



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4183/2018

ATAS/780/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 septembre 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, 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 ; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. 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 \_\_\_\_\_ Sàrl (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).
2. Le 4 novembre 2012, l'assuré a subi un accident sur une autoroute en Hongrie.
3. 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. L'assuré (roulait en minibus) n'a pas pu l'éviter et il y a eu un accident. Il a 10 côtes cassées, plusieurs contusions, éventuellement d'autres blessures. La police l'a sorti, donc probablement il y a un rapport de police ».
4. Polytraumatisé, l'assuré a été transféré intubé par transport aérien médicalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). 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.
5. La SUVA a pris en charge les suites du cas.
6. Le 1<sup>er</sup> décembre 2012, le fils de l'assuré a rempli un questionnaire, effectué un croquis concernant l'accident et indiqué les coordonnées de la personne qui conduisait. La police hongroise avait été informée de l'événement assuré.
7. 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 Staphylocoque 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. L'assuré devait effectuer des séances de physiothérapie et son incapacité de travail était totale (rapport du docteur C\_\_\_\_\_, médecin interne à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG).
8. Le 28 mars 2013, l'assuré a expliqué qu'entre 4 et 5 heures du matin, il se trouvait à l'avant d'une camionnette qui transportait des passagers sur une autoroute en Hongrie couché à la place du passager et attaché avec sa ceinture de sécurité le long du corps, quand la camionnette a percuté un camion qui sortait d'une voie de repos.

Il ne se souvenait pas exactement du déroulement de l'accident, mais il confirmait n'avoir pas perdu connaissance lors de la collision.

9. Selon l'attestation du 15 avril 2013 de l'entreprise, le salaire perçu par l'assuré de novembre 2011 à octobre 2012 était de CHF 4'000.-.
10. Le 13 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
11. Dans un rapport du 23 mai 2013 adressé à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ 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.
12. Dans un rapport non daté et reçu le 23 août 2013 par l'OAI, le docteur D\_\_\_\_\_, 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. Il lui était difficile de dire en ce moment si l'activité exercée était encore exigible. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% approximativement dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013.
13. Le 26 juin 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était lente, que l'assuré avait mal au bout de 500 m de marche et qu'il présentait une boiterie. Il fallait s'attendre à des douleurs chroniques.
14. Le 2 septembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a notamment rappelé les diagnostics posés et précisé que l'assuré avait subi un accident de voiture avec incarceration.
15. Dans un rapport du 11 septembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ 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. Aucune reprise du travail n'était prévue. Le traitement allait encore durer probablement de trois à six mois au minimum. Il y avait lieu de craindre un dommage permanent sous forme de probables douleurs persistantes au vu de la statique perturbée du bassin et de l'atteinte sacro-iliaque. Il était fort probable que l'assuré subît des limitations, en particulier en position statique, debout ou assise et que le port de charges fût difficile sur de longues durées, respectivement le port de charges importantes sur du moyen à long terme.
16. 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.

L'assuré se plaignant d'acouphènes pulsatiles et de vertiges rotatoires ainsi que d'hypoacousie depuis l'accident, un avis spécialisé avait été demandé. Par rapport du 6 novembre 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après ORL), a noté qu'il n'y avait eu vraisemblablement pas de choc sur la tête, ni perte de connaissance, ni traumatisme crânio-cérébral. A son réveil, l'assuré se plaignait d'acouphènes pulsatiles et de malaises. Le bilan était normal et l'examen ne permettait pas d'objectiver l'acouphène ressenti par l'assuré. Il présentait une presbyacousie compatible avec son âge. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) cérébrale du 12 novembre 2013 ne montrait aucune malformation artériovoineuse ni de lésion post-traumatique.

Par rapport du 7 novembre 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs lombaires basses, de sa sacro-iliaque gauche et de la région inguinale droite. A la suite de son examen et sur la base de l'imagerie, le médecin a conclu que les douleurs lombaires basses pouvaient être expliquées à ce niveau, celles de la sacro-iliaque gauche également et du fait de sa perte de mobilité, cela se répercutait sur le bas du dos, ce qui expliquait les douleurs à la fesse gauche et lombo-sacrées basses, pour lesquelles il n'y avait pas de proposition thérapeutique.

A la suite de l'électroneuromyographie réalisée le 14 novembre 2013, dans un rapport du 21 novembre 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin associé et neurologue FMH, a relevé que l'assuré présentait depuis l'accident des dysparesthésies diffuses des membres supérieur et inférieur gauches, sans déficit sensitivo-moteur. L'examen électronique était rassurant mais révélait une légère altération subjective de la sensibilité tacto-algique ainsi que diffuse au bras et au pied. Mais les neurographies sensitivo-motrices étaient tout à fait normales, tout comme l'EMG. Cet examen ne relevait pas de signe pour une atteinte périphérique, plexulaire ou radiculaire.

Dans un rapport du 3 décembre 2013, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin adjoint et rhumatologue, a posé le diagnostic principal de « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes dans les suites d'un polytraumatisme datant d'une année ». Il a rappelé les diagnostics posés précédemment et a également diagnostiqué des douleurs chroniques thoraciques à gauche et du bassin, une hernie inguinale droite, une presbyacousie bilatérale et une obésité avec un BMI de 35 kg/m<sup>2</sup>. Il n'y avait aucun diagnostic sur le plan psychiatrique et sur le plan neurologique. La hernie inguinale avait été objectivée lors de l'examen clinique. La presbyacousie était compatible avec l'âge. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme faible. Il était très fixé sur ses douleurs et s'autolimitait pour

chaque exercice. Des incohérences avaient été relevées. 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, compte tenu de l'apparition d'une hernie inguinale et de douleurs chroniques du bassin notamment à droite. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était pour le moment défavorable au vu des facteurs médicaux et non-médicaux. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable.

17. Dans un rapport du 23 décembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état santé était resté stationnaire depuis le 19 août 2013. Il a répondu par la négative à la question de savoir si, en cas de troubles psychiques, leur gravité nécessiterait une prise en charge psychiatrique. L'assuré présentait des douleurs après avoir été assis ou debout plus qu'une heure. La capacité de travail était nulle pour l'instant dans l'activité exercée. On ne pouvait pas envisager un retour au travail ultérieurement dans le même métier. Un deuxième avis était bienvenu.
18. Par rapport du 27 mai 2014, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré se plaignait depuis l'accident de paresthésies de type fourmillements aux membres supérieurs localisés sur la face externe des bras, des avant-bras et la face dorsale des mains, prédominant à gauche, et dans les trois derniers doigts, de douleurs à l'omoplate gauche et de cervicalgies. L'assuré se plaignait de douleurs chroniques du membre inférieur gauche avec des crampes dans le mollet gauche ainsi que de douleurs du bassin. Il existait des mouvements involontaires de type secousses de la main gauche. L'assuré notait des sensations de bruits dans la tête prédominant dans la région pariétale, sans réels vertiges. Il notait des troubles de la concentration et des oublis. L'IRM cérébrale révélait une cervicarthrose.

Le médecin a conclu que sur le plan neurologique, l'assuré souffrait d'une cervico-brachialgie et de douleurs du bassin et du membre inférieur gauche accompagnées de troubles de la sensibilité des membres supérieur et inférieur gauches. Elle avait observé des mouvements anormaux de type secousses de l'hémicorps gauche prédominant au niveau de la main gauche. Il ne s'agissait ni d'un tremblement, ni de myoclonies, mais probablement de mouvements anormaux de nature psychogène dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique post-traumatique. L'examen du membre supérieur gauche ne révélait pas d'anomalie de la conduction des nerfs médian et cubital, ni de déficit radiculaire. Il existait également des troubles neuropsychologiques de type troubles de la concentration et de la mémoire anamnestiques, probablement à intégrer dans le syndrome post-traumatique également. Elle proposait d'introduire un traitement antidépresseur.

19. Par rapport du 18 juin 2014, la Dre I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervico-brachialgies et des douleurs du bassin et du membre inférieur gauche post-traumatiques, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire suite à l'accident. A l'examen, elle avait constaté des troubles de la sensibilité du membre

supérieur gauche, et des secousses incontrôlables du bras gauche. Le pronostic était réservé compte tenu de la persistance des troubles (syndrome douloureux, syndrome subjectif post-traumatique) un an et demi après l'accident, mais la situation n'était pas encore stabilisée. Le traitement suivi était la prise d'antalgique et des séances de physiothérapie.

20. Le 12 septembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a transmis une copie du scanner pelvien et d'une échographie pratiqués le 28 février 2014. Selon l'assuré, il était 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.
21. 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. S'agissant de l'entreprise, son fils l'aidait sur le plan administratif sans être rémunéré, de même que son épouse en répondant parfois au téléphone ainsi qu'en lavant les rideaux et les appuie-têtes en tissu. L'entreprise était de moins en moins rentable en raison de la forte diminution du prix des billets d'avion et de la baisse de clientèle due à la crise économique. Au début, elle possédait deux cars de cinquante personnes, puis à partir de 2008 plus qu'un seul. En 2012, afin de réduire les coûts, l'assuré avait vendu son car pour acheter d'occasion un minibus avec onze places. Son principal client était l'agence de son associé en Serbie. Il effectuait des covoiturages avec d'autres amis chauffeurs, à raison d'un à deux voyages par semaine d'une durée variable d'un à trois jours suivant la distance parcourue. Pour chaque voyage, il comptait quatre heures d'entretien de base du véhicule ainsi qu'un temps identique de nettoyage et d'agencement du véhicule. Son revenu annuel s'élevait à CHF 48'000.-. Actuellement, son entreprise était dormante mais il n'avait pas pu se résoudre à la radier du registre du commerce, n'ayant pas encore accepté de ne pas pouvoir reprendre son activité.
22. Le 4 novembre 2014, l'assuré a subi une cure de hernie inguinale bilatérale.
23. Le 15 décembre 2014, l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du 8 décembre 2014 établi par le docteur J\_\_\_\_\_, généraliste FMH. Selon ce dernier, on assistait à une péjoration de l'état général de l'assuré générée par une décompensation de son état psychique prise en charge par un psychiatre. Il a diagnostiqué un épisode dépressif récurrent important.
24. Par décision du 2 février 2015, l'OAI a nié le droit à des prestations d'invalidité.

Suite au recours déposé par l'assuré contre cette décision, par arrêt du 27 janvier 2016 (ATAS/56/2016), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 2 février 2015 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.

25. Le 12 février 2015, un rapport rédigé en hongrois et daté du 26 janvier 2015 a été versé au dossier de la SUVA.
26. Par rapport du 16 février 2015, le docteur K\_\_\_\_\_, 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. Ces manifestations traduisaient une situation dépressive d'incertitude et de précarité psychosociale due au changement brutal survenu dans sa vie depuis 2012.

Ces problèmes psychiatriques importants avaient été entraînés par des manifestations d'ordre somatique, soit une douleur permanente au niveau du bassin dans la région ilio-coxale suite à l'accident, une douleur permanente au niveau abdominal suite à la hernie inguinale et à l'opération en 2014, des troubles neurologiques avec une douleur constante entraînant une diminution de la capacité sensitive et motrice de la jambe gauche et du membre supérieur gauche. Ces problèmes somatiques avaient impacté directement la vie de l'assuré avec une affectation significative de sa sphère psychique. Les limitations adaptatives avaient mené à un stress et aux difficultés morales, intellectuelles, sociales et physiques. Ces aspects renvoyaient à la notion de handicap, condition qui n'avait pas encore été reconnue par les institutions. La non-reconnaissance et la non-validation de sa souffrance avaient aggravé son état moral et psychologique. Le traitement consistait en la prise d'un neuroleptique (Seroquel) et d'un antidépresseur (Valdoxan).

27. Par rapport du 27 mai 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin conseil de la SUVA, a indiqué que le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ faisait principalement état de difficultés adaptatives en lien avec des lésions somatiques qui avaient mené à des difficultés morales et à un état de stress problématique qui n'auraient pas été reconnus par les institutions. Le rapport était incomplet car le médecin ne faisait pas une quantification claire de l'intensité de la dépression, ce qui était indispensable pour pouvoir statuer quant à une éventuelle incapacité. De plus, l'anxiété signalée pouvait être considérée comme normale compte tenu du nombre d'incertitudes dans lequel cet assuré se retrouvait. Ce rapport ne justifiait pas une incapacité de travail.
28. Par rapport du 2 juin 2015, le docteur M\_\_\_\_\_, 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 petit 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+. Le médecin continuait à penser qu'il était trop dangereux d'enlever la plaque de symphyse et qu'elle participait très peu à la symptomatologie du patient. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, il n'y avait pas de geste chirurgical à proposer. S'agissant de la hernie inguinale droite, il convenait que l'assuré revoie son chirurgien.

29. En juin 2015, l'assuré a indiqué que sans la survenue de l'accident, son salaire mensuel aurait été de CHF 4'000.- (versé 12 fois) jusqu'en 2014, et de CHF 4'150.- en 2015.
30. Par rapport du 27 janvier 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs résiduelles au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Il présentait encore une boiterie, des douleurs au niveau des hanches, une boiterie d'épargne et un léger surpoids. Par conséquent, l'assuré allait continuer à être en arrêt de travail jusqu'à ce qu'il soit « souverain en position sûre par rapport à son invalidité ».
31. Le 5 avril 2016, l'assuré a subi une cure de hernies inguinales bilatérales récidivantes à contenu vésical et colique.
32. Le 7 juillet 2016, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et médecin d'arrondissement, a examiné l'assuré. Par rapport du même jour, ce médecin a indiqué que l'assuré avait présenté un accident de la voie publique il y avait trois ans et demi en Hongrie. Une splénectomie et une ostéosynthèse de la symphyse pubienne pour une probable disjonction importante avaient été réalisées, mais les premiers clichés n'étaient pas au dossier. Une plaie à la face externe de la cuisse était également mentionnée. Après transfert aux HUG puis rééducation, l'évolution avait été lentement satisfaisante. Un bilan avait été réalisé à la CRR en octobre 2013 devant la persistance de douleurs et la mise en évidence d'une hernie inguinale post-opératoire. Il avait également été retenu une symptomatologie d'acouphènes pulsatiles et de vertiges pour laquelle le diagnostic de presbyacousie bilatérale avait été retenu. Une tentative d'ablation du matériel d'ostéosynthèse gênante avait été réalisée, mais évaluée comme trop dangereuse. Une réfection du plan pariétal antérieur avait été réalisée. Devant une nouvelle récurrence de hernie, une nouvelle intervention avait eu lieu en avril 2016 avec, à ce jour, un bon résultat au niveau de la paroi. Celle-ci était néanmoins considérée comme fragilisée et en conclusion, le port de charges était très limité.

L'assuré se plaignait toujours de douleurs au niveau sacro-iliaque gauche et au niveau du pubis qui limitaient la déambulation et l'obligeaient à se mobiliser fréquemment et à alterner les positions assise et debout.

En l'absence d'une nouvelle intervention chirurgicale prévue, le cas était considéré comme stabilisé. L'ancienne activité de conducteur de car n'était pas exigible. Dans 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, on pouvait s'attendre à une capacité de travail entière sans baisse de rendement.

S'agissant de la prise en charge ultérieure, une consultation de suivi en orthopédie et une consultation en chirurgie digestive étaient acceptées chaque année, ainsi que le traitement par antalgiques. Une séance de rééducation hebdomadaire chaque semaine pendant une année afin d'encadrer la reprise de l'activité professionnelle, puis une séance mensuelle par la suite étaient également prises en charge.

S'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le médecin a indiqué que l'assuré avait nécessité en urgence une splénectomie et le traitement d'une disjonction pubienne sévère « afin atteinte sacro-iliaque ». Les suites avaient été marquées par la persistance de douleurs sacro-iliaques et de plusieurs interventions nécessaires pour la réfection du plan pariétal antérieur devant une hernie inguinale récidivante. Un taux de 10% était reconnu pour la perte de la rate ainsi qu'un taux de 10% pour les conséquences des traitements de la hernie de la paroi abdominale, celle-ci restant globalement affaiblie. Un taux de 5% était également retenu pour les séquelles fonctionnelles au niveau de l'articulation sacro-iliaque, soit un taux global de 25%.

33. Par pli du 2 août 2016, la SUVA a informé l'assuré de la fin du paiement des soins médicaux, hormis, si besoin, une séance de rééducation hebdomadaire chaque semaine pendant une année afin d'encadrer la reprise de l'activité professionnelle, puis une séance mensuelle par la suite ; si nécessaire, une consultation de suivi en orthopédie et une consultation en chirurgie digestive par année ; ainsi que la prise en charge d'antalgiques. L'indemnité journalière allait être allouée jusqu'au 30 septembre 2016 sur la base d'une incapacité de travail totale. La SUVA allait examiner si les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016 étaient remplies.
34. Le 31 août 2016, l'assuré a été examiné par le Dr L\_\_\_\_\_. 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.

35. Par rapport du 17 octobre 2016, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait indéniablement d'une hernie de la région inguinale droite. En revoyant un 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.
36. Le 27 octobre 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouerait à nouveau les prestations d'assurance.
37. Par rapport du 7 décembre 2016, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'au vu des résultats du spect-CT, les douleurs ne provenaient nullement d'un problème coxo-fémoral puisque les articulations de la hanche ne présentaient ni signe d'arthrose, ni signe d'ostéonécrose. Par contre, il y avait un petit foyer bilatéral au niveau des sacro-iliaques qui étaient déjà partiellement fusionnées. Il n'y avait pas d'origine orthopédique à évoquer pour les douleurs que l'assuré présentait. Ces douleurs étaient liées à une récurrence de hernie.
38. Le 28 avril 2017, l'assuré a indiqué que son salaire aurait été de CHF 4'250.- (versé 12 fois) en 2016 et de CHF 4'300.- (versé 12 fois) en 2017.
39. Le 17 mai 2017, l'OAI a transmis à la SUVA le rapport d'expertise multidisciplinaire établi le 9 mai 2017 par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie de la polyclinique 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 récurrence 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 lombo-sciatalgies gauches d'origine indéterminée et des cervico-brachialgies 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 récurrence de hernie inguinale ; il était en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée un mois après cette chirurgie, en l'absence de complication post-opératoire.

Selon les médecins, l'assuré était allongé sur le siège passager avant du minibus avec un passager à l'arrière, lorsqu'ils avaient été percutés par un camion. L'assuré n'avait pas vu les circonstances de l'accident puisqu'il dormait. Lorsqu'il a été réveillé par l'impact, il était incarcerated avec les membres inférieurs coincés sous le tableau de bord. Il était resté vigilant jusqu'à ce qu'il soit transporté dans l'ambulance. Après qu'on lui ait branché une perfusion, il avait perdu connaissance et ne s'était réveillé à Genève que 12 jours plus tard.

Selon les médecins orthopédistes, docteur R\_\_\_\_\_, spécialisé depuis 2018 en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré présentait, objectivement, une autolimitation globale, des douleurs lombaires basses prédominant dans la musculature para-lombaire gauche sans substrat radiologique identifiable, une boiterie de sous-utilisation du membre inférieur gauche avec non déroulement volontaire du pas et un pas court, des douleurs en lien avec les articulations sacro-iliaques qui étaient le siège d'une arthrose avancée, quasi-arthrodésante, plus marquée à gauche et dont l'origine serait très probablement post-traumatique, des douleurs du pli de l'aîne plutôt en rapport avec une problématique de paroi abdominale dans le cadre d'une cure de hernie inguinale bilatérale avec une récurrence actuelle à droite, la plaque d'ostéosynthèse/stabilisation de la symphyse pubienne n'était que peu impliquée dans les douleurs du pli de l'aîne ; les articulations coxo-fémorales étaient cliniquement très peu douloureuses, radiologiquement saines et ne semblaient pas incriminées dans les douleurs du pli de l'aîne ; les calcifications dans les parties molles présymphysaires pouvaient aussi expliquer les douleurs péripubiennes ; il s'agissait probablement d'une fracture du bassin de type Tile B1 versus une Tile B3. Subjectivement, l'assuré présentait des cervico-brachialgies déficitaires, tant

sur le plan sensitif que moteur, prédominant à gauche, de territoire aspécifique avec un examen électro-neuromyographique du membre supérieur gauche, qui en 2014, ne révélait pas d'anomalie de la conduction des nerfs médian et cubital, ni de déficit radiculaire ; des lombo-sciatalgies gauches déficitaires sur le plan sensitif mais pas clairement sur le plan moteur, de territoire aspécifique.

Avec un membre supérieur gauche, un membre inférieur gauche et une colonne lombaire fonctionnellement limitée, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, ce d'autant plus que l'assuré consommait un neuroleptique. L'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée peu demandeuse en termes de déplacements, de port de charges, avec alternance de position assise et debout, sur des surfaces sèches et régulières. L'activité devait impliquer des déplacements sur de petites distances (inférieures à 1 km), une limitation du port de charges à 3 kg (exigence également de la chirurgie abdominale).

La situation globale était jugée comme stabilisée. Un geste chirurgical pour des lésions objectives, notamment l'arthrose des articulations sacro-iliaques, ne permettrait pas d'améliorer la situation douloureuse au niveau du bassin.

Les cervico-brachialgies gauches et les lombo-sciatalgies gauches étaient en cours d'évaluation (IRM), selon le rapport du neurochirurgien du 27 janvier 2017.

Les médecins confirmaient l'IPAI à 25% (10% pour la splénectomie, 10% pour la persistance d'une hernie inguinale et 5% pour l'arthrose et les remaniements sacro-iliaques).

Selon l'expert rhumatologue, l'assuré présentait une hémicorporalgie gauche chronique, d'étiologie indéterminée (inflammatoire, métabolique, toxique entre autre), survenue dans le décours d'un accident avec notamment fracture du bassin ; les séquelles des lésions traumatiques de l'appareil locomoteur faisant l'objet d'une évaluation orthopédique spécialisée. L'examen était pauvre, non contributif, parasité par un comportement douloureux. Les douleurs n'étaient pas explicables par un modèle biomédical ou une maladie ostéo-articulaire spécifique. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle pour une activité physiquement légère, ne nécessitant pas de maintien de position statique prolongé, ni de soulèvement de charge.

Selon la neuropsychologue, Madame T\_\_\_\_\_, l'assuré présentait un ralentissement au 1<sup>er</sup> plan auquel s'associaient des signes de fléchissement exécutif, attentionnel et mnésique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, car le ralentissement associé aux troubles exécutif étaient de nature à contre-indiquer la conduite automobile. Dans une activité adaptée, une capacité de travail de 80% pouvait être attendue.

Selon l'expert psychiatre, l'assuré présentait, sans répercussion sur sa capacité de travail, une dysthymie (F34.1) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). L'assuré se plaignait d'une augmentation de l'appétit, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil, une fatigue, une

légère irritabilité et une humeur en dents de scie. Lors du séjour à la CRR, les spécialistes avaient relevé plusieurs incohérences cliniques, avec des comportements d'autolimitation et un enkystement dans le vécu douloureux. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évaluation clinique avait été parasitée par un sujet légèrement agité et démonstratif, qui livrait une anamnèse fruste, avec peu d'implication et de motivation. La collaboration était rapidement apparue douteuse. Il y avait un écart entre l'humeur exprimée et l'humeur observée et l'assuré n'était aucunement ralenti sur le plan psychomoteur, ce qui serait observé dans les dépressions moyennes à sévères. On ne retrouvait pas d'autre symptôme cardinal de dépression comme la dévalorisation, un sentiment de culpabilité, une anhédonie, une perte d'appétit ou de graves troubles du sommeil. Le diagnostic de dysthymie était retenu. S'agissant des plaintes somatiques, si l'on estimait que celles-ci s'écartaient d'un modèle bio-médical, on ne se trouverait pas dans le contexte d'un syndrome douloureux somatoforme ou apparenté. L'assuré s'exprimait sur un ton dramatique et démonstratif. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques était retenu. Il y avait des incohérences sur le plan psychiatrique, qui ne permettaient pas de conclure à une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Cette situation ne générait pas de limitations fonctionnelles suffisantes pour abaisser la capacité de travail. L'assuré n'était pas désorganisé dans sa pensée et ne manifestait pas de troubles cognitifs suffisants pour ne plus pouvoir répondre à des tâches simples. La persistance des douleurs quatre ans après l'accident sans substrat anatomique prépondérant s'inscrivait dans un contexte psychopathologique particulier chez un expertisé qui avait frôlé la mort, avait perdu son activité professionnelle et se figeait dans une attitude de revendication. Comme le Dr L\_\_\_\_\_, l'expert était d'avis que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles somatiques.

40. Le 18 mai 2017, le Dr N\_\_\_\_\_ a souligné que pour la partie orthopédique, le Dr S\_\_\_\_\_ mentionnait, sous réserve d'une activité adaptée, une exigibilité entière. La limitation de la capacité de travail à 80% était en rapport avec des troubles neuropsychologiques.
41. Le 21 juin 2017, l'assuré a subi une cure de récurrence de hernie inguinale droite et une cure d'événement sus-pubienne par tomie avec filets ainsi qu'une résection de séquestres osseux intra-abdominal (rapport du docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et digestive).
42. Par rapport du 20 septembre 2017, le Dr U\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était satisfaisante avec une bonne amélioration de la force de la paroi abdominale et une absence de récurrence herniaire. La cicatrisation était bonne. La symptomatologie semblait petit à petit s'améliorer avec toutefois de discrètes douleurs résiduelles au bas du ventre, lors des efforts, mais clairement en diminution par rapport à la situation per-opératoire.

---

43. Par rapport du 27 novembre 2017, le docteur V\_\_\_\_\_, 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. Purement syndromiques (« fléchissement exécutif, attentionnel et mnésique), les constatations de la neuropsychologue ne permettaient pas de se prononcer sur l'étiologie. Les conclusions de Mme T\_\_\_\_\_ ne pouvaient pas être maintenues sous l'angle de la causalité applicable en assurance-accidents.

44. Le 5 décembre 2017, le docteur W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a rendu un rapport suite à l'examen final de l'assuré du 1<sup>er</sup> novembre 2011. 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'aile 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. Une consultation de suivi orthopédique et une consultation de la douleur par année étaient prises en charge. S'agissant de la chirurgie digestive, un contrôle final à une année pouvait être alloué. La rééducation en physiothérapie pouvait être stoppée. Il n'y avait pas de modification s'agissant de l'atteinte à l'intégrité.

45. 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.

46. Le 19 janvier 2018, l'assuré a fait 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 sollicitait la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 avril 2018.

L'assuré a transmis à la SUVA :

- un rapport du 8 octobre 2017 du docteur X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, diagnostiquant des lombo-sciatalgies 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. Selon le médecin, qui avait fait faire une IRM de la colonne lombaire et du bassin, une ankylose de la sacro-iliaque gauche avait été objectivée et l'examen n'excluait pas une spondylarthrite. Une lombalgie chronique sur dysfonction pouvait également être associée vu le déconditionnement physique. Une investigation était en cours pour un éventuel syndrome inflammatoire. Un consilium neurologique était en attente chez la Dresse I\_\_\_\_\_ à la recherche d'une éventuelle atteinte radiculaire aux membres inférieurs après le polytraumatisme. S'agissant du rapport d'expertise de la PMU, il relevait que le pronostic ne pouvait pas être bon en raison des éléments susmentionnés suite au polytraumatisme ; il se demandait comment la capacité de travail pouvait être à 80% dans un travail adapté et en même temps réduite de 25% et quelles étaient les mesures professionnelles qui pourraient améliorer la capacité de travail ;
- un rapport du 23 octobre 2017 du docteur Y\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant qu'au niveau radiologique, on retrouvait une arthrose sacro-iliaque (spect-CT du 15 novembre 2016) et le matériel d'ostéosynthèse en place au niveau de la symphyse pubienne. Il proposait une IRM de la colonne cervicale et lombaire et un US de l'épaule gauche ;
- un rapport du 31 octobre 2017 du Dr D\_\_\_\_\_ 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 connu depuis longtemps et déjà mis en évidence par l'examen neurologique et l'examen du docteur Z\_\_\_\_\_. A l'examen radiologique, il y avait une arthrose sacro-iliaque. Il

pensait que son cas allait empirer avec le temps et une accentuation de l'arthrose. Il était difficile d'envisager que l'assuré reprenne un métier quelconque sans une réinsertion professionnelle ;

- par rapport du 6 novembre 2017, la doctoresse AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué 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 ;
- par rapport du 28 novembre 2017, la Dresse AA\_\_\_\_\_ a indiqué 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 qui se traduisaient par une ankylose au niveau de la partie supérieure de l'interligne articulaire et par des érosions comblées par un tissu fibreux dans la moitié inférieure de l'interligne articulaire. Il y avait une ossification partielle du ligament sacro-iliaque à droite.

L'atteinte sévère de l'interligne articulaire sacro-iliaque gauche restait d'origine indéterminée et d'interprétation plus difficile vu l'ancien contexte post-traumatique important de l'assuré : soit il s'agissait de séquelles apparues suite à la fracture du bassin ou d'une spondylarthrite ankylosante apparue suite à l'ancien traumatisme avec atteinte élective des sacro-iliaques, ce qui expliquait le syndrome douloureux chronique.

47. La SUVA a soumis ces rapports au Dr W\_\_\_\_\_, lequel a, dans un avis du 30 janvier 2018, estimé qu'ils ne modifiaient pas son appréciation. L'état était stabilisé, dans le sens où l'on n'attendait pas d'amélioration de l'état, par un quelconque traitement. Les limitations fonctionnelles étaient établies et une exigibilité entière était donnée. S'agissant du rachis cervical et de l'état inflammatoire lié à une suspicion de spondylarthrite ankylosante, ces atteintes n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.
48. Le 31 janvier 2018, la SUVA a informé l'assuré des conclusions du Dr W\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la mise en œuvre des mesures de réinsertion professionnelle était de la compétence de l'assurance-invalidité. Les termes de son courrier du 3 janvier 2018 étaient maintenus.
49. Par rapport du 6 mars 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen ENMG des membres supérieurs ne montrait pas d'anomalie, notamment pas d'argument pour une atteinte du nerf ulnaire gauche. Les neurographies des nerfs médians et radiaux étaient normales. Il n'y avait pas de signe d'atteinte radiculaire. Il n'y avait pas

---

d'argument clinique, ni électrophysiologique pour un syndrome de défilé thoracique.

50. Par avis du 9 avril 2018, le Dr W\_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ ne modifiait pas l'exigibilité : il n'y avait pas d'atteinte neurologique périphérique, ni de signe pour un défilé thoracique.
51. Dans un document interne daté du 2 août 2018, la SUVA a recensé trente-et-un postes compatibles, selon elle, avec les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient respectivement à CHF 45'500.-, CHF 78'000.- et CHF 61'128.-. Parmi eux, la SUVA a retenu cinq descriptions de postes de travail (ci-après DPT) dans les cantons de Genève, Fribourg et Vaud, soit celles de chauffeur de minibus (n° 7398), employé impression et découpe (n° 10880875), montage, câblage (n° 2260), affûtage (n° 5787) et ouvrier (n° 11553). En 2018, le revenu moyen tiré des cinq activités précitées était de CHF 59'968.- par année.
52. Par décision du 3 août 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.
53. Par décision du 16 août 2018, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> 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.

Le recours interjeté par l'assuré contre cette décision auprès de la chambre de céans a été enregistré sous la procédure n° A/3267/2018.

54. Le 11 septembre 2018, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité compte tenu des séquelles accidentelles. Il reprochait au Dr W\_\_\_\_\_ de ne pas avoir tenu suffisamment compte de la symptomatologie douloureuse liée aux séquelles orthopédiques et rhumatologiques et il estimait que les troubles psychiatriques entraînaient des répercussions sur sa capacité de travail. Par ailleurs, la situation ne pouvait être considérée comme stabilisée dans la mesure où au mois de juin 2017, il avait subi une quatrième cure de hernie inguinale. Il reprochait également à la SUVA de ne pas avoir pris en compte les dernières investigations médicales de novembre 2017. En outre, les salaires sans et avec invalidité retenus par la SUVA en 2016 étaient

supérieurs à ceux retenus par l'OAI et un abattement de 25% aurait dû être appliqué,

55. Par décision sur opposition du 25 octobre 2018, la SUVA a maintenu sa position. Il ressortait de l'appréciation du Dr W\_\_\_\_\_, qu'en présence d'un état de santé stabilisé, dans le sens où l'on n'attendait pas une amélioration de l'état, il était objectivement exigible de la part de l'assuré, en tenant compte des seules séquelles accidentelles, l'exercice en plein d'une activité évitant les déplacements sur une grande distance et le port de charges excédant 3 kg, mais permettant en revanche l'alternance des positions de travail.

La Dresse I\_\_\_\_\_ avait exclu, en mars 2018 une atteinte neurologique concluant expressément que l'examen ENMG des membres supérieurs ne montrait pas d'anomalie. Le Dr U\_\_\_\_\_ avait rapporté une évolution satisfaisante avec une bonne amélioration de la force de la paroi abdominale et une absence de récurrence herniaire, avec une bonne cicatrisation (rapport du 20 septembre 2017). Par ailleurs, de l'avis du Dr W\_\_\_\_\_, les troubles au rachis cervical (état inflammatoire lié à une suspicion de spondylarthrite ankylosante et discopathies étagées C5-C6 et C8-C7) n'étaient pas en relation de causalité pour le moins vraisemblable avec l'accident. Ce médecin avait admis que l'activité de chauffeur de bus n'était plus exigible. Dans son appréciation du 27 novembre 2017, le Dr V\_\_\_\_\_ avait considéré que sans 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 dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire de l'AI n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, respectivement qu'ils n'engageaient pas l'assurance-accidents. Au surplus, il avait affirmé que les résultats de l'expertise neuropsychologique étaient difficiles à interpréter en raison de leur hétérogénéité et du peu de motivation de l'assuré. Purement syndromiques (« fléchissement exécutif, attentionnel et mnésique »), le Dr V\_\_\_\_\_ avait constaté finalement que les constatations de la neuropsychologue ne permettaient pas de se prononcer sur leur étiologie.

Le Dr L\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de dysthymie (F34.1). La capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques. L'expert psychiatre mandaté par l'OAI s'était rallié à la position du Dr L\_\_\_\_\_. On pouvait laisser ouverte la question de la causalité adéquate des troubles psychiques existant avec l'accident assuré, lequel était de gravité moyenne au sens strict, sans être à la limite avec les accidents graves, dans la mesure où les troubles psychiques retenus en relation de causalité naturelle avec l'accident n'entraînaient pas une incapacité de travail dans une activité adaptée.

En outre, les experts mandatés par l'OAI avaient globalement rejoint l'exigibilité émise par le Dr W\_\_\_\_\_. Ce dernier avait disposé d'un dossier suffisamment complet pour se déterminer en toute connaissance de cause. L'avis global du Dr W\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante, quoi qu'en disait l'assuré. En particulier, il n'y avait pas lieu de retenir une capacité de travail de 80% dans une activité

---

adaptée, pour d'éventuels troubles neuropsychologiques, en l'absence d'une lésion cérébrale objectivable survenue au moment de l'accident ou dans ses suites immédiates. Les constatations médicales et les conclusions des Drs W\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ atteignaient un degré de vraisemblance prépondérante, de sorte qu'il convenait de se fonder entièrement sur celles-ci et d'autres mesures d'investigations n'étaient pas nécessaires.

Compte tenu des restrictions engageant la responsabilité de la SUVA, le revenu d'invalidité était fixé à CHF 59'968.-, en se fondant sur les données salariales résultant des DPT. Il n'y avait pas d'éléments justifiant que l'on écarte du dossier l'une des DPT retenues qui englobait sans conteste des activités très légères et alternées et il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement sur ce revenu. Quoiqu'il en soit, même en se fondant sur les ESS, et en tenant compte d'un abattement de 10% maximum, le revenu d'invalidité devrait être fixé à CHF 60'709.20, soit à un niveau supérieur à celui retenu dans la décision contestée.

S'agissant du salaire sans invalidité, il avait été fixé à CHF 51'600.- (4'300.- x 12), selon les informations fournies par l'assuré lui-même, associé gérant avec signature individuelle de B\_\_\_\_\_ Sàrl. Le fait que l'OAI ait retenu un gain de valide plus bas ne pouvait modifier l'issue de la procédure.

La comparaison des gains ne laissait pas apparaître une perte économique atteignant le seuil légal de 10%. Partant, les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées à satisfaction de droit.

56. Le 22 novembre 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge un contrôle annuel par un orthopédiste et un traitement médicamenteux antalgique.
57. Par acte du 26 novembre 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son audition et à celle de la Dresse I\_\_\_\_\_, des Drs D\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, neurologique et psychiatrique.

Le recourant a relevé que l'intimée avait exclu toute atteinte neurologique invalidante. Or, les examens cliniques avaient démontré un déficit sensitivomoteur dans l'hémicorps gauche avec pour conséquence une diminution de la force musculaire au niveau du membre supérieur gauche jusqu'à la main et décharge au niveau des doigts, d'une part ainsi qu'une diminution de la force au niveau de la jambe gauche jusqu'au pied avec des fourmillements sur le territoire de la trajectoire de L5 et S1, d'autre part. Sous l'angle rhumatologique et ostéo-articulaire, le dossier radiologique avait mis en évidence des discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7 responsables de la symptomatologie clinique ainsi qu'une ankylose de la sacro-iliaque gauche. Alors que ces atteintes étaient lourdement incapacitantes et cliniquement objectivables, le Dr W\_\_\_\_\_ les avait considérées sans rapport de causalité pour le moins vraisemblable avec l'accident.

Cette appréciation n'était pas soutenable. Par ailleurs, la sévérité du syndrome douloureux chronique, qu'il soit apparu suite à la fracture du bassin provoquée par l'accident ou suite à la spondylarthrite ankylosante secondaire à l'accident, trouvait son origine dans l'accident et ce même si le radiologue estimait d'origine indéterminée la sévérité de l'interligne articulaire sacro-iliaque gauche. Le lien de causalité naturel et adéquat était flagrant. Le recourant ne s'expliquait pas pour quelles raisons les lombo-sciatalgies et cervico-brachialgies gauches seraient d'origine indéterminées, alors qu'elles étaient apparues consécutivement à l'accident. Le recourant reprochait également à l'intimée d'avoir écarté tout argument en faveur d'une lésion cérébrale résultant de l'accident. Les troubles cognitifs objectivés avaient motivé l'introduction d'un traitement neuroleptique et antidépresseur et donné lieu au retrait de son permis de conduire. Nier tout lien de causalité entre les troubles cognitifs objectivés dans l'expertise multidisciplinaire et l'accident au motif qu'il aurait fait preuve de peu de motivation et de collaboration dans le cadre de l'expertise, ne suffisait pas à exclure un tel lien.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic retenu par le Dr L.\_\_\_\_\_ divergeait de l'appréciation du psychiatre-traitant. Il était vrai que le recourant se plaignait d'une importante symptomatologie douloureuse, mais ses plaintes physiques étaient réelles et objectivement documentées par IRM et ne sauraient être interprétées comme constituant des comportements de majoration des symptômes. La symptomatologie psychiatrique s'inscrivait dans le cadre d'un état dépressif réactionnel à l'accident, qui devait être considéré de gravité moyenne, à la limite des accidents graves. Les problèmes d'acouphènes avec perte auditive, décrits comme secondaires à l'accident, s'inscrivaient précisément dans le cadre de l'atteinte psychiatrique.

Ainsi, le recourant présentait une symptomatologie orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique secondaire à l'accident entraînant des limitations fonctionnelles significatives et incompatibles avec la reprise de toute activité professionnelle.

Malgré cela, l'intimée était d'avis que le recourant aurait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Selon l'intimée, l'activité de chauffeur minibus serait adaptée, alors que le recourant avait fait l'objet d'un retrait de permis de conduire. Pour ce seul motif, la DPT retenue par l'intimée devait être écartée. En outre, l'activité de gestionnaire de production exigeait l'usage fréquent des deux mains, alors que le recourant accusait un important déficit au niveau du membre supérieur et de la main gauche. Elle exigeait aussi le maintien fréquent de positions assise et debout, ce qui était incompatible avec l'alternance des positions exigées. Cela était également le cas pour le poste de collaborateur de production dans le montage et le câblage ainsi que de l'affûtage. S'agissant de l'activité de rectifieur, le maintien de position debout ou assise, sans possibilité d'alterner de position était trop contraignant. En outre, les cinq DPT nécessitaient une certaine attention et concentration, ce qui faisait défaut en l'espèce.

---

La capacité de travail sur le plan purement médico-théorique retenue par l'intimée faisait totalement abstraction des compétences spécifiques du recourant et de la nécessité pour ce dernier de pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle, elle ne tenait pas compte de l'incapacité effective de déplacement, de mouvements et de marche dans la pratique de l'activité professionnelle. L'appréciation de sa capacité de travail médico-théorique ne tenait pas compte de la réalité des douleurs au niveau lombaire et du bassin, ni du ralentissement psychomoteur qui avait un impact direct sur le rendement.

Le recourant a produit notamment une décision du 22 mars 2018 du Service cantonal des véhicules prononçant le retrait de son permis de conduire de transport professionnel de personnes.

58. Par réponse du 4 février 2019, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours. Le recourant critiquait les conclusions médicales sur lesquelles elle s'était basée pour arrêter sa décision. Pourtant, il ne produisait aucun nouveau rapport. Il n'avait pas non plus contesté le taux de 25% de l'IPAI. L'intimée ne voyait donc pas quels griefs permettraient d'invalider la valeur probante des appréciations médicales concernant l'exigibilité, ni pour quelles raisons des investigations complémentaires s'imposeraient. On ne pouvait suivre le recourant lorsqu'il alléguait que son état de santé n'était pas stabilisé.

S'agissant de la critique des choix des DPT retenues, et en particulier l'activité de chauffeur de minibus (DPT n° 7398), l'intimée produisait une nouvelle DPT d'employé au polissage (n° 10600919) qui ne modifiait pas le résultat sur le plan salarial. Les quatre autres DPT ne pouvaient être écartées puisqu'elles respectaient les trois limitations fonctionnelles de l'exigibilité arrêtées, soit le changement de position, l'interdiction de port de charges au-dessus de 3 kg et pas de déplacement de longue distance. Quoi qu'il en soit, même si l'on devait se référer aux ESS, il n'y aurait pas de perte économique atteignant le seuil légal de 10%, et ce même en appliquant l'abattement maximal de 25%, pourtant injustifié en l'espèce.

59. Par réplique du 7 mars 2019, le recourant a fait valoir qu'au vu de l'importance des limitations fonctionnelles et des douleurs permanentes, l'incapacité de travail et de gain étaient justifiées. L'intimée ne pouvait se passer de mettre en œuvre une tentative de reconversion professionnelle. Celle-ci se justifiait d'autant plus que les activités proposées par l'intimée ne tenaient pas compte de la complexité des atteintes à la santé du recourant et de l'influence du trouble psychique sur sa capacité de gain.

A l'appui de ses arguments, le recourant a versé à la procédure :

- un rapport du Dr D \_\_\_\_\_ du 24 avril 2018, selon lequel le recourant présentait encore des douleurs à la marche, des douleurs à la station assise prolongée et à la mobilisation. Etant donné les limitations présentées par le recourant, une activité adaptée était difficilement réalisable du point de vue pratique ;

---

- un rapport du 22 juin 2018 du docteur AB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, diagnostiquant une cervico-brachialgie gauche présente depuis 2012 à la suite d'un gros accident de la route liée à une sténose récessale cervicale C5-C6 et C6-C7 gauche. Suite à l'accident, le recourant était resté longtemps dans le coma et gardait des séquelles avec une difficulté à mobiliser son bras et sa jambe gauche. Il consultait pour un problème de douleurs et paresthésies irradiant dans le bras gauche surtout dans l'index et le majeur qu'il présentait depuis l'accident. A l'examen clinique, 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, qui pouvait, de l'avis du Dr AB\_\_\_\_\_, très bien expliquer la problématique de la cervico-brachialgie. Il avait expliqué au recourant qu'il s'agissait d'un problème dégénératif de sténose récessale aux niveaux C5-C6 et C6-C7 qui pouvait expliquer la symptomatologie des cervico-brachialgies. 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 K\_\_\_\_\_ du 10 novembre 2018, selon lequel le recourant présentait une humeur dépressive sans irritabilité, une diminution d'intérêt ou de plaisir pour la vie, une diminution de l'énergie avec fatigue physique et psychique, à cause des douleurs permanentes et des efforts liés à la recherche de positions antalgiques, des troubles du sommeil qui restait agité et perturbé par les ruminations négatives ou les cauchemars, ainsi qu'une attitude pessimiste face à l'avenir et à l'incertitude. Le recourant remplissait les critères de d'épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1). Sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Le traitement consistait en la prise d'un neuroleptique (Seroquel) et d'un antidépresseur (Trittico).

60. Par duplique du 23 mai 2019, l'intimée a rappelé que le recourant avait fait l'objet d'un examen final par le médecin d'arrondissement le 12 juillet 2016 et d'une expertise psychiatrique auprès du Dr L\_\_\_\_\_ le 31 août 2016, puis d'un nouvel examen auprès du médecin d'arrondissement le 1<sup>er</sup> novembre 2017, puis d'une appréciation neurologique par le Dr V\_\_\_\_\_ le 27 novembre 2017, ainsi que deux appréciations complémentaires du médecin d'arrondissement les 29 janvier et 9 avril 2018. En substance, il avait été conclu à la stabilisation du cas, dans le sens où une amélioration de l'état ne pouvait plus être attendue, et à une exigibilité avec pleine capacité de travail dans une activité tenant compte de certaines limitations. Quant aux critiques du recourant quant à sa réinsertion professionnelle, cette question ne relevait pas des obligations légales de l'assurance-accidents obligatoire. L'intimée avait soumis les nouveaux rapports produits par le recourant aux Drs V\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.

Selon le rapport du Dr V\_\_\_\_\_ du 2 avril 2019, versé à la procédure, les constatations de la Dresse I\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 mars 2018 étaient

---

superposables à celles du 27 mai 2014. L'absence d'amyotrophie et de fasciculations musculaires parlaient contre une lésion nerveuse périphérique. La neurographie des grands troncs nerveux des membres supérieurs ne retrouvait pas non plus d'anomalie, de sorte qu'une lésion organique n'était pas objectivée. Le Dr V\_\_\_\_\_ a rappelé que s'agissant des secousses de l'hémicorps gauche à prédominance au niveau de la main gauche, la Dresse I\_\_\_\_\_ avait supposé, dans son rapport du 27 mai 2014, qu'il s'agissait de mouvements anormaux de nature psychogène. S'agissant du rapport du Dr AB\_\_\_\_\_, ses conclusions étaient contradictoires. D'une part, il affirmait que la faiblesse des membres supérieur et inférieur gauches serait en lien de causalité avec l'accident, d'autre part, il indiquait que l'IRM cervicale du 6 novembre 2017 présentait une pathologie dégénérative qui pouvait très bien expliquer la cervico-brachialgie gauche. Sur le plan neurologique, le Dr V\_\_\_\_\_ rappelait qu'une sténose récessale sans sténose du canal rachidien cervical et sans pathologie de la moëlle épinière n'était pas susceptible de causer une faiblesse du membre inférieur gauche. Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ avait fait des recommandations quant à la réinsertion professionnelle sans se prononcer sur la question du taux de la capacité de travail et de l'exigibilité. En conclusion, les rapports présentés par le recourant ne contenaient pas d'élément nouveau susceptible de modifier la position de l'intimée.

Selon un rapport du 15 mai 2019, versé à la procédure, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué qu'au vu de l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_, l'atteinte psychique était secondaire et réactionnelle. Il a rappelé avoir décrit des autolimitations et le psychiatre expert avait noté la présence d'une discordance entre l'humeur exprimée et l'humeur observée. Ces aspects faisaient évoquer de très probables incohérences qui rendaient l'évaluation de l'intensité du trouble thymique particulièrement difficile. Le Dr K\_\_\_\_\_ ne précisait pas si la dysphorie était stablement installée ou non, le reste de l'évaluation ne reposant que sur du subjectif et qui n'était pas clairement décrit dans le status. Par ailleurs, une dépression d'intensité moyenne ne justifiait pas une incapacité de travail totale, elle permettait au moins d'avoir une activité à temps partiel, soit à 50% voire plus. Le Dr L\_\_\_\_\_ maintenait par conséquent ses précédentes conclusions.

61. Le 13 juin 2019, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure AI A/3267/2018 à la présente procédure.
62. Il résulte notamment des pièces figurant dans la procédure AI A/3267/2018 que :
  - dans un rapport du 10 mai 2015, le Dr K\_\_\_\_\_ a constaté chez le recourant une humeur dépressive sans irritabilité qui n'était pas présente toute la journée, une diminution d'intérêt ou de plaisir pour la vie, une énergie (ou élan vital) diminuée avec fatigue physique et psychique, des troubles du sommeil avec des ruminations négatives et des cauchemars, une attitude pessimiste face à l'avenir et à l'incertitude. Le recourant était fatigué car les difficultés et les douleurs permanentes ainsi que les efforts pour la recherche de positions antalgiques l'épuisaient. Il présentait également une anxiété constante sous forme de

---

crainte, tension due au sentiment d'insécurité et d'incertitude avec la présence permanente d'acouphènes. Les symptômes retenus dépassaient les deux semaines nécessaires pour poser le diagnostic d'épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1) selon la CIM-10. Les troubles somatiques ainsi que la douleur quasi permanente et aiguë (cinq critères sur neuf) expliquaient sa problématique. Ces critères permettaient de considérer sa dépression comme une maladie survenue secondairement aux problèmes d'ordre somatique. Les troubles physiques avaient entraîné un état de dépression qui durait depuis longtemps. La douleur entraînait un état d'anxiété et de vigilance qui consommait beaucoup de ressources et d'énergie. Si la douleur était aiguë ou grande, si elle durait, l'organisme se fatiguait et s'épuisait. Le cerveau diminuait ainsi ses performances en étant concentré sur la douleur et sur toutes les manœuvres antalgiques possibles. Au vu de l'effet dépressogène permanent de la douleur et de l'affectation délétère des fonctions cognitives, la capacité de travail du recourant était nulle dans tous les types d'activité ;

- par pli du 28 juin 2017, les Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont précisé qu'à la date de l'expertise, ils avaient considéré que du point de vue orthopédique, la situation médicale du recourant était stabilisée au vu du rapport du Dr N\_\_\_\_\_. Les experts rejoignaient l'avis de ce dernier concernant les limitations fonctionnelles et l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Vu que la troisième chirurgie de hernie inguinale n'était pas programmée dans l'immédiat, ils avaient considéré que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée du point de vue orthopédique, au plus tôt le 7 juillet 2016. A partir de cette date, en prenant en compte les résultats des tests neuropsychologiques, la capacité de travail du recourant était de 80% dans toute activité adaptée ;
- le 3 août 2017, la Dresse AC\_\_\_\_\_ du SMR, a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 4 novembre 2012 et de 80% dans une activité adaptée dès le 7 juillet 2016, avec les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout ; port de charges de maximum 3 kg ; pas de travaux lourds ; nécessité de travailler sur des surfaces sèches et régulières ; marche inférieure à 1 km ; pas de travail nécessitant une attention soutenue ni de vitesse d'exécution ;
- le 10 janvier 2018, le docteur AD\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé que tous les éléments retenus par les examens complémentaires (notamment IRM des 6 et 28 novembre 2017) étaient connus et les rapports des Drs D\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'élément nouveau. Le rapport du SMR du 3 août 2017 était confirmé ;
- par rapport du 6 décembre 2018, le Dr Y\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic posé par le Dr AB\_\_\_\_\_, soit des cervico-brachialgies gauches depuis 2012 suite à l'accident, liée à une sténose récessale cervicales C5-C6 et C6-C7 à gauche. Le recourant avait suivi un traitement et sa situation s'était améliorée partiellement

du point de vue des douleurs ; il présentait toujours des douleurs irradiées dans le membre supérieur gauche dans certaines positions ainsi que des paresthésies et la mobilisation de l'épaule gauche restait limitée ;

- le 11 février 2019, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle ;
- à la demande de la chambre de céans, les Drs D\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_, X\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ se sont notamment déterminés sur les conclusions de l'expertise de la PMU :
  - par rapport du 15 mars 2019, le Dr X\_\_\_\_\_ 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 lombo-sciatalgies 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 D\_\_\_\_\_ a indiqué être d'accord avec les diagnostics et les limitations fonctionnelles posés par les experts de la PMU. Selon lui, le recourant 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 Y\_\_\_\_\_ a relevé que les diagnostics de la PMU n'étaient pas complets étant donné que le recourant 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 K\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1). Il a expliqué les raisons pour lesquelles il n'était pas d'accord avec les diagnostics de dysthymie et de

majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les médecins n'avaient pas tenu compte du fait que les manifestations psychiatriques étaient survenues secondairement aux affections médicales suite à l'accident et non pas de manière indépendante. C'était ce qui faisait toute la différence. La dysthymie devait être le résultat d'une humeur dépressive sans cause somatique ou sans perturbation organique. Cette condition contredisait le diagnostic de dysthymie. Le recourant présentait un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) dû à une affection médicale générale (le polytraumatisme). Le Dr K\_\_\_\_\_ n'était pas non plus d'accord avec le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Ce diagnostic pouvait se poser dans le cas de pathologies somatiques mineurs avec des plaintes psychologiques majeures ou disproportionnelles. Or, le recourant avait subi un accident grave avec des polytraumatismes et avec plusieurs interventions chirurgicales ayant laissé des séquelles objectivables. Le Dr K\_\_\_\_\_ a ensuite 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 ;

- par rapport du 27 mai 2019, le SMR a rappelé qu'il avait suivi les conclusions des experts de la PMU et que vu la stabilisation de l'état de santé dès juillet 2017 selon le médecin d'arrondissement de la SUVA, il avait considéré qu'à partir de cette date la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée. Par ailleurs, le SMR estimait que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 19 mars 2019 ne modifiait pas son appréciation de la capacité de travail. En outre, le Dr X\_\_\_\_\_ était d'accord avec l'évaluation faite par les experts de la PMU quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles et celles indiquées par le Dr Y\_\_\_\_\_ étaient les mêmes que celles retenues par les experts. L'atteinte à l'épaule gauche avait en outre été prise en compte par l'expert. Enfin, le Dr K\_\_\_\_\_ ne fournissait aucun élément clinique objectif permettant de poser le diagnostic de dépression d'intensité moyenne. L'absence d'un traitement lege artis (psychotropes) ne parlait pas en faveur d'un épisode de dépression d'intensité moyenne. Les médecins susnommés estimaient qu'aucune capacité de travail ne serait exigible dans une activité adaptée car ils ne voyaient pas quelle activité pourrait être exercée. Aucun médecin ne faisait état d'éléments médicaux objectifs qui n'avaient pas été pris en compte par les experts de la PMU.

63. Par écriture du 27 juin 2019, le recourant a fait valoir notamment que tant la décision prise par l'intimée que celle prise par l'OAI reposaient sur une instruction

---

incomplète quant à la mise en valeur de la capacité de travail retenue sur le marché du travail.

64. Par pli du 28 juin 2019, l'intimée a relevé que l'OAI avait retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 7 juillet 2017 et avait refusé de lui octroyer une rente d'invalidité étant donné que la perte de gain s'élevait à 7.9 %. Par conséquent, le dossier AI permettait de confirmer le bien-fondé de la décision litigieuse, à savoir que le recourant n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.
65. Par arrêt de ce jour, la chambre de céans a, dans la procédure opposant le recourant à l'OAI (A/3267/2018), admis partiellement le recours, annulé la décision du 16 août 2018 en tant qu'elle limite le droit du recourant à une rente d'invalidité au 31 octobre 2016 et lui refuse l'octroi de mesures d'ordre professionnel, et renvoyé la cause à l'administration pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.
66. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> 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 de la recourante 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.
4. 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]). Interjeté dans la

---

forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité de la part de l'intimée.
6. 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. 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).

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

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait

considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

7. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans

---

l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

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).

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 LPG), 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. A 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).

9. a. 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).

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. 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. Etant 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).

d. 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).

e. 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 52; 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).

f. 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. A 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. 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).
11. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 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).

12. a. En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée, en se fondant sur les conclusions des Drs W\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, a retenu qu'en raison des atteintes causées par l'accident, le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce que ce dernier conteste.

Il n'est pas contesté par les parties que suite à l'accident de circulation survenu le 4 novembre 2012 en Hongrie, le recourant a subi 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 BPN post-opératoire à *Moraxella Catharalis* et *Staphylocoque 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.

Sur le plan somatique, le recourant conteste le fait que l'intimée n'ait pas retenu une ankylose sacro-iliaque gauche, des lombo-sciatalgies, des discopathies cervicales, un déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps gauche et des troubles cognitifs en lien de causalité avec l'accident.

La chambre de céans relèvera au préalable que s'agissant de la question litigieuse de la causalité naturelle des troubles dont souffre le recourant avec l'accident, l'on ne saurait se fonder sur l'expertise de la PMU effectuée à la demande de l'OAI étant donné que les experts n'avaient pas à examiner ce point.

- b. Sur le plan orthopédique, le Dr W\_\_\_\_\_ a retenu, lors de son examen final du 5 décembre 2017, que le recourant présentait une arthrose post-traumatique sacro-iliaque. Si ce diagnostic correspond effectivement à celui posé par les experts de la PMU, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ont toutefois précisé que les lombo-sciatalgies gauches dont se plaignait le recourant étaient encore en cours d'investigation (rapport du 9 mai 2017). A cet égard, une IRM des articulations sacro-iliaques et de la colonne lombaire a été effectuée par la Dresse AA\_\_\_\_\_ le 28 novembre 2017, constatant une atteinte sévère de l'interligne articulaire sacro-

iliaque gauche se traduisant par une ankylose et des érosions. Il y avait également une ossification partielle du ligament sacro-iliaque à droite. Selon la radiologue, s'agissant de l'atteinte sévère de l'articulation sacro-iliaque gauche, soit il s'agissait de séquelles apparues suite à la fracture du bassin, soit d'une spondylarthrite ankylosante apparue suite à l'accident. Selon elle, cela expliquait le syndrome douloureux chronique que présentait le recourant. Par ailleurs, le Dr X\_\_\_\_\_ a également souligné la présence d'une ankylose sacro-iliaque (rapport du 8 octobre 2017).

Appelé à se déterminer sur ces constats, dans son rapport du 30 janvier 2018, le Dr W\_\_\_\_\_ s'est contenté d'affirmer que la suspicion d'une spondylarthrite ankylosante n'était pas en lien de causalité avec l'accident.

La chambre de céans relèvera que cette brève détermination du médecin-conseil, abstraite et dépourvue de toute motivation, ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Partant, on ne saurait, en l'état, suivre l'appréciation de ce médecin et retenir, comme l'a fait l'intimée, que les atteintes constatées par l'IRM du 28 novembre 2017 ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. Cela étant, la documentation médicale produite ne permet toutefois pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si les atteintes constatées le 28 novembre 2017 ont été causées par le traumatisme.

Pour ce motif déjà, la décision sur opposition devra être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une instruction complémentaire.

c. S'agissant des cervico-brachialgies gauches dont se plaint le recourant, dans leur rapport du 9 mai 2017, les experts de la PMU ont retenu ce diagnostic, lequel était d'origine indéterminée, tout en précisant que ces douleurs étaient encore en cours d'investigation. Postérieurement à cette expertise, un bilan IRM du 6 novembre 2017 a objectivé deux discopathies dégénératives en C5-C6 et C6-C7. Selon la Dresse AA\_\_\_\_\_, la discopathie C5-C6 était responsable de la symptomatologie clinique présentée par le recourant par une protrusion disco-ostéophytique postéro-latérale et foraminale gauche, réalisant un rétrécissement foraminal potentialisé par une uncarthrose surtout à gauche et à ce niveau la racine C6 gauche était à l'étroit (rapport du 6 novembre 2017).

Appelé à se déterminer sur ces nouveaux éléments médicaux, dans son rapport du 30 janvier 2018, le Dr W\_\_\_\_\_ s'est contenté d'affirmer que l'atteinte au rachis cervical n'était pas en lien de causalité avec l'accident, sans livrer toutefois la moindre argumentation permettant de retenir que les discopathies n'ont pas été provoquées ou aggravées, voire déclenchées, par l'accident du 4 novembre 2012. Ainsi, cette brève détermination du médecin-conseil ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante

Par la suite, le Dr AB\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une cervico-brachialgie gauche présente depuis 2012 à la suite de l'accident et liée à une sténose récessale cervicale C5-C6 et C6-C7 gauche. Ce spécialiste a constaté cliniquement une mobilisation

très limitée du bras gauche du recourant et les réflexes étaient très difficiles à obtenir. Selon lui, la symptomatologie pouvait s'expliquer par cette pathologie dégénérative (rapport du 22 juin 2018).

Appelé également à se déterminer sur l'avis du Dr AB\_\_\_\_\_, le Dr V\_\_\_\_ l'a écarté au motif qu'il serait contradictoire : le Dr AB\_\_\_\_\_ affirmait que la faiblesse du membre supérieur gauche était en lien de causalité avec l'accident, tout en retenant qu'une pathologie dégénérative pouvait expliquer la cervico-brachialgie gauche (rapport du 2 avril 2019).

La chambre de céans constate que l'appréciation du Dr V\_\_\_\_ n'apparaît pas non plus convaincante. En effet, il y a lieu de rappeler que s'agissant de l'examen de la causalité naturelle, 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). Or, en l'occurrence, la question d'une aggravation ou d'une décompensation de troubles dégénératifs cervicaux suite à l'accident peut se poser. Force est de constater que cette question n'a toutefois pas été examinée, ni par le Dr W\_\_\_\_\_, ni par le Dr V\_\_\_\_ et que les pièces versées au dossier ne permettent pas d'y répondre.

Pour ce motif également, la décision litigieuse doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur ce point.

d. Le recourant fait également grief à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les troubles cognitifs et le déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps gauche qu'il présente.

Sur le plan neurologique, dans un rapport du 21 novembre 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait depuis l'accident des dysparesthésies diffuses des membres supérieur et inférieur gauches, sans déficit sensitivo-moteur. L'examen électronique était rassurant, mais il révélait une légère altération subjective de la sensibilité tacto-algique ainsi que diffuse au bras et au pied. Les neurographies sensitivo-motrices étaient tout à fait normales, tout comme l'EMG. Cet examen ne relevait pas de signe pour une atteinte périphérique, plexulaire ou radiculaire. Par la suite, la Dresse I\_\_\_\_\_ a conclu que le recourant souffrait de douleurs du membre inférieur gauche accompagnées de troubles de la sensibilité des membres supérieur et inférieur gauches. Elle avait observé des mouvements anormaux de type secousses de l'hémicorps gauche prédominant au niveau de la main gauche. Il s'agissait probablement de mouvements anormaux de nature psychogène dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique post-traumatique. L'examen du membre supérieur gauche ne révélait pas d'anomalie de la conduction des nerfs médian et cubital, ni de déficit radiculaire (rapport du 27 mai 2014). Le Dr M\_\_\_\_\_ a, quant à lui, constaté une diminution de la force globale au niveau du membre inférieur gauche (rapport du 2 juin 2015). Les experts de la PMU ont par ailleurs indiqué que l'examen neurologique des membres inférieurs retrouvait une

diminution globale de la sensibilité au membre inférieur gauche avec une diminution de la force motrice contrastant avec un tonus musculaire normal. Au membre supérieur gauche, il était également décrit une diminution de la sensibilité globale et on retrouvait une diminution de la force de divers groupes musculaires (rapport d'expertise du 9 mai 2017, p. 32). Enfin, la Dresse I\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen et conclu à l'absence d'une atteinte neurologique (rapport du 6 mars 2018).

Par ailleurs, Mme T\_\_\_\_, neuropsychologue a constaté que le recourant souffrait de troubles cognitifs. Selon celle-ci, le recourant présentait un ralentissement au 1<sup>er</sup> plan auquel s'associaient des signes de fléchissement exécutif, attentionnel et mnésique. En raison de ces troubles, le recourant présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée (rapport d'expertise du 9 mai 2017).

Que ce soit pour les troubles aux membres supérieur et inférieur gauches ou pour les troubles cognitifs, les Drs W\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ont écarté tout lien de causalité naturelle avec l'accident au vu de l'absence d'une atteinte objectivable. Le Dr V\_\_\_\_\_ a en effet considéré qu'il n'y avait pas de lésion cérébrale objectivable, ni de traumatisme crânien primaire, de sorte que les troubles cognitifs ne pouvaient pas être retenus en lien avec l'accident (rapport du 27 novembre 2017). Par ailleurs, le Dr W\_\_\_\_\_ et le Dr V\_\_\_\_\_ ont expliqué qu'il n'y avait aucune atteinte neurologique, de sorte que les troubles dont se plaignait le recourant ne pouvaient pas être pris en compte (rapports des 9 avril 2018 et 2 avril 2019). Se fondant sur leurs appréciations, l'intimée a considéré que sa responsabilité n'était pas engagée.

La chambre de céans relèvera que ce raisonnement ne saurait être suivi dès lors que l'assureur-accidents doit également intervenir en cas de troubles non organiques, pour autant que ceux-ci soient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. Or, force est de constater que les Drs W\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ se sont limités à rechercher des atteintes objectivables, sans examiner la question d'une éventuelle atteinte non organique en lien avec l'accident.

Pour ce motif également, la décision litigieuse doit être annulée et la cause doit être renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

e. S'agissant des troubles psychiques, l'intimée a retenu, en se fondant sur l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_, que le recourant présentait une dysthymie n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. Elle a admis le lien de causalité naturelle entre ce trouble psychique et l'accident, tout en laissant ouverte la question du lien de causalité adéquate avec l'événement assuré, lequel était, selon elle, de gravité moyenne au sens strict.

Si les experts de la PMU ont également retenu une dysthymie ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, la chambre de céans constate néanmoins que ces diagnostics sont sérieusement mis en doute par le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 29 mars 2019. En effet, ce médecin a expliqué que le trouble de dysthymie ne pouvait être retenu que lorsqu'il était le résultat

d'une humeur dépressive sans cause somatique ou sans perturbation organique. Or, il estimait que la cause du trouble dépressif dont souffrait le recourant était justement le polytraumatisme dû à l'accident. En outre, selon ce spécialiste, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne pouvait se poser qu'en cas de pathologies somatiques légères ou en cas de discordance entre la sévérité des atteintes somatiques et les plaintes du patient. Or, le recourant avait subi un accident grave avec des polytraumatismes et plusieurs interventions chirurgicales ayant laissé des séquelles objectivables.

Vu les divergences importantes existant entre l'avis du Dr K\_\_\_\_\_, d'une part, et ceux des Drs Q\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, d'autre part, la chambre de céans considère que les pièces versées au dossier ne permettent pas non plus de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, les diagnostics psychiques présentés par le recourant.

Qui plus est, la chambre de céans relèvera qu'un renvoi de la cause à l'intimée se justifie d'autant plus qu'aucune pièce au dossier ne permet de déterminer les circonstances exactes du déroulement de l'accident et les forces qu'il a générées. A cet égard, il est à constater que l'intimée n'a pas instruit cet élément de fait, pourtant nécessaire à l'examen du lien de causalité naturelle et adéquate. En conséquence, les rapports médicaux font état des circonstances divergentes. Ainsi, on relèvera notamment que le Dr L\_\_\_\_\_ et le Dr W\_\_\_\_\_ et ont tous deux retenu que le recourant conduisait le minibus lors de l'accident (rapports du 21 septembre 2016, respectivement du 5 décembre 2017), le Dr L\_\_\_\_\_ précisant que le recourant avait subi une perte de conscience qui l'avait protégé de son vécu traumatique, alors que les experts de la PMU ont retenu que le recourant ne conduisait pas le minibus et qu'il avait frôlé la mort (rapport du 9 mai 2017). De surcroît, en l'absence d'un rapport de police traduit en français, la chambre de céans peine à comprendre de quelle manière l'intimée est parvenue à la conclusion que l'accident avait été de gravité moyenne au sens strict.

Compte tenu de l'ensemble de ces motifs, force est de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires, circonstanciés et probants permettant de statuer sur la question litigieuse du lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes que présente le recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle sollicite un rapport de police complet traduit en français et ordonne un complément d'instruction médicale, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA. Un renvoi à l'administration se justifie d'autant plus, en l'occurrence, qu'aucune expertise n'a été mise en œuvre par l'intimée. Afin d'éviter des conclusions contradictoires, il convient d'inviter l'intimée et l'OAI, auquel le recourant est opposé dans la cause A/3267/2018, à mettre en œuvre, de manière conjointe, une seule expertise répondant aux questions qui se posent dans les deux causes. À l'issue de cette instruction, l'intimée rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à une rente d'invalidité.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire, à ce stade de la procédure, d'examiner les griefs du recourant sur les modalités du calcul d'invalidité opéré par l'intimée.

En outre, eu égard à l'issue de la présente procédure, la chambre de céans ne donnera pas suite aux requêtes d'audition du recourant.

13. Le recours sera donc admis partiellement et la décision du 25 octobre 2018 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
14. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 25 octobre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant CHF 3'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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