

GE_GERICHTE ATAS/715/2015 vom 28. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_715_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/715/2015 du 28 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/715/2015 del 28 settembre 2015

Erwägungen

E. 50

%. Le pronostic était mauvais car le patient se situait dans une position de victime. 74. Le 1er octobre 2010, le Dr Q_____ du département de chirurgie des HUG a attesté d'une atrophie quadri occipitale marquée, d'un genou instable, de plaintes de douleurs permanentes et d'une arthrose tricompartmentale sévère. Il n'y avait pas de solution chirurgicale. 75. Le 15 novembre 2010, la Dresse C_____ a écrit à l'OAI que le genou gauche avait été opéré suite à une fracture de la rotule en 1995 et des douleurs étaient apparues depuis plusieurs années et s'étaient aggravées depuis quelques mois. Il fallait reconsidérer l'aggravation lente depuis début 2010 du genou droit et l'atteinte inflammatoire chronique du genou gauche depuis environ septembre 2010 qui conduisait à une incapacité de travail totale dans toute activité. 76. Le 22 novembre 2010, la Dresse C_____ a attesté d'une gonarthrose sévère droite, d'un genou droit en permanence chaud, de douleurs dans les mouvements de flexion et extension et d'une atteinte au genou gauche depuis quelques mois (chondropathie rotulienne). L'assuré présentait de grandes difficultés à la marche en raison de l'atteinte aux deux genoux.

A/1472/2013 - 16/39 - 77. Le 13 décembre 2010, la policlinique de chirurgie des HUG a attesté d'un état de santé stationnaire avec une instabilité du genou droit. 78. Une ENMG du 20 septembre 2011 du membre supérieur droit est sans anomalie et, selon une électromyographie du même jour, une hyperexcitabilité musculaire est évoqué (membre supérieur droit et mollet gauche). 79. A la demande de la SUVA, le BUREAU ROMAND D'EXPERTISES MEDICALES (BREM) (Drs R_____, FMH rhumatologie-médecine interne et S_____, FMH chirurgie orthopédique), a rendu une expertise le 24 octobre 2011.

L'assuré se plaignait de vertiges, de nervosité, de douleurs permanentes au genou droit, de douleurs au dos, surtout lors de déplacements, de nécessité de se déplacer avec deux cannes et une attelle et de problèmes d'estomac liés aux médicaments; les douleurs avaient empiré depuis 2006. Ils ont posé les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : gonarthrose bilatérale (M17.2) avec à droite instabilité antérieure et poussées congestives depuis 2005 à gauche status après patellectomie en 1996 et, sans répercussion sur la capacité de travail : status après plastie du ligament croisé antérieur droit par le tiers central du tendon rotulien autologue et méniscectomie interne partielle et régularisation au shaver le 10 mai 2006; status après gastrites à hélicobacter pylori et douleurs rachidiennes sur dysbalance musculaire.

L'arthrose avait évolué modérément depuis 2009. Un travail léger, assis, restait exigible, tout comme une activité sans charge sur le genou droit pouvant s'effectuer dans des positions variées, et alternées, principalement assises. L'instabilité se compliquait d'un état inflammatoire; il n'y avait pas d'algodystrophie, une plastie du LCA était indiquée.

L'évolution de l'arthrose sur un genou avec instabilité entraînait une hausse du taux IPAI à 30 % (arthrose moyenne à grave, avec instabilité). 80. Le 16 décembre 2011, l'assuré a observé qu'il avait été opéré récemment, avec une évolution défavorable. 81. Le 5 janvier 2012, la SUVA a informé l'assuré que sa rente ne serait pas modifiée. 82. Le 8 février 2012, l'assuré s'est opposé au projet de décision de la SUVA du 5 janvier 2012 en requérant la production des avis du Dr T_____ et du Dr G_____. 83. Le 26 mars 2012, le département de chirurgie a indiqué, suite à une consultation du 20 mars 2012, que l'assuré présentait une arthrose tri-compartmentale du genou droit des suites de son entorse grave du genou et ayant nécessité une ligamentoplastie de croisé antérieur réalisée en 2006. Au niveau de son genou gauche, un status-post AVC survenu au Portugal et qui avait nécessité une A/1472/2013 - 17/39 - patellectomie subtotale. Il existait également des phénomènes d'hyper-algésies, peu explicables au vu du statut des deux genoux du patient.

Un travail physique, même de bureau, n'était pas envisageable au vu des phénomènes d'hyper-algésies; éventuellement un travail de bureau avec le moins de déplacement possible à 50 % étant envisageable. Aucune solution chirurgicale n'était possible. 84. Le 24 avril 2012, le Dr T_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OAI. L'assuré se plaignait de douleurs aux membres inférieurs à droite et à gauche et de douleurs à l'épaule droite; il devait marcher avec des béquilles et une attelle au genou droit.

Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose droite secondaire symptomatique invalidante (2005), instabilité genou droit multi directionnel (2005), statu post plastie du ligament croisé antérieur avec re rupture (2006), statu post patellectomie gauche (1995), raideur articulaire genou droit avec flexum supérieur à 10 % et crises de panique essentielles et, sans répercussion sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, surcharge pondérale, gastrite érosive, neuropraxie ulnaire gauche au coude (hospitalisation en 2007 aux HUG) et algodystrophie genou droit (extinction objectivée en mai 2008 lors du séjour CRR à Sion).

Deux problèmes objectivables altéraient la capacité de travail, soit une pangonarthrose invalidante importante du genou droit et un statu post patellectomie avec pangonarthrose modérée.

La capacité résiduelle de travail était extrêmement limitée (poste assis, sans déplacement et sans port de charge), soit en théorie un 50 % mais en réalité un 0 % en tenant compte également des troubles psychiques.

Du fait de la mauvaise réponse au traitement du genou droit une atteinte à l'intégrité globale de 45 % pouvait être retenue pour l'atteinte aux deux genoux (40% à droite et 5% à gauche). L'ancienne activité ne pouvait plus être exercée en raison de l'évolution des lésions; la capacité résiduelle de travail sur le plan physique était extrêmement limitée; une activité était possible en position assise avec possibilité d'étendre le genou droit, sans déplacement et sans port de charges à un taux de 50 %, étant précisé que, compte tenu aussi des facteurs psychiatriques, aucune activité n'était actuellement exigible. 85. Par décision du 12 juin 2012, la SUVA a versé une rente d'invalidité de 19 % dès le 1er décembre 2008. L'assuré était capable d'exercer une activité en position assise, sans port de charge de plus de 15 kg à 100 % dans différents secteurs de l'industrie. les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident de sorte qu'un droit à des prestations n'existait pas.

A/1472/2013 - 18/39 - 86. Le 6 juillet 2012, la Dresse C _____ a indiqué que l'assuré présentait une inflammation locale persistante, avec sous-utilisation du membre inférieur droit et douleurs chroniques de sorte qu'une capacité de travail à 100 % telle que retenue par la SUVA n'était pas pertinente. 87. Le 11 juillet 2012, l'assuré, représenté par PROCAP, a fait opposition à la décision de la SUVA du 12 juin 2012.

Au vu des conclusions du Dr T _____, la SUVA ne pouvait retenir une capacité de travail supérieure à 50 %. De surcroît, la mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail dans l'économie semblait impossible. Enfin, la SUVA n'avait pas investigué la question de la causalité entre les troubles psychiques et l'accident. Le médecin de la SUVA devant se déterminer sur l'expertise du Dr T _____ et le rapport de la Dresse C _____ du 6 juillet 2012. Une expertise pluridisciplinaire devait éventuellement être ordonnée. 88. Le 11 juillet 2012, le Dr U _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que les bilans radiologiques ressortant notamment de l'expertise de 2011 ne décrivaient pas d'aggravation significative de la gonarthrose par rapport à 2006. Le taux de 15 % d'IPAI restait valable. 89. Le 19 septembre 2012, le Dr V _____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation médicale.

Il était probable que les lésions au genou droit étaient déjà présentes avant l'accident, ce d'autant qu'elles évoquaient beaucoup plus des lésions secondaires à une instabilité chronique qu'un traumatisme aigu. L'assuré avait vraisemblablement le ligament croisé antérieur (LCA) rompu avant l'accident litigieux lors de l'accident de 1995 et des troubles dégénératifs préexistants.

Il présentait une laxité pathologique sagittale antérieure sur insuffisance du LCA (mono-ligamentaire) en status après plastie de ce ligament et une arthrose moyenne à prédominance fémoro-tibiale. Un taux d'IPAI de 15 % était adéquat, également en vue d'une évolution des troubles arthrosiques, ceux-ci n'étant que partiellement (50 %) dus à l'accident du 21 février 2005. 90. Le 26 septembre 2012, le Dr W _____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'assuré présentait une aggravation de son état de santé depuis mai 2009 en lien avec l'atteinte orthopédique. Il adhérait aux conclusions de l'expertise du Dr T _____ (capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée). 91. Le 8 novembre 2012, la Dresse P _____ du SMR a estimé qu'il fallait demander le dossier SUVA dès lors que celle-ci retenait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

A/1472/2013 - 19/39 - 92. Le 23 novembre 2012, le SMR a observé que l'expertise du BREM et celle du Dr T _____ aboutissaient à des diagnostics et une appréciation de la capacité de travail différents de sorte qu'une expertise rhumatologique était nécessaire. Compte tenu des limitations avancées par le Dr T _____, une expertise psychiatrique était aussi utile. 93. Le 11 janvier 2013, la SUVA a confirmé la décision litigieuse fixant une IPAI de 15%. 94. Le 4 février 2013, la Dresse C _____ s'est prononcée sur le rapport du Dr V _____ du 19 septembre 2012. Le Dr V _____ ne pouvait affirmer que la zone d'ulcération cartilagineuse avec œdème sous-chondral du condyle interne n'était pas d'origine traumatique et responsable de douleurs; le Dr V _____ mettait en doute tous les intervenants; l'assuré avait chuté le genou droit replié sous lui et n'avait pas inventé le mécanisme en hyperflexion; le Dr V _____ sous-entendait que la rupture du LCA existait avant l'évènement accidentel; il ne pouvait pas affirmer que les lésions méniscales étaient antérieures à l'accident; l'instabilité du genou, si elle était antérieure à l'accident, n'aurait pas permis un travail sur un chantier; l'amyotrophie était bien visible; les plaintes de l'assuré étaient crédibles. 95. Le 13 février 2013, l'assuré a requis que des questions

complémentaires soient posées dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire demandée par l'OAI, notamment celle du lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident, celle du taux de l'IPAI ainsi que celle de la discussion de l'avis du 19 septembre 2012 du Dr V_____. Ces questions ont été jugées pertinentes par le SMR le 16 mai 2013. 96. Le 13 février 2013, l'assuré a requis de la SUVA la suspension de la procédure d'opposition dans l'attente de l'expertise demandée par l'OAI et contesté l'appréciation du Dr V_____ fixant une IPAI de 15%. 97. Par décision du 8 avril 2013, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que le BREM avait constaté une aggravation modérée depuis mai 2009 avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée; par ailleurs les troubles psychogènes n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident; enfin l'avis du Dr T_____ tenait compte des troubles au genou gauche et de l'aspect psychiatrique. Le taux d'IPA de 15 % était confirmé. 98. Le 8 mai 2013, l'assuré, représenté par PROCAP, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de la SUVA du 8 avril 2013 (ATAS/1472/2013), en concluant préalablement à la suspension de la cause jusqu'à nouvelle décision de l'OAI et, principalement, à l'annulation de la décision, à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire et à la constatation de son droit aux prestations.

A/1472/2013 - 20/39 -

Au vu de l'expertise du Dr T_____, la SUVA ne pouvait retenir une capacité de travail de 100 %, celle-ci étant, d'un point de vue somatique, limitée à 50 % ce qu'avait aussi confirmé la Dresse C_____. Le cas était commun avec l'assurance- invalidité et l'OAI avait décidé, suite à l'avis du Dr V_____ du 19 septembre 2012, qu'une nouvelle expertise était justifiée de sorte que cette expertise était pertinente pour la procédure LAA. 99. Le 16 mai 2013, l'OAI a proposé à la SUVA de compléter la mission d'expertise (rhumatologique et psychiatrique). 100. Le 23 mai 2013, la SUVA a refusé la suspension de la procédure en considérant que les troubles psychogènes ne relevaient pas de la responsabilité de la SUVA. 101. Le 11 juin 2013, à la demande de la Cour de céans, l'OAI a versé son dossier à la procédure. 102. Le 19 juin 2013, la SUVA a écrit à l'OAI qu'elle renonçait à participer à l'expertise psychologique prévue. 103. Le 12 juillet 2013, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif que les constatations du BREM étaient déterminantes; les atteintes au genou gauche et les troubles psychogènes ne relevaient pas de la responsabilité de la SUVA. 104. Le 27 août 2013, l'assuré a répliqué en relevant qu'il était nécessaire d'attendre l'expertise de l'OAI, celle-ci devant prendre position sur celles du BREM, du Dr T_____ ainsi que sur la question de l'IPAI et du lien de causalité entre les troubles psychogènes et l'accident. 105. A la demande de la Cour de céans, l'OAI a indiqué le 9 septembre 2013 que le CEMed avait été mandaté et avait convoqué l'assuré les 6, 7 et 28 août 2013. 106. Le 16 septembre 2013, la SUVA a dupliqué en maintenant ses conclusions. 107. Par arrêt incident du 23 septembre 2013 (ATAS/919/2013) la chambre de céans a suspendu l'instance dans l'attente de l'expertise du CEMed. 108. Le 29 novembre 2013, les docteurs X_____, FMH en médecine interne, Y_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie et Z_____, FMH en médecine rhumatologique, du CEMed, ont rendu leur rapport d'expertise.

Selon le rapport du CEMed, l'assuré se plaignait de douleur au genou droit, de lâchage fréquents suivis d'épanchements et de la nécessité d'utiliser des cannes anglaises, de douleurs au genou gauche, de douleur de la fosse sus-épineuse irradiant vers la nuque et l'épaule, de dorsalgies en barre depuis 2009, d'anxiété, de nervosité, d'irritabilité, d'humeur déprimée, de fatigabilité, de perte de confiance en lui, de mauvaise image de soi, d'idées

suicidaires lors de douleurs

A/1472/2013 - 21/39 - intenses, d'un ralentissement majeur, de manque de concentration et de mémoire, d'un sommeil perturbé, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, de céphalées, de nœud à l'estomac, de douleurs thoraciques, de sensibilité épigastrique permanente et de douleurs à la fosse iliaque gauche.

Sur le plan rhumatologique, il n'y avait aucune aggravation depuis 2005.

Les experts ont posé les diagnostics incapacitants suivants : gonarthrose droite débutante avec instabilité antérieure après plastie du ligament croisé antérieur depuis 2009 et syndrome douloureux du compartiment antérieur du genou gauche après patellectomie ancienne depuis 2010; les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : rachialgie chronique sans complication neurologique depuis 2010 et épaule douloureuse droite, sur tendinite du sus-épineux probable. L'état inflammatoire observé par le médecin-traitant tous les deux mois restait incompréhensible.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : difficultés de se déplacer, surtout en terrain accidenté, pas de travail en hauteur, limitation aux ports de charges, difficulté au travail au-dessus du plan des épaules.

Les experts ont aussi indiqué qu'ils étaient d'accord avec les limitations décrites par le Dr T_____, soit une activité possible en position assise de manière constante, avec possibilité d'étendre le genou droit, sans déplacement ni port de charge.

Ils ont également spécifié (rapport p. 25) que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche en terrain irrégulier, pas de montées et descentes fréquentes d'escaliers, pas de position statique prolongée, pas de charge de plus de 15 kg, pas de travail en position agenouillée ou accroupies, pas de travail en hauteur.

Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique.

L'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 23 février 2005 et de 17% depuis le 15 juillet 2008. 109. Le 19 décembre 2013, la docteure AA_____, du SMR, a observé que l'expertise du CEMed relevait des limitations fonctionnelles définitives, en lien avec les genoux et transitoires, en lien avec l'épaule droite. 110. Le 9 janvier 2014, l'OAI a transmis copie du rapport du CEMed. 111. Par ordonnance du 13 janvier 2014, la chambre de céans a repris l'instruction de la cause et fixé un délai aux parties afin qu'elles se déterminent sur l'expertise du CEMed du 29 novembre 2013.

A/1472/2013 - 22/39 - 112. Le 3 février 2014, la SUVA a maintenu ses conclusions en constatant que l'expertise rejoignait l'avis de ses médecins. 113. Le 3 mars 2014, l'assuré a observé que les experts s'étaient contenté de mettre sur le compte d'un syndrome douloureux chronique l'inflammation pourtant constatée du genou droit, qu'ils n'avaient pas expliqué pourquoi ils s'écartaient des avis des Drs H_____ et C_____ et du psychiatre-traitant, que la question de la causalité entre le trouble psychique et l'accident n'avait pas été évaluée, qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire était requise.

Il a transmis un avis de la Dresse C_____ du 30 janvier 2014 selon lequel celle-ci avait toujours pu constater une bonne collaboration de l'assuré, que les quelques manifestations d'anticipation qui pouvaient suivre étaient en lien avec son anxiété, que le manque de collaboration évoqué dans l'expertise était en réalité un réflexe pour se préserver d'une

douleur importante, que son genou droit présentait une grande instabilité, l'obligeant à marcher avec les cannes, que les douleurs étaient objectivées par le constat d'un genou rouge, chaud avec un épanchement, qu'il manquait dans l'expertise l'examen du genou gauche, que l'évaluation du Dr AB _____ (capacité de travail de 50% dans un poste adapté) avait été sous-estimée; que l'expert semblait vouloir coller au premier examen du Dr J _____, lequel suivait un rapport qu'elle avait elle-même rédigé en surestimant la capacité de travail de l'assuré, que même si l'état inflammatoire était incompréhensible, il impliquait des limitations algiques objectivables, que l'activité adaptée exigible n'avait pas été décrite, que les gonalgies gauches survenues en raison du report de la charge du poids du corps sur la gauche n'étaient à tort pas mentionnées, que les limitations fonctionnelles étaient sous estimées, que les douleurs de l'épaule étaient dues à l'utilisation des cannes anglaises et que la position assise aussi des contraintes sur le genou droit de sorte qu'il ne pouvait travailler assis toute la journée. 114. Le 21 mars 2014, la SUVA a maintenu ses conclusions en relevant qu'aucun lien de causalité, lequel était une question de droit, ne pouvait être admis entre les troubles psychiques et l'accident. 115. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a transmis un courrier des Drs Y _____ et Z _____ du 10 février 2014 adressé à l'OAI, précisant que l'incapacité de travail de 17% correspondait au taux d'invalidité retenu par la SUVA et l'OAI, que l'exigibilité dans une activité adaptée était de 100%, qu'il n'y avait pas de syndrome douloureux somatoforme et que les attaques de paniques pouvaient influencer sur la capacité de travail mais ne justifiaient pas d'incapacité de travail de longue durée. 116. Le 12 mai 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

A/1472/2013 - 23/39 -

Le recourant a déclaré : "J'ai des douleurs permanentes aux deux genoux, plus marquées à droite. J'ai également une boule à l'épaule droite qui provoque des douleurs et des fourmillements dans tout le bras droit. J'ai également par moments des douleurs dans le bras gauche. Je suis sous médicaments, je prends des antalgiques trois fois par jour. Je suis toujours suivi par la Dresse C _____. J'ai arrêté le suivi avec le Dr L _____, mais je pense à le reprendre car je ne me sens pas bien. Je n'ai jamais discuté de la capacité de travail avec la Dresse C _____. Je ne suis pas d'accord avec les conclusions du CEMed, ils ne m'ont pas bien expertisé. Je précise que même en position assise, je me sens mal et que je dois en permanence étendre les deux jambes. En effet, la position jambes pliées m'occasionne des fourmillements. Je dois régulièrement me relever, faire deux- trois pas, car je ne peux pas tenir la position assise trop longtemps. Je dois me déplacer en permanence avec des béquilles. Je précise qu'après l'opération de mon genou droit, la situation ne s'est pas du tout améliorée, elle a même empiré. Si j'avais su, j'aurais refusé cette opération. J'ai été examiné lors de l'expertise par il me semble trois médecins. J'ai envie de travailler, mais en raison des douleurs aux genoux et aux épaules, je ne me sens pas capable de travailler à 100 %. Je vis seul. J'achète des repas déjà prêts que je réchauffe. Je me promène presque chaque jour un peu. Sinon, je reste chez moi et je pose de la glace sur mes genoux et les épaules, ainsi que des patches."

Le représentant de la SUVA a déclaré : "La SUVA ne s'est pas prononcée à nouveau sur la description des postes de travail qui avait été fournie en 2008, mais elle l'avait fait à la suite du dernier arrêt de la Cour. La SUVA admet effectivement que l'activité adaptée doit s'exercer exclusivement assise." 117. Le 10 juin 2014, l'assuré a requis une suspension de la procédure. 118. Le 12 juin 2014, la SUVA s'est déclarée d'accord avec une suspension de la

procédure. 119. Par ordonnance du 16 juin 2014, la chambre de céans a suspendu la cause, d'entente entre les parties. 120. Le 4 juillet 2014, le docteur AC_____, du SMR, a observé que, selon le CEMed, l'exigibilité dans l'activité adaptée était de 100%. 121. Par projet de décision du 11 août 2014, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité était toujours de 20%. 122. Le 9 septembre 2014, l'assuré a écrit à l'OAI que l'expertise du CEMed concluait à tort à un manque de collaboration et écartait de sévères troubles cognitifs, voire psychiatriques, lesquels étaient hautement vraisemblables; il a requis une expertise neuropsychiatrique, complétée par un volet psychiatrique; l'aspect somatique de l'expertise était également contesté.

A/1472/2013 - 24/39 - 123. Le 22 décembre 2014, le département de médecine génétique et de laboratoire des HUG a posé le diagnostic de cholécystectomie et, les 26 décembre 2014 et 12 janvier 2015, l'assuré a été hospitalisé pour une cholécystite aiguë lithiasique. 124. Une gastroscopie du 30 décembre 2014 a conclu à un aspect atrophique de la muqueuse antrale et à un diagnostic de gastrite chronique. 125. Le 19 janvier 2015, une cholécystectomie a été pratiquée. 126. Le 29 janvier 2015, le docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un rapport selon lequel il était évident que l'assuré souffrait d'une arthrose évolutive après entorse grave du genou droit, pouvant expliquer l'épanchement et les douleurs qui nécessitaient l'utilisation de cannes anglaises. 127. A la demande de la chambre de céans, la SUVA a indiqué le 10 juin 2015 que la procédure pouvait être reprise et l'assuré a indiqué le 11 juin 2015 qu'il n'était pas opposé à la reprise de la procédure. 128. Par ordonnance du 15 juin 2015, la chambre de céans a repris l'instruction de la cause et imparti un délai à l'assuré pour, notamment, fournir les pièces médicales qu'il avait annoncées. 129. Le 14 juillet 2015, l'assuré a transmis les documents suivants : - un rapport d'échographie de l'épaule gauche et région axillaire gauche du 22 janvier 2015 concluant à une absence d'anomalie significative objectivable et à une discrète arthrose AC; - un rapport d'échographie des genoux du 5 mai 2015 concluant : "du côté gauche, l'appareil extenseur était sans particularité; status post-patellectomie, avec présence de plusieurs calcifications dystrophiques prises dans l'épaisseur de l'appareil extenseur; pas d'activité visible à l'écho-doppler pulsé; présence d'un discret épanchement intra-articulaire;" - un rapport de radiographie des genoux concluant : "on objective un status post- plastie du LCA du genou droit, avec visualisation partielle du tunnel osseux tibial et fémoral. Status post ablation de la rotule du côté gauche, avec présence de multiples calcifications au site opératoire. Composante de gonarthrose tibio- fémorale interne bilatérale, visible sous forme d'un discret pincement de l'interligne articulaire et d'une ostéophytose marginale des berges. Discret épanchement intra-articulaire bilatéral." 130. Le 21 juillet 2015, la SUVA maintenu sa position. 131. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a versé, le 21 août 2015, les pièces de son dossier postérieures au 16 mai 2013.

A/1472/2013 - 25/39 - 132. Sur quoi, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente

d'invalidité LAA supérieure à celle de 19 %, accordée depuis le 1er décembre 2008, ainsi qu'à une IPAI supérieure au taux de 15% reconnu par l'intimée. 4. 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 LPG; 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). 5. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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

A/1472/2013 - 26/39 - vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 6. 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). 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

A/1472/2013 - 27/39 - peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. 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. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. 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. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;

A/1472/2013 - 28/39 - - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des

complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). 8. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les

A/1472/2013 - 29/39 - souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). c. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2; RAMA 1998 p. 602). 9. Depuis le 1er janvier 2003, l'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui

lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 ([OPGA ; RS 830.11])). Selon la doctrine et à la jurisprudence, l'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9 consid. 3.6). 10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

A/1472/2013 - 30/39 - 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). 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). 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). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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

A/1472/2013 - 31/39 - 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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

A/1472/2013 - 32/39 - 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 11. 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). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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 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.

A/1472/2013 - 33/39 - 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 13. En l'espèce, à la suite des arrêts du Tribunal cantonal des assurances sociales du 22 février 2010 (ATAS/169/2010 et ATAS/170/2010), le recourant a fait l'objet de plusieurs expertises ou appréciations médicales, soit une expertise du BREM du 24 octobre 2011, demandée par l'intimée, une expertise du Dr T_____ du 24 avril 2012, demandée par l'OAI, une appréciation médicale du 19 septembre 2012 du Dr V_____, médecin de la SUVA, un avis du Dr W_____, du

SMR, du 26 septembre 2012, un avis du Dr AD_____, du SMR, du 23 novembre 2012, une expertise du CEMed du 29 novembre 2013 demandée par l'OAI, et un avis du Dr AC_____, du SMR, du 4 juillet 2014. Il convient d'apprécier ces différents rapports médicaux afin d'analyser si une valeur probante peut leur être reconnue et de déterminer, en cas de contradiction, lequel prévaut, voire d'examiner si une mesure d'instruction est encore nécessaire. 14. a) Selon le BREM, le recourant présentait une gonarthrose bilatérale avec, à droite, instabilité antérieure et poussées congestives depuis 2005 et, à gauche, un status après patellectomie en 1996; il n'y avait pas d'algoneurodystrophie. La situation était stable depuis la dernière sortie de la CRR (juin 2008); l'arthrose du genou droit avait évolué de façon modérée depuis mai 2009; le recourant ne pouvait plus travailler sur des chantiers, ni comme aide dans l'agriculture, ni dans aucun métier similaire, mais pouvait exercer une activité adaptée (travail léger, assis) depuis janvier 1999. L'IPAI était de 30% pour une arthrose moyenne à grave. b) Selon le Dr T_____, le recourant présentait une gonarthrose droite secondaire symptomatique invalidante (2005), une instabilité genou multi directionnel (2005), un statu post plastie du ligament croisé antérieur avec rerupture (2006), un statu post patellectomie gauche (1995), une raideur articulaire genou droit avec flexum supérieur à 10% et des crises de panique essentielles. L'IPAI était de 30% à 40% au genou droit et de 5% au genou gauche. L'ancienne activité n'était plus

A/1472/2013 - 34/39 - exigible; le recourant pouvait exercer une activité à 50% en position assise, avec possibilité d'étendre le genou droit, sans déplacement et sans port de charges. c) Le Dr V_____ a estimé que l'IPAI était au maximum de 15% et retenu un status arthrosique préexistant qui jouait un rôle à hauteur de 50%. d) Le 26 septembre 2012, le Dr W_____, du SMR, a adhéré aux conclusions du Dr T_____ et fixé l'aptitude à la réadaptation au 15 septembre 2011. e) Le 23 novembre 2013, le Dr AD_____, du SMR, a estimé qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique était nécessaire, au vu des expertises divergentes du BREM et du Dr T_____. f) Le 29 novembre 2013, le CEMed a retenu un diagnostic de gonarthrose droite débutante avec instabilité antérieure après plastie du ligament croisé antérieur depuis 2009 et de syndrome douloureux du compartiment antérieur du genou gauche après patellectomie ancienne depuis 2010. L'ancienne activité n'était plus exigible, mais le recourant pouvait exercer une activité adaptée (assise) à 100%. g) Le 4 juillet 2014, le SMR a suivi les conclusions de l'expertise du CEMed et retenu une exigibilité de 100% dans une activité adaptée. 15. a) La chambre de céans constate que les expertises et appréciations médicales précitées se rejoignent quant aux diagnostics posés et quant à l'inexigibilité de l'activité antérieure. b) S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le BREM et le CEMed (suivis par le SMR) ont estimé que le recourant était capable d'exercer une activité légère en position assise, à 100%. Cette conclusion convergente a été prise dans le cadre de deux expertises pluridisciplinaires indépendantes, lesquelles répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. Le recourant s'oppose aux conclusions de ces deux expertises en se référant à l'expertise du Dr T_____ et à l'avis de la Dresse ERNI. A cet égard, le Dr T_____ a conclu à une exigibilité de 50% dans une activité adaptée; la chambre de céans constate cependant que le Dr T_____ n'a pas motivé du tout cette limitation de la capacité de travail (expertise T_____ n° 2.2 et n° 3.2). Vu les conclusions convergentes du BREM et du CEMed, auxquelles a adhéré le SMR, la conclusion du Dr T_____, insuffisamment motivée, n'est pas à même de les remettre en cause. Les conclusions du BREM, du CEMed et du SMR divergent également de l'avis de la Dresse C_____ du 30 janvier 2014; cependant, celui-ci ne permet pas non plus de douter du bien-fondé d'une capacité de travail

du recourant de 100% dans

A/1472/2013 - 35/39 - une activité adaptée. La Dresse C_____ confirme la réalité des douleurs évoquées par le recourant en relevant que le CEMed a aussi constaté un genou droit rouge, chaud avec un épanchement de qualité moyenne; elle conteste le fait que le recourant amplifie les plaintes ou manque de collaboration; il manquait selon elle l'examen détaillé du genou gauche; elle avait, à l'époque, surestimé la capacité de travail du recourant en concluant à une capacité de travail de 100%; le CEMed estimait l'état inflammatoire incompréhensible, mais celui-ci engendrait tout de même des limitations algiques; l'activité adaptée n'était pas décrite, les gonalgies gauches pas mentionnées; il était évident que le recourant ne pouvait pas rester assis toute une journée à un poste de travail; les douleurs augmentaient après deux heures d'action le matin et à la marche avec les cannes anglaises; la position assise engendrait aussi des contraintes sur le genou droit. Les limitations évoquées par la Dresse C_____ ont cependant été prises en compte par les expertises du BREM et du CEMed, celle-ci déclarant en particulier rejoindre l'avis du Dr T_____ quant à une activité exigible uniquement en position assise de manière constante, avec possibilité d'étendre le genou droit, sans déplacement, ni port de charges (expertise CEMed p. 24). La Dresse C_____ semble évoquer des limitations algiques plus importantes que celles retenues par le BREM et le CEMed, puisqu'elles auraient pour conséquences une incapacité de travail totale du recourant. Cette seule allégation de douleurs invalidantes n'est cependant pas à même de remettre en cause l'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites par le CEMed. Il en est de même de l'appréciation du Dr AE_____ du 26 mars 2012, lequel relève uniquement que les problèmes de santé du recourant ne lui permettent pas d'effectuer un travail physique et qu'au vu des phénomènes d'hyperalgésies, même un travail de bureau paraît difficilement possible, mais pourrait éventuellement être proposé à 50%, avec le moins de déplacement possible. c) Le soupçon d'aggravation de l'état de santé du recourant, relaté dans l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 22 février 2010 n'a ainsi pas été confirmé par les expertises subséquentes dans une mesure telle qu'il aurait un effet sur la capacité de travail du recourant. En revanche, les expertises subséquentes ont permis de préciser les limitations fonctionnelles du recourant et de retenir une activité exigible depuis le 1er décembre 2008 exercée uniquement en position assise, sans port de charges, ni déplacement, et permettant d'allonger la jambe droite. d) Compte tenu de ce qui précède et en particulier des deux rapports d'expertise probants du BREM et du CEMed, une mesure d'instruction supplémentaire, telle qu'une nouvelle expertise, ne se justifie pas. Partant, il convient de retenir qu'à la date de la stabilisation de l'état de santé du recourant, soit le 1er décembre 2008, le recourant présentait une capacité de travail de 100% dans une activité exercée

A/1472/2013 - 36/39 - uniquement en position assise et sans port de charges, avec la possibilité d'étendre la jambe droite. 16. S'agissant de l'aspect psychiatrique, il convient d'emblée de relever qu'il ne se justifie pas d'investiguer plus avant cette question dès lors qu'en présence d'un accident, soit une chute dans les escaliers, que l'on peut qualifier au mieux de moyen, les critères jurisprudentiels précités (consid. 7 supra) ne sont pas réunis pour que l'on puisse admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les éventuelles limitations psychiques du recourant; en particulier, l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant; les lésions ne sont pas de nature particulière; il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, ni de complications importantes; la longue durée du traitement et les douleurs persistantes qui pourraient être admises ne suffisent cependant pas pour conclure à

l'existence d'un lien de causalité adéquate (ATF 115 V 133). Les éventuelles limitations psychiques survenues postérieurement à l'accident ne sont ainsi pas à la charge de l'intimée. Il convient en conséquence de calculer le degré d'invalidité du recourant en prenant compte une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de ce dernier. 17. L'intimée fixe le degré d'invalidité du recourant à 19%. Elle s'est fondée sur un revenu d'invalidé de CHF 53'200.- calculé selon la moyenne des revenus de cinq descriptions de postes de travail; à cet égard, s'agissant des postes de collaborateur de production (montage), employé à la presse et employé de bureau, on constate qu'ils sont effectués en position assise et qu'il n'y a pas de charges à porter, ce qui est compatible avec les limitations du recourant. En revanche, s'agissant du poste de praticien en logistique (emballage), il est décrit comme effectué 70% du temps en position assise et 30% en position debout, ce qui n'est pas compatible avec les limitations du recourant et, s'agissant du poste d'ouvrier en montage, il nécessite souvent le port de charges, ce qui n'est pas non plus exigible du recourant. On ne saurait, dans ces circonstances, retenir les descriptions des postes de travail produites par l'intimé pour calculer le revenu d'invalidé du recourant. Il faut dès lors se baser sur le salaire statistique issu de l'ESS 2008, tableau TA1, niveau 4, hommes, pour des activités simples et répétitives (tenant compte du fait que celles-ci comprennent également des activités exercées exclusivement en position assise), soit un revenu de CHF 4'806.- par mois. Il convient encore d'adapter ce revenu, basé sur un horaire de travail de 40 heures par semaine, pour tenir compte d'une durée hebdomadaire normale de travail dans les entreprises en 2008 de 41,6 heures (La Vie économique 3 – 2012, p. 94), de sorte qu'il est de CHF 4'998.24 par mois. Compte tenu des importantes limitations fonctionnelles du recourant, lequel se déplace avec des cannes anglaises, doit

A/1472/2013 - 37/39 - impérativement travailler en position assise avec la jambe droite allongée et ne peut transporter aucune charge, même minime, il convient d'appliquer à ce revenu une déduction de 20%. Finalement, le revenu d'invalidé est de CHF 3'998.59 par mois, soit CHF 47'983.- par an. S'agissant du salaire sans invalidité, l'employeur du recourant a indiqué, le 15 avril 2008, que le salaire de l'année 2008 était identique au salaire de l'année 2006, soit un tarif de CHF 27,35 pour 42,5 heures par semaine, avec une gratification 13ème salaire de 8,33%. Le salaire annuel calculé par l'intimée à partir de ces informations, en 2008, est de CHF 65'478.- et n'est pas contesté par le recourant. Le degré d'invalidité est ainsi de : $\frac{CHF\ 65'478 - CHF\ 47'983}{CHF\ 65'478} = 26,7\%$ soit 27 %. 18. S'agissant du taux de l'IPAI, l'intimée l'a fixé à 15% en se fondant sur l'appréciation du Dr V_____ du 19 septembre 2012.

En l'occurrence, l'expertise du BREM a considéré que le taux de l'IPAI, compte tenu d'une arthrose sur un genou avec instabilité documentée devait être revu à la hausse, soit un taux de 30%. L'intimée a d'ailleurs considéré que cette expertise, indépendante, était riche, claire et motivée et comprenait des conclusions convaincantes, dénuées de contradiction (décision litigieuse p. 7). L'avis du Dr V_____, lequel n'a d'ailleurs pas examiné le recourant, n'est pas à même de mettre en doute l'expertise précitée; en effet, il est totalement isolé lorsqu'il remet en cause le fait que les lésions constatées après l'accident sont une conséquence de celui-ci. En particulier, le BREM admet que la lésion du ligament croisé antérieur est en lien avec l'accident (expertise p. 31) et remarque que la gonarthrose fémoro-tibiale évolue depuis l'année 2005, soit depuis l'accident et que le compartiment fémoro-rotulien ne montre pas d'évolution dans les lésions arthrosiques discrètes, déjà observées en 2005 (expertise BREM p. 49). L'arthrose moyenne à grave du genou avec instabilité a clairement

été mise en relation avec l'accident (expertise BREM p. 50). La prise en charge de la rupture du ligament et de l'évolution de l'arthrose est d'ailleurs admise par l'intimée; il n'y a dans ces circonstances pas lieu d'appliquer une réduction de 50%, en raison d'un éventuel status préexistant, comme l'a pratiqué le Dr V_____. Quant au Dr T_____ il a estimé le taux de l'IPAI, pour le genou droit, de 30% à 40%. Cette appréciation n'est cependant pas à même de remettre en cause celle, motivée, du BREM.

Partant, le recourant a droit à une IPAI au taux de 30 %.

A/1472/2013 - 38/39 - 19. En l'espèce, le recourant a fait valoir un droit à une rente d'invalidité supérieur au taux de 19%, fixée par la décision du 16 décembre 2008, pour la première fois dans son opposition du 29 janvier 2009; il a donc droit à des intérêts moratoires à partir du 30 janvier 2010 au plus tôt et cela, sur le solde de la rente qui n'a pas été versé depuis le 1er décembre 2008. S'agissant de l'IPAI, l'intimée l'avait fixée à 15% dans la décision du 16 décembre 2008, taux qu'elle a confirmé le 11 janvier 2013 et qui a été contesté par le recourant le 13 février 2013; en conséquence, un intérêt moratoire est dû sur le solde non encore versé de l'IPAI depuis le 14 février 2014. 20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée; il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 27% depuis le 1er décembre 2008, avec intérêt à 5% l'an dès le 1er février 2010, dans le sens des considérants, et à une IPAI de 30%, avec intérêt à 5% l'an dès le 14 février 2014, dans le sens des considérants. 21. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1472/2013 - 39/39 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.