de l'expertise du AA_____. Il continuait à présenter une importante fatigue, des troubles du sommeil, des vertiges et des acouphènes. Son état anxieux avait persisté jusqu'en 2019, puis laissé place à un état d'anhédonie et un sentiment de déception. Contrairement à l'appréciation des experts en psychiatrie et neurologie estimant la capacité de travail entière dans l'activité habituelle, les neuropsychologues du service cantonal des véhicules avaient quant à eux prononcé à son endroit une interdiction de conduire. Sur le plan neurologique, l'avis de l'expert qui retenait une stabilisation de l'état de santé depuis début 2013 ne se fondait sur aucun rapport. En particulier, l'ENMG n'avait pas été actualisée au motif que la situation serait revenue à la normalité. Les conclusions de l'expert étaient cependant contredites par ses propres constatations qu'il qualifiait d'atypiques en référence aux divers troubles présentés (acouphènes, cervicobrachialgies, paresthésie au niveau de la main et de l'avant-bras droit avec lâchage d'objets, manque de force, lombalgies, troubles de la mémoire et de la concentration). Au vu de ces éléments, l'activité antérieure ne pouvait être considérée comme exigible sous l'angle neurologique. Enfin, sous l'angle orthopédique, le recourant a contesté l'absence de lien de causalité entre l'accident, les atteintes au niveau de l'épaule gauche et les cervico-scapulo-brachialgies gauche.

B. **a.** Par décision du 26 avril 2021, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité, estimant qu'il était à même d'exercer une activité à plein temps dans différents secteurs de l'industrie moyennant le respect des limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise du AA_____, ce moyennant deux pauses supplémentaires, justifiant une baisse de rendement de 12.5%. Au vu de ces éléments et sur la base de l'enquête suisse de la structure des salaires (ESS), il pouvait réaliser un salaire annuel de CHF 59'296.- (homme, niveau de compétence I), soit un revenu supérieur au gain auquel il aurait pu prétendre sans l'accident, soit CHF 51'600.-.

b. Par acte du 27 mai 2021, Monsieur A_____ a formé opposition à l'encontre de la décision de la SUVA et a conclu à l'octroi d'une rente, fondée sur un degré d'invalidité de 50% au minimum. L'expertise du AA_____ sur laquelle se fondait la SUVA n'était pas probante. Un examen de l'état de santé global montrait clairement de multiples atteintes incapacitantes dont le nombre, l'ampleur, ainsi que les limitations fonctionnelles qu'elles occasionnaient, conduisaient à la constatation qu'il n'existait tout simplement pas, concrètement, une activité adaptée.

c. Par décision sur opposition du 16 septembre 2021, la SUVA a maintenu sa décision initiale, considérant qu'il n'existait pas d'éléments médicaux déterminants permettant de douter du bienfondé des constatations cliniques et conclusions de l'expertise du AA_____ lesquelles revêtaient entière valeur probante. Concernant en particulier les troubles psychiques, non seulement ils n'étaient pas invalidants, mais ils n'entraient de toute manière pas non plus dans un rapport de causalité avec l'accident - qualifié de gravité moyenne stricto sensu - les critères jurisprudentiels n'étant pas réalisés.

C. **a.** L'assuré a recouru contre cette décision le 18 octobre 2021, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50%. La combinaison des limitations fonctionnelles et des deux pauses quotidiennes nécessaires de 30 minutes chacune du fait des douleurs au bassin rendait illusoire toute opportunité de réinsertion sur le marché général de l'emploi, ce d'autant plus au vu de son âge et de son absence du marché du travail durant dix ans du fait de l'accident. Le recourant considérait par ailleurs que le lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel, de gravité moyenne et l'émergence des troubles psychiques était établi.

b. L'assuré a complété son recours le 12 janvier 2022, produisant :

- Un rapport du Dr E_____ du 14 décembre 2021 attestant d'une péjoration de l'état des genoux en raison d'une arthrose fémoro-tibiale interne compliquée par une géode nécrotique du compartiment interne, prépondérante à gauche. Le périmètre de marche était limité à 800 mètres, la position assise prolongée et les changements de position restaient compliqués, une chirurgie prothétique était à craindre et la capacité de travail était fortement réduite.

- Un certificat du Dr K_____ du 20 décembre 2021 attestant d'une incapacité totale de travailler du recourant en raison d'une arthrose fémoro-tibiale bilatérale.

Selon le recourant, l'aggravation de son état de santé et notamment l'atteinte arthrosique, en lien de causalité avec l'accident, ne permettaient pas d'exiger une quelconque reprise du travail.

c. L'intimée a répondu au recours le 10 février 2022, concluant à son rejet. L'état de santé du recourant était stabilisé depuis l'automne 2016. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis lors. Les éventuels troubles cognitifs du recourant n'engageaient pas l'assureur-accident ; il n'existait pas de trouble psychique limitant la capacité de travail ; aucune anomalie n'avait en outre pu être objectivée sur le plan neurologique. L'expertise du AA_____ était exhaustive et détaillée, contrairement aux nouveaux rapports des médecins traitants qui étaient peu motivés et peu clairs. Pour ce qui était en particulier de l'aggravation alléguée par le Dr E_____ dans son rapport du 14 décembre 2021, elle ne concernait pas la présente procédure mais pouvait éventuellement faire l'objet d'une annonce de rechute

d. Par duplique du 11 avril 2022, le recourant a précisé que l'aggravation de l'état de santé sur le plan orthopédique ne constituait pas un élément nouveau dans la mesure où l'arthrose fémoro-tibiale interne était consécutive aux fractures multiples. Suite à l'accident, il avait présenté d'importants problèmes de mobilisation au niveau des membres inférieurs. Les douleurs fessières irradiant dans la jambe gauche découlaient ainsi d'une ankylose et d'érosions, résultant elles-mêmes des cervicobrachialgies et sciatalgies gauches additionnées à l'atteinte sévère au niveau de l'interligne articulaire sacro-iliaque. Les douleurs mécaniques avaient provoqué une usure de l'articulation des genoux et l'accident était donc bien responsable de la gonarthrose bilatérale interne. Le recourant a produit avec sa duplique un certificat du Dr E_____ du 29 mars 2022 indiquant notamment que le patient était candidat pour recevoir une future prothèse.

e. Le 30 juin 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire bidisciplinaire qui serait confiée au Professeur AE_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la doctoresse AF_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

f. Le 14 juillet 2022, l'intimée a proposé de désigner, sur le plan somatique, le Professeur AG_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

g. Le 28 juillet 2022, le recourant a accepté les experts désignés et la mission d'expertise.

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.

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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 16 septembre 2021, singulièrement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

5. 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.

6. 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).

6.1 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 seul 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

7. 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.

8. 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).

9. 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).

9.1 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).

9.2 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).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. En l'espèce, le recourant considère, en substance, que le cumul de ses limitations fonctionnelles réelles et de sa diminution de rendement rend tout simplement illusoire toute possibilité de réinsertion sur le marché du travail. L'examen de cette question suppose cependant d'établir préalablement l'étendue exacte des atteintes à la santé résultant de l'accident ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant, ses limitations fonctionnelles et son rendement. L'appréciation des parties diverge à cet égard, vu que l'intimée suit pour l'essentiel les conclusions de l'expertise du AA_____ de 2020 que le recourant considère pour sa part comme erronées à divers égards. C'est donc en premier lieu la valeur probante de cette expertise qu'il convient d'examiner.

11.1 A la forme, l'expertise a été établie par des spécialistes indépendants, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, après prise de connaissance des plaintes de l'assuré, avec un examen clinique, une énumération détaillée des diagnostics qui ont été distingués selon qu'ils présentent un lien de causalité avec l'accident. Il appert cependant, que les experts n'ont pas eu connaissance des rapports du 15 mars 2019 du Dr V_____, du 19 mars 2019 du Dr E_____, du 26 mars 2019 du Dr W_____, du 29 mars 2019 du Dr L_____,

tous relatifs aux conclusions de l'expertise de la PMU et sollicités par la chambre de céans. Ces documents ne sont pas même listés parmi les documents du dossier et leur contenu n'est jamais mentionné dans l'expertise. Cette lacune est particulièrement problématique du fait qu'il s'agit des documents médicaux les plus récents, en dehors du rapport des médecins de l'intimée du 2 avril 2019 (pour sa part, dûment cité et pris en compte). Elle l'est d'autant plus que ces rapports étaient circonstanciés et argumentés et avaient participé à convaincre la chambre de céans, dans le cadre de la procédure ayant conduit à l'ATAS/780/2019, de ce que les conclusions de l'expertise PMU n'étaient pas suffisamment probantes. Or, cette dernière est citée et reprise à maintes occasions dans l'expertise, contrairement auxdits rapports des médecins traitants. Pour cette raison déjà, l'expertise AA_____ apparaît comme incomplète.

11.2 Concernant ensuite le fond, le recourant reproche à l'expertise de ne pas prendre suffisamment en compte l'ensemble des éléments médicaux au dossier et d'aboutir à des conclusions incohérentes.

11.2.1 Ainsi, du point de vue neurologique tout d'abord, l'expert considère que l'état serait stabilisé depuis 2013 (expertise, p. 42) et qu'il n'y aurait pas d'indication à retenir des limitations fonctionnelles ni une incapacité de travail dans une quelconque activité, y compris l'activité antérieure (expertise p. 43). Il ressort de la synthèse que cette conclusion de l'expert se fonde sur le fait que « le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique actuellement significative, qu'il s'agisse d'une atteinte centrale ou périphérique avec un tableau de rachialgie associé à un hémisyndrome algique et sensitivomoteur gauche sans substrat somatique » (expertise, p. 39)

La chambre de céans considère cette conclusion comme peu argumentée et peu convaincante au vu du dossier médical et même du seul examen neurologique de l'expert lui-même qui fait notamment état des problématiques suivantes (expertise, p. 32 et 33) :

- A l'examen de la nuque, la mobilité de la nuque est décrite comme limitée, avec une mobilisation sensible localement.
- A l'examen du rachis dorsolombaire, sont relevés des troubles statiques vertébraux modérés chez un patient présentant une certaine surcharge pondérale. La percussion des apophyses épineuses lombaires basses paraît sensible. Les points de Valleix fessiers sont bilatéralement négatifs, mais les insertions iliaques et trochantériennes sont sensibles des deux côtés. La flexion latérale lombaire est bonne, mais donnée comme douloureuse. En flexion antérieure maximale, la distance doigts sol est de 30 cm, avec un Schober lombaire de 10/14, cette manœuvre provoquant apparemment des douleurs.

- En station debout et à la marche, la marche spontanée se fait avec une boiterie de décharge antalgique du membre inférieur gauche, d'importance variable en cours d'examen. La station sur la pointe des pieds et sur les talons est normalement possible à droite et entachée de lâchages à gauche.
- A l'étude de l'audition, il semble exister une hypoacousie bilatérale plus prononcée à gauche.
- A l'examen des membres supérieurs, l'épreuve des bras tendus est sans chute des deux côtés. Les mouvements rapides sont bien effectués à droite et fortement ralentis à gauche. La force brute est préservée au niveau du membre supérieur droit alors qu'on note des phénomènes de lâchages étagés rendant une appréciation de la force résiduelle impossible au niveau du membre supérieur gauche. Les épreuves de coordination sont correctement exécutées à droite, alors qu'à gauche, le patient ne parvient pas à toucher son nez, mais touche sans dysmétrie nette l'extrémité de l'index de l'examinateur. A l'examen de la sensibilité, le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur gauche. La sensibilité posturale est préservée des deux côtés.
- Au niveau du tronc, les réflexes cutanés-abdominaux ne sont pas obtenus des deux côtés. Le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale de l'hémitronc gauche.
- A l'examen des membres inférieurs, l'épreuve des jambes fléchies est sans chute à droite et impossible à faire réaliser à gauche. Les mouvements rapides sont normalement effectués à droite et fortement ralentis à gauche. La force brute est préservée au niveau du membre inférieur droit, alors qu'on note au niveau du membre inférieur gauche, des phénomènes de lâchages immédiats rendant une appréciation exacte de la force impossible. Les épreuves de coordination sont difficilement effectuées des deux côtés mais finalement sans dysmétrie nette. A l'examen de la sensibilité, le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche. La pallesthésie est à 5/8 des deux côtés, subjectivement moins bien perçue à gauche.

En résumé, l'expert relève « des troubles statiques vertébraux modérés chez un patient présentant une certaine surcharge pondérale. En station debout et à la marche, on note une boiterie de décharge du membre inférieur gauche et la station sur la pointe du pied et sur le talon est apparemment impossible à gauche. Pour le reste, l'examen neurologique révèle un hémisyndrome sensitivomoteur gauche facio-brachio-tronco-crural tout à fait atypique avec des phénomènes de lâchages étagés, une altération globale de la sensibilité superficielle mais pas d'anomalie significative des réflexes tendineux, de la trophicité musculaire et de la sensibilité profonde, A cela s'ajoutent des difficultés apparemment importantes à l'exécution

des épreuves de coordination qui sont finalement exécutées de façon satisfaisante, mais tout à fait démonstrative ».

Au vu de ces éléments, les conclusions tirées par l'expert et reprises ci-avant sont difficilement compréhensibles. Il semble en effet reconnaître certaines atteintes qu'il qualifie d'atypiques, mais ne pas les prendre en compte faute d'être en mesure de les expliquer. De plus, l'expert renonce à des investigations plus approfondies et notamment à une ENMG « compte tenu de la normalité des 3 ENMG pratiqués depuis l'apparition des troubles et compte tenu de l'attitude du sujet » (expertise, p. 39). Sa synthèse est peu argumentée et sa conclusion au terme de laquelle « le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique actuellement significative » n'est guère satisfaisante au vu des autres éléments relevés.

Ces lacunes de l'expertise sont d'autant plus problématiques que les conclusions de l'expert diffèrent passablement d'autres appréciations médicales figurant au dossier. Ainsi, le 9 mars 2017, Mme AH_____ avait considéré que, sur le plan strictement neuropsychologique, la capacité de travail était nulle dans l'exercice de la profession antérieure de chauffeur, du fait du ralentissement associé aux troubles exécutifs qui étaient de nature à contre-indiquer la conduite automobile. Dans une activité adaptée, elle l'évaluait comme s'élevant à 80%. Amené à se prononcer sur cette analyse dans son rapport du 27 novembre 2017, le Dr T_____ s'était pour sa part contenté d'écarter, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité entre l'accident et les atteintes neurologiques décrites, sans pour autant nier ces dernières. Quant à la Dresse J_____, elle avait diagnostiqué le 18 juin 2014 des cervicobrachialgies, douleurs du bassin et du membre inférieur gauche, troubles de la concentration et de la mémoire à la suite de l'accident. La situation était décrite comme non encore stabilisée et le pronostic était réservé. Le 6 mars 2018, elle avait encore écrit que, quand bien même l'ENMG des membres supérieurs ne montrait pas d'anomalie, le recourant présentait des paresthésies du membre supérieur gauche par intermittence, avec faiblesse globale. Cliniquement, il existait encore une limitation de la mobilité douloureuse de l'épaule, quelques douleurs occasionnelles du membre supérieur gauche, non rythmées.

Il est enfin difficilement compréhensible que l'expert considère la capacité de travail comme entière dans l'activité habituelle, alors que dite activité a précisément été interdite par le Service cantonal des véhicules, sur interprétation de l'OAI, du fait d'atteintes neuropsychologiques.

Certes, ces éléments sont insuffisants pour établir l'éventuelle incidence des atteintes neurologiques sur la capacité de travail du recourant. Ils auraient cependant justifié que l'expert neurologue argumente davantage ses conclusions.

11.2.2 Du point de vue psychique, l'expert retient le diagnostic de dysthymie/dysphorie (F34,1), consécutif à l'accident, compensé « de longue

date » et en légère stabilisation depuis juillet 2016, sans incidence sur l'activité antérieure de conducteur et donc sur la capacité de travail. En substance, il considère que les impressions cliniques sont très proches de ce qui avait été décrit antérieurement par les experts précédents. Elles correspondraient également en partie à ce que le Dr L_____ avait établi, à savoir une humeur dépressive ordinaire, sous réserve que, si la réduction de la perspective globale pour une vie épanouie était certes bien perceptible, elle n'équivaudrait pas à un état dépressif cliniquement défini. En définitive, l'examen aurait « plutôt confirmé les constats antérieurs », en ce sens qu'il y avait certainement eu des fluctuations d'humeur mais jamais à un niveau de dépression clinique définie (expertise, p. 41).

Cette analyse omet cependant le rapport circonstancié du 29 mars 2019 du Dr L_____ diagnostiquant un épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1) et expliquant les raisons pour lesquelles il n'était précisément pas d'accord avec les diagnostics de dysthymie et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques retenus dans l'expertise PMU. Selon le psychiatre traitant, la dysthymie devait être le résultat d'une humeur dépressive sans cause somatique ou sans perturbation organique, ce qui ne correspondait pas à la situation du recourant. Celui-ci présentait un trouble de l'adaptation sous la forme spécifique d'une réaction dépressive prolongée (F43.21) due à une affection médicale générale (le polytraumatisme). Le Dr L_____ n'était pas non plus d'accord avec le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Selon lui, ce diagnostic pouvait se poser dans le cas de pathologies somatiques mineures avec des plaintes psychologiques majeures ou disproportionnées. Or, le recourant avait subi un accident grave avec des polytraumatismes et avec plusieurs interventions chirurgicales ayant laissé des séquelles objectivables. Le Dr L_____ avait enfin expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que le recourant, qui n'avait pas un comportement d'amplification et de dramatisation émotionnelle, présentait des limitations fonctionnelles psychiatriques.

Il est problématique que l'expert n'ait pas eu connaissance de ces éléments et ne les ait donc pas pris en compte dans son appréciation et ses conclusions. À nouveau, vu le caractère récent et circonstancié du rapport dont il est question, cette omission constitue également une lacune majeure de l'expertise.

11.2.3 L'expert en orthopédie a retenu plusieurs diagnostics, en lien de causalité naturelle avec l'accident : fracture-disjonction de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des 2 côtés ostéosynthésée par plaque symphysaire ; fracture des branches ilio-pubiennes avec extension extra-articulaire vers le pilier antérieur du cotyle des 2 côtés, traitée conservativement ; fracture de l'aileron sacré droit, en regard de l'articulation sacro-iliaque et fracture disjonction de l'articulation sacro-iliaque gauche, non déplacée, traitée conservativement ; fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à G, déplacées pour la plupart,

traitées conservativement ; arthropathie sacro-iliaque gauche post traumatique ; Hernie inguinale récidivante. Il a également retenu, sans lien de causalité naturelle avec l'événement : un conflit sous-acromial probable à l'épaule gauche et des cervico-scapulo-brachialgies gauches. L'état de santé serait stabilisé depuis l'automne 2016, les examens radiologiques démontrant une consolidation des lésions osseuses avec une arthropathie post-traumatique séquellaire de l'articulation sacro-iliaque gauche (expertise, p. 38). La capacité de travail n'aurait pas varié depuis lors. Elle est considérée comme nulle dans l'activité habituelle, du fait de l'accident. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, elle est estimée entière avec une diminution de rendement de 12,5% en raison de douleurs séquellaires au bassin, nécessitant deux pauses quotidiennes de 30 minutes durant les heures de travail (expertise, p. 43). Au titre de limitations fonctionnelles, l'expert retient : « station debout et assise prolongée limitée, en privilégiant l'alternance de celles-ci ; port de charge limité à 5kg ; marche limitée à 500 mètres, sans montée/descente d'escalier ou échelles ; pas de position agenouillée ou accroupie ; aucune activité statique en extension du rachis cervical ; aucune activité avec mouvements répétitifs du membre supérieur gauche et activité le bras gauche au-dessus du plan des épaules ».

À nouveau, il est regrettable que l'expertise ne prenne pas du tout en compte le rapport du 26 mars 2019, du Dr W_____ faisant notamment état du diagnostic supplémentaire de « lombalgies sur discarthrose lombaire L5-S1 et, moins importantes, au niveau L2-L3 ». La liste des limitations fonctionnelles retenues par le Dr W_____ différait également et était plus étendue que celle figurant dans l'expertise. Elle consistait en un périmètre de marche limité à 800 mètres (avec boiterie et nécessité de pauses après chaque 150-200 mètres) ; une position assise relativement courte (minutes) lui provoquait des douleurs et il devait changer souvent de position ; le port de charges était limité à moins de 3 kg et encore moins pour la main gauche. Selon l'orthopédiste-traitant, une activité adaptée n'était par ailleurs plus envisageable en raison des douleurs lombaires et au niveau du bassin, ainsi que des douleurs abdominales en position assise. La capacité de concentration était en outre influencée par la douleur. Enfin, au-delà de ces éléments, le rapport du Dr W_____ semblait sous-entendre que la situation n'était pas stabilisée depuis l'automne 2016, vu qu'il faisait état du diagnostic de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, découvert lors de l'échographie du 6 novembre 2017.

11.2.4 La chambre de céans considère qu'au vu de ces éléments, l'expertise doit d'ores et déjà être considérée comme lacunaire. Elle ne permet pas de trancher la question de la capacité de travail résiduelle du recourant, ni de l'éventuelle stabilisation de son état de santé (et de sa date). Sa valeur probante n'est pas suffisante.

Elle l'est d'autant moins que les plaintes du recourant, si elles sont bien listées, ne sont pratiquement pas prises en compte au moment des diverses synthèses des experts, ce pour des raisons non expliquées, si ce n'est que l'intéressé se serait montré démonstratif lors de certaines parties des examens en neurologie et orthopédie (expertise, p. 34 et 39). Par ailleurs, vu notamment les rapports du Dr V_____ et en particulier celui du 15 mars 2019 faisant état du diagnostic supplémentaire de lombosciatalgies bilatérales et estimant qu'il n'existait pas d'activité adaptée à l'état du recourant, il est surprenant que l'intimée ait renoncé à ce que l'expertise comporte également un volet rhumatologique, ce d'autant plus qu'un tel aspect avait bien été examiné dans le cadre de l'expertise PMU du 9 mai 2017.

12. Pour autant la chambre de céans relève que les rapports des médecins attestant d'atteintes à la santé ne suffisent pas non plus à trancher ces questions eu égard à leur faible densité de motivation, ne permettant pas d'apprécier le caractère éventuellement incapacitant des diverses atteintes dont souffre le recourant, ni des limitations fonctionnelles et diminutions de rendement qu'elles engendreraient. Il se justifie donc d'ordonner une nouvelle expertise, dans un premier temps bidisciplinaire, soit en orthopédie et psychiatrie.

Celle-ci sera confiée au Professeur AE_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la doctoresse AF_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

Enfin, l'intimée n'invoque aucun élément qui justifierait que l'expertise somatique soit confiée au AG_____ plutôt qu'au Professeur AE_____.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

Ordonne une expertise bidisciplinaire de Monsieur A_____.

I. Commet à ces fins le Professeur AE_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la doctoresse AF_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge le Professeur AE_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en

confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Causalité

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. Limitations fonctionnelles

6.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.1.1 Dates d'apparition

6.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

7. Capacité de travail

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.1.2 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2.2 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

7.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

8. Traitement

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

8.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

8.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

9. Appréciation d'avis médicaux du dossier

9.1 Etes-vous d'accord avec le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du AA_____ des 22 juin et 21 juillet 2020, en particulier avec la partie relative à votre spécialité ainsi que la synthèse finale ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et de rendement retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

9.2 Etes-vous d'accord avec les rapports médicaux du Dr E_____ des 27 janvier 2016, 24 avril 2018, 31 octobre 2017, 19 mars 2019, 14 décembre 2021 et 29 mars 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et de rendement retenues ? Si non, pourquoi ?

9.3 Etes-vous d'accord avec les rapports du Dr W_____ du 23 octobre 2017 et du 26 mars 2019 En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et de rendement retenues ? Si non, pourquoi ?

10. Autres facteurs

Suite à l'accident du 4 novembre 2012 :

10.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

10.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

10.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

10.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

10.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

10.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

11. Quel est le **pronostic** ?

12. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

13. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la doctoresse AF_____, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

F. Charge la doctoresse AF_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Causalité

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. Limitations fonctionnelles

6.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.1.1 Dates d'apparition

6.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

7. Cohérence

7.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

7.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

7.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

7.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

7.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

8. Personnalité

8.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

8.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologique et, si oui, lesquels ?

8.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de la personnalité ou de ces traits de personnalité pathologique sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

8.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

9. Ressources

9.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

9.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

10. Capacité de travail

10.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

10.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

10.1.2 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

10.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

10.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

10.2.2 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

10.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

11. Traitement

11.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

11.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

11.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

12. Appréciation d'avis médicaux du dossier

12.1 Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du AA_____ des 22 juin et 21 juillet 2020, en particulier la partie relative à votre spécialité ainsi que la synthèse finale ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et du rendement retenue par les experts ? Si non, pourquoi ?

12.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr L_____ des 16 février 2015, 10 novembre 2018 et 29 mars 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et du rendement retenue par les experts ? Si non, pourquoi ?

13. Autres facteurs

Suite à l'accident du 4 novembre 2012 :

13.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

13.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

13.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

13.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

13.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

13.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

14. Quel est le **pronostic** ?

15. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

16. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

G. Invite l'experte à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Professeur AE_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

II. Invite les experts à déposer, **dans les meilleurs délais**, leur rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La présidente

Adriana MALANGA | Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le