RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/372/2019 **ATAS/417/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 mai 2021

5ème Chambre

En la cause

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

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1980, au Portugal, est arrivé en Suisse en 2009. Il a travaillé à temps partiel pour la société C_____ SA en tant que nettoyeur dès 2010, puis a été engagé parallèlement, dès le 15 mai 2014, pour une durée de trois mois, par l'entreprise D_____ SA en qualité d'ouvrier pour un salaire horaire brut de CHF 28.09, compte tenu d'un revenu de base de CHF 22.73, des indemnités pour jours fériés et pour vacances, et du 13ème salaire (cf. contrat de mission du 15 mai 2014). 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 ou l'intimée).

2. Le 6 août 2014, l'assuré a été victime d'un accident professionnel alors qu'il travaillait sur un chantier pour D_____ SA. Il a chuté d'un échafaudage d'une quinzaine de mètres et a présenté un polytraumatisme (cf. déclaration de sinistre du 8 août 2014).

3. Il a été transporté aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) où a été retenu le diagnostic principal de paraplégie complète ASIA A avec un niveau sensitif D10-D11 sur une fracture Burst D12 et L5 avec un recul du mur postérieur. Ont notamment été notés, à titre de diagnostics secondaires, un pneumothorax, plusieurs fractures non déplacées des processus transverses L2-L5, une fracture non déplacée de la lame gauche de L3, une fracture du processus transverse D1, plusieurs fractures des arcs postérieurs des côtes 1, 2, 3 et 9 à droite, plusieurs fractures des arcs moyens des côtes 4 et 7 à gauche, une fracture de l'arc antérieur des côtes 7 et 8 à droite et 1 à gauche, des contusions aux niveaux du rein gauche, de la rate et de l'intestin grêle, une fracture peu déplacée du bord supérieur de l'omoplate droite et une fracture déplacée de l'extrémité distale du radius droit (cf. lettre de transfert du professeur E_____, médecin chef du service de neurochirurgie des HUG, du 17 septembre 2014).

4. L'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales, soit une fixation postérieure percutanée D11-L1 et L4-S1 le 6 août 2014, une réduction et une mobilisation d'une fracture de l'extrémité externe du radius à droite puis une ostéosynthèse par plaque palmaire intra-articulaire le 19 août 2014, une corpectomie D12 avec une cage par thoracotomie gauche le 27 août 2014. En outre, une tentative de corpectomie L5 a échoué le 10 septembre 2014 en raison du diamètre des vaisseaux iliaques (cf. lettre de transfert du Prof. E_____ du 17 septembre 2014).

5. Du 17 septembre 2014 au 18 février 2015, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR). Le diagnostic principal était celui de thérapies physiques et fonctionnelles pour une rééducation intensive d'une paraplégie incomplète de niveau neurologique initial T9 AIS C, évoluant vers un niveau T11 AIS D. L'assuré a très nettement progressé durant son séjour, tant au niveau de la récupération motrice qu'au niveau fonctionnel. À son entrée, il se déplaçait en chaise roulante, mais au terme du séjour, il était capable de marcher

avec une orthèse au segment jambier gauche pour ses déplacements courants, de monter et descendre des escaliers avec la main courante et une canne, de maintenir la station monopodale à droite, de soulever, porter et déplacer des objets. Il gérait lui-même la nécessité d'employer la chaise roulante selon son état de fatigue ou pour de longs déplacements, et était totalement indépendant pour tous les actes de la vie quotidienne (cf. rapport de la doctoresse F_____, médecin cheffe de clinique à la CRR et spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, du 19 février 2015 ; rapport de physiothérapie de Monsieur G_____). Compte tenu des grands progrès effectués par l'assuré durant son séjour, un retour à domicile sans aménagement de la demeure a été possible (cf. procès-verbal de la SUVA du 23 février 2015).

6. En date du 21 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

7. Dans un avis du 6 mars 2015, le docteur H_____, médecin de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré que l'évolution pouvait continuer à être caractérisée de spectaculairement favorable, puisque l'assuré avait pu se reverticaliser et reprendre une déambulation, quand bien même avec d'importants troubles proprioceptifs.

8. Le 9 juin 2015, l'assuré a été opéré au niveau du poignet droit en raison d'une ténosynovite des fléchisseurs avec une rupture à 100% du tendon FDP (pour Flexor Digitorum Profundus) du 2ème rayon, une lésion longitudinale à 20% du FDS (pour Flexor Digito um Superficialis) du 2ème rayon, à 10% du FDS du 3ème rayon et à 10% du FPL (pour Flexor Pollicis Longus), le tout sur un conflit avec la plaque palmaire (cf. compte-rendu opératoire de la doctoresse I_____, cheffe de clinique au Département de chirurgie des HUG, du 11 juin 2015).

9. Du 18 août au 29 septembre 2015, l'assuré a de nouveau séjourné à la CRR, où a été posé le diagnostic de paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivo-moteur D10, liée à une myélopathie du cône médullaire, sur un polytraumatisme le 6 août 2014, avec des douleurs neurogènes et des troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle. Suite à l'opération du poignet droit, qui avait nécessité une décharge totale sous attelle, préconisée pendant deux mois et demi, l'assuré présentait une perte fonctionnelle. Il ne pouvait plus utiliser les bâtons et se déplaçait difficilement dans sa chaise roulante manuelle. Il se plaignait de douleurs de type neurogène, avec des picotements, des fourmillements, des engourdissements au niveau du pied gauche et des orteils droits occasionnellement, surtout la nuit, mais cela ne l'empêchait pas de dormir. À la fin du séjour, ces douleurs ne posaient plus de problème à l'assuré qui était sous traitement de Lyrica 200 mg 2 fois par jour. Il présentait des douleurs de type lombalgique, qui avaient discrètement augmenté au cours du séjour en lien avec les thérapies pluri-hebdomadaires, mais qui étaient soulagées par du Dafalgan et du Brufen en réserve. Un traitement de Betnovate était mis en place pour la dyshidrose et le patient avait été suivi par un psychologue clinique durant son séjour. Il avait bénéficié d'une

prise en charge en ergothérapie avec, à la sortie, une nette progression au niveau de la force de préhension et de la mobilité du 2ème doigt à droite. Les déficits restants ne le limitaient pas dans la réalisation de ses activités quotidiennes et aucun suivi ergothérapeutique ambulatoire n'était proposé. La prise en charge en physiothérapie avait permis de constater une amélioration de l'endurance et de la marche, le patient pouvant marcher avec l'orthèse jambière et sans canne sur de moyennes distances. Il pouvait en outre marcher sans moyens auxiliaires sur de courtes distances comme à l'intérieur de son domicile. Une poursuite du traitement de physiothérapie en ambulatoire était proposée afin d'améliorer la marche avec l'orthèse uniquement, la proprioception, la coordination et le renforcement du tronc et des membres inférieurs et lutter contre le pied équin gauche. L'assuré restait autonome dans les activités de la vie quotidienne. À l'entrée, sur l'échelle SCIM-3 (pour Spinal Cord Independence Measure), le score était de 96/100 et de 97/100 à la sortie. Diverses activités avaient été essayées lors d'une évaluation globale aux ateliers professionnels et l'intéressé pourrait « éventuellement » travailler par la suite dans une activité adaptée en position assise (cf. rapport de la Dresse F_____ du 2 octobre 2015).

10. Dans un rapport du 11 décembre 2015, le docteur J_____, chef de service à la CRR et spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué avoir revu l'assuré lors d'une consultation le 8 décembre 2015. Au vu de la bonne progression de l'intéressé, sur le plan neurologique (évolution favorable avec progression continue au niveau de la marche et de l'endurance), ostéoarticulaire (aucune limitation pour l'utilisation du poignet et de la main droite après l'ablation du matériel et la ténosynovectomie des fléchisseurs, effectuée en juin 2015) et paraplégique, une évaluation des capacités de travail était suggérée.

11. Par rapport du 22 janvier 2016, le docteur K_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a relaté que l'assuré était venu à la consultation du 20 janvier 2016 sans chaise et sans canne, avec une marche bien améliorée par rapport à la dernière consultation d'avril 2015, même si la paraparésie était bien présente à la marche. L'intéressé relatait des douleurs dorso-lombaires, mais elles étaient supportables et il ne prenait pas de médicaments à part le Lyrica. Compte tenu de la bonne évolution clinique et radiologique, il était mis fin au suivi en neurochirurgie.

12. Du 15 au 19 février 2016, une évaluation des capacités professionnelles a été réalisée à la CRR. Selon le rapport y relatif du 22 février 2016, l'assuré évoquait des pistes professionnelles dans les domaines précédemment exercés. Les annonces d'emploi recherché restaient centrées sur des domaines d'activités physiques et demandant des mouvements de force, des ports de charge et des positions contraignantes et essentiellement en position debout Il ne se voyait pas travailler dans une activité sédentaire et se projetait difficilement dans un nouveau domaine de compétence. Les restrictions comprenaient les mouvements de force, les ports de charge réguliers, le maintien de la position debout et les déplacements en terrains irréguliers. Les emplois sédentaires qu'il pourrait cibler restaient restreints du fait

de son absence de formations certifiées et il mentionnait un manque de patience, de concentration et d'intérêt pour les activités statiques et faites à la même place de travail. Il n'avait apparemment pas fait totalement le deuil et avait besoin de temps pour accepter sa situation médicale. Le travail en orientation apparaissait prématuré, car parasité par des éléments contextuels, à savoir des difficultés financières, des attentes assécurologiques, un litige juridique, une acceptation de son état de santé et de sa nouvelle identité. Les activités sédentaires proposées étaient rejetées, de sorte que la mesure avait été suspendue. Contrairement à la motivation évoquée lors de la séance de coordination entre la SUVA, l'OAI, le médecin référent et les représentants des ateliers professionnels, l'assuré n'était pas dans un processus de réadaptation professionnelle et de retour au travail. Son implication fluctuante avait perturbé la dynamique de travail des autres assurés participant aux ateliers. Il était proposé une mesure d'accompagnement pour faire le deuil du métier, accepter sa situation médicale et pouvoir, ensuite, appréhender de manière plus sereine son avenir professionnel.

13. Dans un préavis du 16 février 2016, le coordinateur de l'OAI a noté que la mesure d'évaluation des capacités professionnelles avait dû être interrompue après une semaine, le comportement de l'assuré ayant totalement changé. Il avait adopté une attitude très revendicatrice, privilégiant les attentes d'indemnités à la démarche professionnelle.

14. Par rapport du 23 mars 2016, le docteur L_____, médecin généraliste, a indiqué à la SUVA qu'il voyait l'assuré une fois par mois et que le pronostic était favorable. Il y avait une lente, mais progressive, amélioration des troubles érectiles. Le traitement consistait en la prise de Lyrica pour les algies. L'assuré avait été évalué par le Dr J_____ et pris en charge par l'OAI concernant la reprise du travail.

15. Dans un rapport du 19 juillet 2016, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des antécédents de troubles de l'adaptation, avec une perturbation des émotions, une anxiété et une humeur dépressive (F43.22). Elle avait vu l'assuré entre le 16 mars et le 24 mai 2016. Sa thymie était neutre, il n'y avait pas de troubles du sommeil, d'idéations auto ou hétéro-agressives, d'éléments psychotiques florides objectivés. L'intéressé disait avoir dépassé son sentiment de colère contre l'employeur et attendait beaucoup de l'assurance-invalidité. Il se déclarait prêt à suivre les propositions d'évaluation afin de se réadapter, mais avait la certitude qu'il ne pourrait jamais véritablement travailler. Son chirurgien lui avait indiqué que sa capacité de travail était limitée à 2 heures au maximum par jour. Le pronostic était indéterminé sur le plan psychiatrique. Le patient était stable cliniquement, mais attendait beaucoup de l'assurance-invalidité. Il mettait clairement en avant qu'il ne pourrait pas retravailler. On imaginait que s'il était confronté à d'autres mesures, il pourrait se repéjorer sur le plan émotionnel.

16. Par rapport du 11 juillet 2016, le Dr L_____ a indiqué à la SUVA qu'il avait été consulté à 6 reprises en 2016 pour des douleurs aux membres inférieurs. Les

examens avaient révélé un œdème de dénervation touchant les muscles semi-membraneux, poplités, jumeaux internes et externes droits. L'assuré présentait également une gonalgie gauche et une contusion gauche du 5ème rayon du pied droit suite à une chute dans les escaliers le 10 avril 2016. Un séjour à la CRR semblait nécessaire en raison des nombreuses chutes, de polyarthralgies et d'une instabilité à la marche encore importante. Il n'y avait pas de comorbidité et le pronostic était plutôt favorable avec une prise en charge ciblée dans le cadre d'un service spécialisé.

17. Lors d'un entretien entre l'assuré et un collaborateur de la SUVA le 8 août 2016, l'intéressé a indiqué que le suivi psychologique débuté à la demande de la CRR était terminé après deux séances, car il n'en avait pas véritablement besoin. Il souhaitait recevoir la décision finale des assurances et décider ainsi de rester en Suisse ou de partir définitivement dans son pays.

18. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) de la hanche gauche a été réalisée le 21 septembre 2016 en raison de douleurs résiduelles à la marche. Cet examen a mis en évidence une bursite du grand fessier gauche et une atrophie et un œdème de dénervation des muscles fessiers du côté gauche.

19. Dans un avis psychiatrique du 21 septembre 2016, le docteur N_____, médecin psychiatre de la SUVA, a conclu, sur la base du seul rapport psychiatrique au dossier, qu'il n'y avait pas de pathologie active et donc pas d'atteinte à l'intégrité. Il n'y avait pas d'indication à la poursuite d'un traitement spécialisé, et la situation était stabilisée sur le plan psychiatrique, étant précisé qu'une péjoration était possible en cas de réponse négative de l'assurance-invalidité.

20. Par rapport du 26 septembre 2016, la doctoresse O_____, spécialiste FMH en neurologie, a notamment observé que l'atteinte neurogène était très importante à gauche puisqu'on n'enregistrait plus d'activité volontaire dans le jambier antérieur gauche et que l'on enregistrait des tracés simples dans le jumeau interne gauche et le fléchisseur commun des orteils gauches, un tracé simple dans le moyen fessier gauche et également très appauvri dans le grand fessier gauche. Les séquelles présentées au membre inférieur gauche étaient probablement liées à l'atteinte lésionnelle importante au niveau de la corne antérieure de la moelle épinière du côté gauche où il persistait très peu de motoneurones inférieurs rendant la réinnervation collatérale intramusculaire difficile expliquant probablement les séquelles importantes de la musculature touchant la jambe gauche du genou à la fesse.

21. Dans un avis du 30 janvier 2017, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré, sur la base des rapports médicaux communiqués par la SUVA, que l'état de santé était stabilisé. Au niveau professionnel, l'exigibilité dans une activité adaptée devrait être réévaluée dans 6 à 12 mois. Concernant le traitement, compte tenu de l'atteinte

motrice et sensitive, une rééducation et un entretien semblaient nécessaires à long terme, ainsi que des contrôles médicaux réguliers.

22. Par appréciation séparée du 30 janvier 2017, le Dr P_____ a fixé l'atteinte à l'intégrité à 30%, sur la base de la table n° 21.2 appliquée par analogie au diagnostic de paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10, liée à une myélopathie du cône médullaire sur un polytraumatisme le 6 août 2014, avec des douleurs neurogènes et des troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle.

23. Le 3 février 2017, D_____ New Job SA a rempli le questionnaire de la SUVA et indiqué que l'assuré aurait perçu, en 2017, un salaire de CHF « 22,85 x 40 h/s + 8,30/13ème + 10,60%vacances + 3% jours fériés », soit un total de CHF 28.20.

24. Le 1er mars 2017, C_____ SA a répondu à la SUVA que l'assuré avait perçu, en 2017, un salaire de CHF « 19.85/h x 18.15heb + 8,33% 13ème + 8,33% vacances ».

25. Le 6 avril 2017, l'assuré a été opéré suite à une fracture de la vis S1 droite avec un descellement des vis L4 et S1 gauche, avec une symptomatologie douloureuse lombo-sacrée. L'intervention a consisté en une révision de l'instrumentation L4-S1, une fusion postérolatérale L4-S2 et une ablation du matériel d'ostéosynthèse D11-L1. Au status clinique de sortie le 12 avril 2017, le patient ne présentait pas de déficit neurologique focal, hormis une parésie du releveur du pied gauche déjà connue (cf. lettre de sortie du Prof. E_____ du 13 avril 2017 et compte-rendu opératoire du 24 avril 2017).

26. Par avis du 17 mai 2017, le Dr P_____ a proposé un séjour avec rééducation et évaluation professionnelle à la CRR.

27. Dans un rapport du 21 mai 2017, le Dr K_____ a relaté une évolution favorable suite à l'opération. L'assuré était content du résultat au niveau dorso-lombaire et semblait moins gêné. Il rapportait encore des douleurs lombo-sacrées modérées, normales à 6 semaines de ce type d'intervention. Le port de charge n'était pas encore possible.

28. Du 12 juillet au 4 août 2017, l'assuré a séjourné à la CRR. Selon le rapport y relatif du 10 août 2017, les diagnostics principaux étaient une paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10 suite à une myélopathie du cône médullaire, avec des douleurs neurogènes et des troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle sur un polytraumatisme le 6 août 2014, ainsi qu'une fracture de la vis S1 droite, un descellement des vis S1 et L4 gauche traitées par spondylodèse L4-L5 et L5-S1 et ablation du matériel d'ostéosynthèse de D11-L1. Au niveau des plaintes, l'assuré prenait un traitement en raison d'une érection et d'une éjaculation diminuées. Il avait présenté des lombalgies durant le séjour, mais elles avaient été soulagées par un traitement de réserve d'Ibuprofen et de Dafalgan. Les douleurs neurogènes étaient restées stables sous traitement habituel de Lyrica 200 mg deux fois par jour. L'assuré avait été suivi par un psychologue au cours de son séjour et le moral était resté stable. Au status neurologique, l'examen des nerfs

crâniens était grossièrement dans la norme, les réflexes ostéo-tendineux étaient absents pour les achilléens gauches. Il avait bénéficié d'une prise en charge en ergothérapie et en physiothérapie. Au niveau du poignet et de la main droite, la mobilité était complète, l'assuré ne présentait plus de trouble de la sensibilité et la force était bonne par rapport au précédent séjour. Il restait totalement autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne et présentait une amélioration de la qualité de la marche. La poursuite du traitement en ambulatoire et par des exercices à domicile était prévue, afin de corriger la boiterie de compensation, diminuer la douleur de compensation lombo-sacrée gauche, travailler la proprioception, le renforcement spécifique et global du tronc et des membres inférieurs. Une évaluation globale avait été réalisée aux ateliers professionnels. L'intéressé y avait travaillé jusqu'à 4 heures consécutives dans des activités à faible contrainte physique et permettant l'alternance des positions. Il avait discuté avec des proches et pensait pouvoir travailler durant 2 heures par jour au maximum auprès d'un employeur conciliant. Il espérait une décision de rente qui lui permettrait de rentrer chez lui au Portugal.

Étaient notamment annexés, les documents suivants :

- le rapport de physiothérapie – service de paraplégie dont il ressortait que l'intéressé relatait des douleurs cotées à 3/10 EVA (pour Echelle Visuelle Analogique) au repos et à 7/10 EVA après 30-60 minutes de marche et 30 minutes de position statique assise ; il était capable de marcher 30 minutes sans pauses ;
- le rapport d'ergothérapie aux termes duquel l'assuré était autonome pour la réalisation de ses activités quotidiennes avec les moyens auxiliaires qu'il possédait ; il pouvait se déplacer sur de moyennes distances sans moyens auxiliaires et utilisait sa chaise roulante manuelle pour les longues distances ; il avait repris la conduite d'une moto ;
- le rapport des ateliers professionnels suite à une mesure du 12 juillet au 3 août 2017 ; il en ressortait notamment que l'intéressé avait été pris en charge sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives, qu'il avait réalisé des tâches d'assemblage simulé, de mesures, de tri, d'inventaire, de gravure et de menuiserie ; ces activités étaient réalisées en positions assise et debout durant 30 à 45 minutes, et pouvaient nécessiter des montées et descentes d'escaliers à pas alterné, avec l'aide d'une main courante, ainsi que des ports de charges légères (entre 5 et 10 kg) ; dès son arrivée, l'assuré signalait des douleurs au membre inférieur ou au dos, mais il se montrait volontaire à réaliser les tâches proposées ; il avait également fait état de fourmillements à la cheville gauche, irradiant jusqu'au genou ; il était convaincu que c'était au système assécurologique de lui trouver un travail adapté et avait déclaré que ses connaissances ne pensaient pas qu'il puisse retravailler un jour.

29. Dans une appréciation du 29 novembre 2017, le Dr P_____ a résumé les pièces à sa disposition et confirmé que l'état de santé était stabilisé. Il a retenu que l'assuré devait éviter les stations statiques prolongées et ne pouvait pas porter des charges de plus de 10kg, marcher en terrain accidenté et faire de longs déplacements. En tenant compte de ces limitations fonctionnelles, sa capacité de travail sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives dans des activités à faibles contraintes physiques et permettant l'alternance des positions, pouvait être exigée.

30. Le 8 décembre 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui verserait l'indemnité journalière jusqu'au 28 février 2018 sur la base d'une incapacité de travail de 100%, et se prononcerait à cette date sur son droit à une rente.

31. Le 5 avril 2018, la SUVA a sélectionné cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT), soit les n^{os} 3745 (collaborateur de production - serveur aux presses), 5787 (collaborateur de production - affûtage), 362411 (collaborateur de production – sur machines automatiques), 7237 (huissier) et 597315 (collaborateur de production – ouvrier). En 2017, les salaires moyens, minimaux et maximaux de ces DPT s'élevaient respectivement à CHF 55'715.60, CHF 52'976.- et CHF 58'455.20.

32. Selon des observations datées du jour même, la SUVA a calculé les gains de l'assuré pour la période du 6 août 2013 au 5 août 2014. Elle a retenu, sur la base de l'extrait du livre de paie, que l'assuré avait réalisé un revenu de CHF 18'517.- pour C_____ SA. Elle a en outre pris en considération un montant de CHF 51'991.- pour D_____ SA, compte tenu d'un montant de « CHF 22.73 x 2112 heures + 8.30%).

33. Par décision du 16 avril 2018, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1er mars 2018 de 61%, basée sur un gain annuel assuré de CHF 70'508.-, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, soit un montant de CHF 37'800.-. Elle a notamment considéré que l'assuré était apte à travailler à 50% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr P_____. Après comparaison du revenu avec invalidité, soit CHF 27'858.-, et sans invalidité, soit CHF 72'061.-, le degré d'invalidité était de 61%.

34. Le 17 mai 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée. Il a soutenu, au vu de son atteinte irrémédiable à la santé, qu'il était dans l'incapacité totale de travailler, et ce quelle que soit l'activité envisagée. En outre, compte tenu de la gravité et de l'ampleur des séquelles définitives, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu paraissait insoutenable. Il a sollicité un délai pour compléter son opposition.

35. En date du 22 juin 2018, il a confirmé qu'il s'opposait à la décision et rappelé que le rapport de la CRR faisait état de grandes douleurs dès son arrivée aux ateliers. Ce document ne permettait pas de conclure de façon péremptoire à une capacité de travail de 50%, de sorte que le Dr P_____ ne disposait pas d'informations suffisantes pour se déterminer sur sa capacité de travail. L'avis de ce médecin

n'était pas motivé concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a ajouté qu'une problématique de paraplégie induisait une incapacité de 90%.

36. Dans une appréciation du 11 décembre 2018, le docteur Q_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin au centre de compétence de la SUVA, a résumé les pièces du dossier et énuméré les documents radiologiques en sa possession, avec les clichés disponibles. Il a conclu que l'assuré présentait une paraplégie incomplète à prédominance gauche, comparable à une atteinte du nerf péronier (AIS D-E), avec une légère boiterie, compensée par une attelle anti-step. Sur le plan fonctionnel, il avait regagné une bonne mobilité autonome, grâce à l'attelle. Au vu de l'évolution favorable et de la mobilité partiellement rétablie, on ne pouvait pas conclure à une incapacité totale de travail. Contrairement aux affirmations subjectives de l'assuré, il était tout à fait concevable qu'il soit capable d'effectuer une activité essentiellement sédentaire permettant l'alternance des positions et n'impliquant pas le port de charges de plus de 10 kg. L'assuré ne présentait pas de problèmes urinaires qui nécessiteraient des pauses supplémentaires durant les horaires de travail. Ainsi, sur la base des derniers rapports de la CRR, les conclusions du Dr P_____ pouvaient être confirmées. La capacité de travail était donc de 4 heures consécutives, sans perte de rendement, dans une activité essentiellement sédentaire permettant l'alternance des positions et n'impliquant que le port de charges de moins 10 kg. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, une application schématique de la table 21 pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires pour un stade AIS D n'était pas appropriée. En effet, si on considérait les muscles clés de la classification ASIA (table 21.4), on constatait que le jambier et le fléchisseur des orteils gauches étaient les seuls atteints au niveau des membres inférieurs, ce qui représentait le 20% des muscles clés. L'atteinte de l'assuré correspondait à un stade AIS D-E selon la table précitée. Le taux qui était prévu, soit 45%, n'était pas justifié, puisque les séquelles neuro-urologiques étaient négligeables. En recourant à une comparaison horizontale, on retenait un taux de 30% pour une paralysie du nerf sciatique et de 10% pour une paralysie du nerf péronier. Étant donné que l'atteinte motrice de l'assuré était moins grave qu'une paralysie complète du nerf sciatique et plus grave qu'une paralysie du nerf péronier, le taux se situait entre 10 et 30%. En tenant compte des symptômes associés, soit les douleurs neurogènes, les troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle, l'estimation de 30% paraissait justifiée.

37. Par décision sur opposition du 12 décembre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 16 avril 2018. Elle a notamment rappelé que le Dr P_____ avait certifié que l'état était stabilisé et considéré que l'assuré pouvait travailler jusqu'à 4 heures par jour dans une activité adaptée, soit un travail ne requérant pas de port de charges supérieures à 10 kg, de marche en terrain accidenté, de longs déplacements et des stations statiques prolongées. Cet avis avait été confirmé par le Dr Q_____, de sorte qu'elle n'entendait pas interpeller le Dr L_____. Le revenu d'invalide, déterminé sur la base des données salariales

résultant des DPT, lesquels étaient adaptés au handicap de l'intéressé et versés au dossier, n'était pas critiquable. La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité, non contesté, de CHF 72'061.- et le revenu exigible d'au moins CHF 27'858.- laissait apparaître une perte de 61.34%. Le taux de la rente d'invalidité avait donc été fixé à 61%. Concernant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr P_____ avait retenu un taux de 30%, également confirmé par le Dr Q_____. En l'absence d'avis médical contraire au dossier, il y avait lieu de maintenir l'estimation effectuée en toute connaissance de cause par ses médecins.

38. Par acte daté du 28 janvier 2019, timbré le 29 janvier 2019, l'assuré, par le biais d'un avocat, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée. Il a conclu sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à l'audition des parties et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit dit qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail résiduelle, et ce quelle que soit l'activité professionnelle envisagée, et à ce qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100% lui soit reconnue.

39. Par décision du 7 mars 2019, l'OAI a accordé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1er août 2015 au 28 février 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, diminué à un trois-quarts de rente dès le 1er mars 2018, compte tenu d'un degré d'invalidité de 60%.

40. Par écriture du 15 mai 2019, le recourant a sollicité un nouveau délai pour déposer des pièces utile et conclu en outre à l'audition de témoins. Il a exposé souffrir d'un état dépressif persistant en lien avec des douleurs importantes qui étaient la conséquence directe de l'accident survenu le 6 août 2014. Son état de santé l'avait empêché de s'entretenir sereinement avec son conseil depuis plusieurs mois. Il a relevé que l'appréciation du Dr P_____ se fondait sur l'évaluation à la CRR. Cependant, le fait qu'il avait pu, au moins à une reprise, effectuer un travail durant 4 heures consécutives ne permettait nullement de conclure péremptoirement qu'il était actuellement capable de travailler tous les jours durant 4 heures à hauteur de 50% sur une longue période. En outre, il a rappelé avoir souffert lors de son arrivée aux ateliers. Bien qu'il soit volontaire et courageux, un tel taux d'activité n'était pas objectivement et médicalement réaliste. Dans son dernier avis, son médecin-traitant avait suggéré un nouveau séjour à la CRR. Une telle démarche était indispensable afin de rendre une décision objective, dûment motivée et non hâtive, sur sa capacité de travail. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la décision attaquée et l'avis du Dr P_____ ne faisaient état d'aucune motivation fondée et convaincante, ce qui ne lui permettait pas de faire valoir son droit d'être entendu. Il estimait qu'un taux de 100% devait être retenu au vu de sa paraplégie irréversible.

41. Le 14 juin 2019, le conseil du recourant a informé la chambre de céans qu'il n'avait toujours pas pu s'entretenir avec son client, lequel se trouvait toujours en soins.

42. Dans sa réponse du 3 septembre 2019, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours pour cause de tardiveté, l'écriture du recourant, certes datée du 28 janvier 2019, ayant été remise à la Poste le 29 janvier en 2019.

    Sur le fond, elle a relevé qu'aucun document n'attestait de l'état psychique dont se prévalait le recourant, lequel n'avait en outre jamais fait mention d'un éventuel trouble psychique invalidant. En outre, le Dr N_____ avait attesté qu'il n'y avait pas de pathologie psychiatrique active et que la situation était stabilisée sur le plan psychique, au regard du rapport de la Dresse M_____ du 19 juillet 2016. Enfin, il n'y avait pas lieu de prendre en considération l'état « actuel », postérieur à la décision entreprise.

    Concernant le degré d'invalidité du recourant, l'intimée a rappelé que l'intéressé avait séjourné à la CRR en 2017 et que les rapports y relatifs mentionnaient notamment que les lombalgies étaient soulagées par le traitement médicamenteux, que l'intéressé était autonome dans les activités quotidiennes avec l'utilisation de ses moyens auxiliaires, qu'il avait repris la conduite de sa moto. La mobilité de la main droite était complète, sans troubles de la sensibilité avec une bonne force par rapport au précédent séjour. Aux ateliers professionnels, il avait travaillé sur des périodes de 4 heures consécutives dans des activités à faible contrainte physique et permettant l'alternance des positions. Le recourant ne se prévalait d'aucun argument médical objectif de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr P_____, confortée par l'avis neurologique étayé du Dr Q_____. Il ne pouvait pas lui être reproché de n'avoir pas sollicité à nouveau l'avis du Dr L_____, qui avait fait état d'une évolution favorable en novembre 2016 et qui devait, en sa qualité de médecin-traitant, se concentrer sur le traitement médical. Compte tenu des avis au dossier et de l'obligation du recourant de diminuer le dommage, on pouvait exiger de lui qu'il reprenne une activité professionnelle adaptée à un taux de 50% dès le 1er mars 2018. Le taux d'invalidité de 61% correspondait en outre à celui retenu par l'OAI, soit 60% dès le 1er mars 2018.

    Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, aucun avis ne remettait en cause le taux de 30% fixé par le Dr P_____ et confirmé par le Dr Q_____.

    La décision litigieuse n'était pas critiquable et les mesures d'instruction requises par le recourant ne s'avéraient pas nécessaires.

43. Par écriture du 15 novembre 2019, le recourant a persisté, sollicitant notamment l'audition de témoins et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre. Il a exposé qu'il était définitivement handicapé et souffrait de troubles dépressifs aigus. Les diminutions de sa capacité de travail et de son intégrité étaient de 100%.

44. Le 6 décembre 2019, l'intimée a répliqué et relevé que le recourant ne s'était pas prononcé sur le grief d'irrecevabilité du recours et se limitait à contester globalement sa position.

45. En date du 12 août 2020, le conseil du recourant a sollicité une nouvelle prolongation du délai accordé pour se prononcer sur les écritures de l'intimée,

relevant que son client résidait désormais à l'étranger durant une grande partie de l'année. Il lui avait indiqué qu'il était dans l'impossibilité de prendre contact avec son étude depuis plusieurs semaines en raison des soins médicaux auxquels il était astreint.

46. En date du 14 septembre 2020, le recourant a demandé l'audition de plusieurs médecins des HUG.

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 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. 83 LPGA).

4. 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.

5. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   L'art. 38 LPGA prévoit que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (al. 3 let. c).

   b. En l'occurrence, la décision litigieuse du 12 décembre 2018 a été notifiée au conseil du recourant le lendemain, de sorte que le délai de recours est arrivé à échéance le 28 janvier 2019, compte tenu de la suspension précitée.

   L'enveloppe du recours a été timbrée le 29 janvier 2019. Cependant, une recherche sur le site Internet de la Poste permet de confirmer que cet acte, daté du 28 janvier 2019 et envoyé par courrier recommandé, a bien été déposé le 28 janvier 2019, à 23h55.

c. Partant le recours, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, est recevable.

6. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité du recourant.

7. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

b. 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, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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).

L'art. 18 al. 1 LAA dispose que si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase LAA).

8. a. 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).

b. 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).

c. 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).

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'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH - RS 0.101]), a fixé les conditions auxquelles devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalide. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner toutes les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). La jurisprudence a rappelé que le caractère convenable d'un DPT en regard de l'éloignement entre le lieu de travail

prévu et le domicile ne peut pas être déterminé à l'avance et d'une manière générale, mais qu'il doit être examiné en fonction de la situation de santé et personnelle de l'assuré ainsi que de son obligation de réduire le dommage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 7.3).

9. a. 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 à 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). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b. Selon la jurisprudence, 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).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

10. a. Selon l'art 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (al. 3). 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).

    b. Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

    En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, 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).

    Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 ; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). L'importance prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base de constatations médicales (ATF 132 V 393 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 97 et les références).

11. a. 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 pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

    L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à l'annexe 3 à l'OLAA est fixée, en règle générale, en pourcent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). 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. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs

atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires - à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

b. La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) 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).

12. a. 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).

b. 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).

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).

13. 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).

14. 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – 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).

15. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

16. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 12 décembre 2018, l'intimée a octroyé au recourant le droit à une rente, calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 61%.

    Elle a retenu, conformément aux conclusions des Drs P_____ et Q_____, que l'intéressé ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais qu'il demeurait apte à travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

17. La chambre de céans constate tout d'abord que les rapports des Drs P_____ et Q_____ ont été établis en pleine connaissance de cause, sur la base du dossier complet du recourant qui contient de nombreuses appréciations fondées sur un examen personnel de l'intéressé, à l'instar des rapports des Drs L_____, E_____ et K_____, de la Dresse O_____ et des différents spécialistes œuvrant à la CRR.

    Les médecins-conseils de l'intimée ont étudié toutes les pièces médicales pertinentes, y compris les rapports radiologiques, ont tenu compte des plaintes du recourant et ont livré des conclusions motivées et convaincantes.

    Leurs rapports remplissent donc en principe les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

18. a. En ce qui concerne les atteintes à la santé, les Drs P_____ et Q_____ ont pris en considération le diagnostic principal posé par les médecins de la CRR, soit une paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10 suite à une myélopathie du cône médullaire, avec des douleurs neurogènes et des troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle sur un polytraumatisme le 6 août 2014.

    Ils ont estimé que ces atteintes étaient compatibles avec l'exercice, à 50%, d'une activité essentiellement sédentaire et peu contraignante, ne requérant pas le port de charges supérieures à 10 kg, de marche en terrain accidenté, de longs déplacements et des stations statiques prolongées.

    b. Le recourant ne conteste ni les diagnostics posés ni les limitations fonctionnelles retenues.

    Il soutient en revanche que ses atteintes à la santé entrainent une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée.

    c. La chambre de céans rappelle que les conclusions des Drs P_____ et Q_____ sont notamment fondées sur les documents établis lors du dernier séjour du recourant à la CRR, où une mesure d'évaluation des capacités professionnelles a permis de constater qu'il était apte à travailler sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives dans des activités à faibles contraintes physiques et permettant l'alternance des positions.

    Le recourant ne fait valoir aucune argumentation objective à l'encontre de cette appréciation, se contentant de rappeler les douleurs persistantes qu'il avait signalées dès son arrivée aux ateliers. Or, ces douleurs, au demeurant soulagées par la prise de médicaments (cf. rapports de la CRR des 2 octobre 2015 et 10 août 2017), ont bien été prises en considération, puisque seule une activité permettant l'alternance des positions a été considérée comme adaptée compte tenu des douleurs relatées, cotées à 3/10 EVA au repos et à 7/10 EVA après 30-60 minutes de marche et 30 minutes de position statique assise (cf. rapport de physiothérapie du service de paraplégie de la CRR).

On perçoit d'ailleurs mal les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer une activité peu contraignante et essentiellement sédentaire, sans port de charges lourdes et avec la possibilité de changer de positions. Il est notamment rappelé qu'il ne présente aucune restriction au niveau des membres supérieurs et qu'il souffre d'une paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10, ce qui signifie que les fonctions sensorielles et motrices sont conservées en dessous du niveau de lésion, et que la force des muscles-clés est suffisamment importante de sorte qu'elle peut être mise à contribution d'un point de vue fonctionnel (se mettre en position debout pour les transferts, éventuellement marcher avec des moyens auxiliaires, etc. ; cf. https://community.paraplegie.ch/fr/wiki-fr/corps-complications/lesions-de-la-moelle-epiniere-et-consequences). Il est indépendant pour tous les actes de la vie quotidienne, peut se déplacer sans moyens auxiliaires chez lui, à l'aide de cannes et d'une attelle sur de courtes et moyennes distances, et peut monter et descendre des escaliers à l'aide de ses cannes. Il a repris la conduite de sa moto et n'utilise un fauteuil roulant manuel que pour parcourir de longues distances ou en cas de fatigue. Comme déjà rappelé, ses douleurs sont soulagées par le traitement médicamenteux.

Enfin, les rapports des Drs L_____ et K_____, lesquels ont régulièrement rapporté une évolution et un pronostic favorables, ne font état d'aucun élément qui s'opposerait à la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 50%.

d. Partant, en l'absence de tout indice susceptible de remettre en cause les conclusions des médecins-conseils de l'intimée, leur appréciation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues peut être confirmée.

19. a. Le recourant allègue souffrir d'un état dépressif persistant en lien avec le sinistre assuré, et ce sans produire la moindre pièce à l'appui de ses allégations et sans préciser la date d'apparition de ce trouble psychique.

b. La chambre de céans rappelle que l'intéressé a consulté la Dresse M_____ entre le 16 mars et le 24 mai 2016. Cette psychiatre a uniquement diagnostiqué des antécédents de troubles de l'adaptation, avec une perturbation des émotions, une anxiété et une humeur dépressive, et précisé que le patient était stable, même si une aggravation émotionnelle pouvait être envisagée (cf. rapport du 19 juillet 2016).

Au mois d'août 2016, le recourant a indiqué à un collaborateur de l'intimée que le suivi psychologique avait été organisé à la demande de la CRR, mais qu'il y avait mis un terme après deux séances, car il n'en avait pas besoin (cf. procès-verbal de l'intimée).

Dans ces circonstances, les conclusions du Dr N_____, selon lesquelles il n'existait alors aucune pathologie active sur le plan psychiatrique (cf. rapport du 21 septembre 2016), n'apparaissent pas critiquables.

Par la suite, aucune atteinte psychique n'a été constatée à la CRR, alors que le recourant a bénéficié de suivis spécialisés durant ses prises en charge. Le dernier

rapport relatif au séjour du 12 juillet au 4 août 2017 mentionne d'ailleurs que son moral était resté stable (cf. rapport du 10 août 2017).

Dans le cadre de son opposition, le recourant n'a pas non plus soutenu qu'il présenterait des atteintes à la santé psychique.

En définitive, ce n'est qu'au stade de la présente procédure, soit postérieurement à la décision litigieuse, que l'intéressé a évoqué pour la première fois l'existence d'un trouble dépressif.

c. En l'absence de tout rapport médical venant corroborer les allégations du recourant, la chambre de céans ne peut que constater que l'existence de troubles psychiques au moment du prononcé de la décision sur opposition du 12 décembre 2018 n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

20. Le recourant sollicite des mesures d'instruction complémentaires, en particulier l'audition des médecins des HUG et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

    Il ne se prévaut toutefois d'aucun motif permettant de penser que les investigations menées par l'intimée seraient insuffisantes ou lacunaires. Il ne fait en réalité que substituer sa propre évaluation de sa capacité de travail, qui ne repose sur aucun argument objectif d'ordre médical.

    Eu égard aux conclusions motivées et convaincantes des Drs P_____ et Q_____, fondées sur le dossier complet du recourant, en particulier sur les rapports détaillés de la CRR qui ont été établis à l'issue d'examens médicaux complets et d'observations aux ateliers professionnels, d'autres mesures probatoires apparaissent inutiles.

21. Partant, la chambre de céans tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques.

22. a. S'agissant du degré d'invalidité, bien que le recourant ne fasse valoir aucun grief à l'encontre du calcul de l'intimée, la chambre de céans constate que celui-ci est critiquable à plusieurs égards.

    b. Concernant le revenu avec invalidité, quatre des cinq DPT retenus par l'intimée ne sont clairement pas adaptés à la situation du recourant puisqu'ils précisent qu'une activité à temps partiel n'est pas possible (DPT n° 3745, n° 5787, n° 362411 et n° 7237). De plus, quatre DPT portent sur des postes situés dans le canton de Vaud et éloignés de Genève (96 km pour DPT n° 3745, 40 km pour le DPT n° 5787, 63 km pour le DPT n° 362411, et 59 km pour le DPT n° 7237), ce qui obligerait le recourant à se déplacer en fauteuil roulant et n'apparait ainsi pas exigible.

    Il sera également relevé que le salaire d'invalide a été fixé à CHF 27'858.-, ce qui correspond au 50% du salaire moyen de CHF 55'715.60 selon les DPT. Il s'agit

toutefois des DPT de 2017, alors que le droit à la rente du recourant a pris naissance le 1er mars 2018. L'intimée aurait donc dû indexer le revenu retenu à l'évolution des salaires.

c. Quant au revenu sans invalidité (CHF 72'061.-), il ressort du dossier de l'intimée que cette dernière s'est fondée sur les salaires perçus durant l'année avant le sinistre pour l'activité auprès de C_____ SA (CHF 18'517.-) et sur le salaire horaire convenu auprès de D_____ SA dès le 15 mai 2014, converti sur une année (CHF 51'991.-).

La somme de ces deux montants s'élève toutefois à CHF 70'508.- et l'évolution des salaires qui semble donc avoir été prise en compte est difficilement vérifiable, en l'absence de toute explication.

De surcroît, l'intimée a retenu un salaire horaire de CHF 22.73 pour D_____ SA et une indemnité de 8.30%, alors que le contrat du recourant mentionne clairement que des indemnités pour jours fériés, pour vacances et un 13ème salaire s'ajoutent au revenu de base de CHF 22.73, et que le salaire horaire s'élève à CHF 28.09. Cet employeur a ainsi indiqué un salaire horaire de CHF 28.20 pour 2017.

23. Partant, le degré d'invalidité de 61% retenu par l'intimée ne peut en l'état être confirmé et la décision entreprise doit être annulée sur ce point.

Dans la mesure où les parties ne se sont pas du tout prononcées sur l'application des ESS, la chambre de céans renverra la cause à l'intimée pour qu'elle complète son enquête économique et procède à une nouvelle comparaison des revenus.

24. a. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a reconnu au recourant un taux de 30%, sur la base des conclusions des rapports des Drs P_____ et Q_____.

Le premier a appliqué la table n° 21.2 par analogie au diagnostic de paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10, liée à une myélopathie du cône médullaire sur un polytraumatisme le 6 août 2014, avec des douleurs neurogènes et des troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle (cf. avis du 30 janvier 2017).

Le second a précisé qu'une application schématique de la table 21 pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires pour un stade AIS D n'était pas appropriée, car le jambier et le fléchisseur des orteils gauches étaient les seuls muscles atteints au niveau des membres inférieurs, ce qui représentait le 20% des muscles clés de la classification ASIA (table 21.4). La paraplégie incomplète à prédominance gauche présentée par le recourant, avec une légère boiterie compensée par une attelle anti-step, correspondait à un stade AIS D-E. Étant donné que l'atteinte motrice de l'intéressé était moins grave qu'une paralysie complète du nerf sciatique et plus grave qu'une paralysie du nerf péronier, le taux se situait entre les 10% prévus pour une paralysie du nerf péronier et les 30% prévus pour une paralysie du nerf

sciatique. En tenant compte des symptômes associés, soit les douleurs neurogènes, les troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle, le taux de 30% paraissait justifié (cf. appréciation du 11 décembre 2018).

b. Le recourant pour sa part estime que sa « paraplégie irréversible » justifierait un taux de 100% (cf. écriture du 15 mai 2019).

c. La chambre de céans observe que le taux requis par le recourant, lequel ne se prévaut d'aucune argumentation médicale, correspond à une tétraplégie ASIA de type A-C. Or, l'intéressé souffre d'une paraplégie incomplète de type ASIA D de niveau sensitivomoteur D10. Il ne présente aucune limitation au niveau des membres supérieurs, peut marcher sur de courtes et moyennes distances en utilisant son attelle et des cannes, n'a recourt à un fauteuil roulant que pour les longues distances ou en cas de fatigue, et demeure totalement indépendant pour tous les actes de la vie quotidienne. Sa situation ne saurait être assimilée à celle d'une personne tétraplégique.

Aucun indice ne justifie de s'écarter de l'appréciation des Drs P_____ et Q_____, lesquels ont rédigé leurs avis en pleine connaissance du dossier et ont dûment motivé leurs conclusions.

25. En l'absence de tout élément de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions convergentes des Drs P_____ et Q_____, le taux de 30% retenu par l'intimée peut être confirmé.

26. Eu égard à tout ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et la décision entreprise annulée en ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité.

    Le dossier sera donc renvoyé à l'intimée pour nouveau calcul du droit à la rente, puis nouvelle décision motivée.

27. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 800.- sera accordée au recourant 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]), à charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 décembre 2018 dans le sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour nouveau calcul du droit à la rente, puis décision motivée.
5. Alloue une indemnité de CHF 800.- au recourant, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — Le président

Nathalie LOCHER — Philippe KNUPFER

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