

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/188/2015

ATAS/1035/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____ à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Juliette
GERBER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1981, marié depuis 2007, originaire de Tunisie est entré en Suisse le 1^{er} mai 2008.
2. L'assuré a effectué un apprentissage comme réparateur auto, du 1^{er} septembre 1999 au 19 juillet 2000 chez C_____ et a obtenu un certificat d'aptitude professionnelle. Il a, en Suisse, exercé une activité d'agent d'accueil pour D_____ (ci-après : D_____) depuis le 13 novembre 2011, débutée à l'aéroport de Genève à 63 %, puis comme assistant team leader à 100 % dès le 1^{er} mars 2013, pour un salaire mensuel de CHF 4'350.- x 13 ; il était assuré à ce titre selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20 LAA) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) et pour une indemnité journalière en cas de maladie auprès d'Helsana assurances SA (ci-après : Helsana). L'assuré a également exercé comme agent de sécurité auxiliaire (videur pour une boîte de nuit) pour E_____ depuis le 25 août 2011, sans horaire fixe, pour un salaire de CHF 22.80/heure et a obtenu en 2012 un revenu brut de CHF 6'373.-.
3. Le 18 avril 2013, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police du 26 avril 2013, alors qu'il circulait à moto, l'assuré a été heurté par une automobile et projeté au sol et a été légèrement blessé au bras et au genou "gauche."
4. L'assuré a été pris en charge aux urgences des HUG où il a été constaté, le 18 avril 2013, un traumatisme crânien sans PC et des douleurs au coude et au genou droit. Selon le RX : incidence rotule à pister; RX et CT cerebro-cervical sans particularité (pas de fracture, ni d'hémorragie intracrânienne) ; l'incapacité de travail était totale du 18 au 20 avril 2013. La permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 27 avril 2013.
5. Le 24 avril 2013, D_____ a déclaré l'accident à la SUVA ; l'assuré avait heurté la portière du véhicule et s'était retrouvé de l'autre côté de celle-ci; il avait subi des contusions au crâne, nez et genou droit. La SUVA a pris le cas en charge.
6. Une IRM du genou droit du 25 avril 2013 a conclu à une entorse du ligament collatéral médical (rupture partielle).
7. Le 29 avril 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'une automobiliste lui avait coupé la route.
8. Le 28 mai 2013, le docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'un genou enflé avec une instabilité latérale interne; une radiographie de la colonne n'avait pas montré de lésion traumatique; l'incapacité de travail devait être environ de trois mois. Il a prescrit de la physiothérapie du genou.
9. Le 11 juin 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il était toujours en arrêt de travail.

10. Le 17 juin 2013, les HUG, département de chirurgie, ont attesté de contusions du genou droit et dermabrasions à la suite de l'accident.
11. Le 2 juillet 2013, une IRM du rachis lombaire et du bassin a conclu à une discopathie dégénérative débutante L4-L5 ainsi qu'à une discrète tendinopathie du moyen glutéal gauche.
12. Le 10 juillet 2013, le Dr F_____ a attesté d'un pronostic favorable et de lombalgies avec irradiation.

Le 23 juillet 2013, le docteur G_____, médecin de la SUVA a indiqué que l'incapacité de travail était due à l'accident.
13. Le 3 septembre 2013, le Dr F_____ a posé le diagnostic d'une algoneurodystrophie et préconisé un séjour à Sion.
14. Le 4 septembre 2013, une IRM du genou droit a conclu à une régression nette de l'entorse du ligament collatéral médial avec comme séquelles la persistance d'un épaissement du faisceau superficiel dans sa moitié proximale, et le faisceau profond ménisco-fémoral probablement rompu.
15. Le 13 septembre 2013, le docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'une évolution défavorable avec persistance de douleurs et limitation de flexion; l'IRM du 4 septembre 2013 montrait clairement une déchirure de grade I du ménisque interne et des séquelles de rupture du ligament ménisco-fémoral interne, avec kyste intra-méniscal. Une arthroscopie était prévue le 16 septembre 2013.
16. Le 16 septembre 2013, le Dr H_____ a pratiqué une arthroscopie du genou droit.
17. Le 20 septembre 2013, le docteur I_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation médicale selon laquelle il n'y avait pas de relation de causalité entre la méniscose (état dégénératif du ménisque sur entorse du ligament latéral médial) et l'accident.
18. le 4 octobre 2013, le Dr I_____ a relevé que l'arthroscopie était à la charge de la SUVA, le chirurgien parlant de fracture chondrale.
19. Le 11 octobre 2013, un inspecteur de la SUVA s'est entretenu avec l'assuré. Celui-ci a déclaré qu'il travaillait à l'aéroport de Genève au contrôle des cartes d'embarquement, en position debout prolongée. Lors de l'accident, il avait perdu connaissance durant une à deux minutes; à la sortie des urgences, il avait ressenti des douleurs aiguës au genou droit et avait consulté à la permanence de Chantepoulet où il avait été constaté un œdème et un hématome important au genou droit; malgré le traitement du Dr F_____, il avait des douleurs et limitations constantes du genou; l'évolution après l'arthroscopie était défavorable, le genou était enflé, avec des douleurs et limitations.

20. Le 17 octobre 2013, le Dr H_____ a attesté pour la SUVA de douleurs avec lâchage du genou. Il y avait une déchirure ménisco-fémorale droite; l'incapacité de travail était totale dès le 13 septembre 2013.
21. Le 18 octobre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). Il a indiqué avoir été touché à la tête et au genou droit lors de l'accident et il avait eu mal deux mois plus tard, à la hanche gauche et au dos.
22. Le 6 novembre 2013, la doctoresse J_____, FMH médecine interne générale, a indiqué qu'il n'y avait pas de maladie psychique incapacitante.
23. Le 7 novembre 2013, le Dr H_____ a noté des douleurs, un lâchage du genou et une phlébite; l'état était stationnaire.
24. Le 8 novembre 2013, le docteur K_____ du centre médical de Chantepoulet a relevé une aggravation de l'état de santé par des douleurs au genou droit, à la hanche gauche, des lombalgies, de vertiges et un état anxio-dépressif depuis plusieurs semaines; l'incapacité de travail était totale.
25. Le 15 novembre 2013, le Dr F_____ a mentionné une aggravation de l'état de santé depuis octobre 2013, soit une discrète phlébite à la jambe droite et des gonalgies droites; l'incapacité de travail était totale.
26. Le 2 décembre 2013, la Dresse J_____ a attesté d'un traitement psychothérapeutique depuis le 21 octobre 2013 pour les symptômes consécutifs à l'accident du 18 avril 2013, l'assuré présentant un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, sans influence sur la capacité de travail.
27. Le 18 décembre 2013, le Dr H_____ a attesté d'une récupération lente et périlleuse avec persistance de douleurs et troubles de type phlébite du membre inférieur droit. Il fallait encore 6 à 9 mois pour retrouver un genou correct.
28. Le 6 janvier 2014, le Dr I_____ a estimé qu'une reprise de travail devrait s'annoncer rapidement.
29. Le 14 janvier 2014, le Dr L_____ a attesté d'un traumatisme avec lésion du genou droit, des douleurs au dos et à la hanche gauche ainsi que des vertiges; il n'y avait pas de restriction d'un point de vue neurologique.
30. Le 30 janvier 2014, le Dr H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2013 et d'une évolution lentement favorable.
31. Le 5 février 2014, l'OAI a rendu un rapport d'évaluation suite à un entretien avec l'assuré, proposant une mesure de job/coaching et un cours d'anglais.
32. Par communication du 25 février 2014, l'OAI a pris en charge la mesure de job coaching/gestion du changement.

33. Le 25 février 2014, l'OAI a noté que la mesure de job/coaching avait été interrompue par l'assuré qui estimait pouvoir trouver une solution avec son employeur; il avait également refusé le cours d'anglais; Careerconsultants a transmis un rapport de séance avec l'assuré du 20 mars 2014.
34. Le 26 février 2014, le Dr I_____ a rendu un rapport médical après examen de l'assuré. L'assuré se plaignait de dépression, de douleurs insupportables au genou droit avec sensation de blocage et lâchage et diminution de la mobilité, de douleurs insupportables au dos et à la hanche gauche. Une prise en charge à la CRR était souhaitable et une reprise de travail possible d'ici quelques semaines.
35. Le 20 mars 2014, Careerconsultant a établi une synthèse en relevant que la mesure de coaching arrivait trop tôt pour l'assuré.
36. Le 27 mars 2014, l'OAI a constaté qu'aucune mesure IP n'avait pu être poursuivie; l'instruction médicale devait se poursuivre et l'IP était clôturée.
37. Par communication du 14 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré que l'instruction médicale de son dossier était poursuivie.
38. Le 14 avril 2014, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs de type phlébite du creux poplité à la cuisse, il a noté un point d'interrogation en réponse aux questions relatives à la capacité de travail.
39. Par communication du 14 avril 2014, l'OAI a décidé de poursuivre l'instruction du dossier.
40. Le 22 avril 2014, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une aggravation de l'état de santé depuis le 25 février 2014, (l'assuré avait chuté) avec des douleurs lombaires et au bassin en plus des gonalgies droites; l'incapacité de travail était totale.
41. Le 28 avril 2014, la Dresse J_____ a rempli un rapport médical AI indiquant une amélioration de l'état de santé depuis mi-février 2014; seul un trouble dépressif léger à modéré persistait.
42. Le 5 mai 2014, le Dr M. K_____ du Centre médical de Chantepoulet a rempli un rapport médical AI selon lequel l'état de santé s'était aggravé du point de vue de la hanche et du dos; l'assuré avait des douleurs en position debout; les douleurs au genou s'étaient améliorées; l'incapacité de travail était totale; une reprise éventuelle à 50 % était indiquée.
43. Le 12 mai 2014, le Dr I_____ a proposé d'accepter l'incapacité de travail jusqu'au 12 mai 2014 et de faire le point ensuite.
44. Le 15 mai 2014, le Dr H_____ a mentionné une déchirure ménisconfémorale droite et un traitement par support plantaire et physiothérapie. L'incapacité de travail était totale.

45. Le 10 juin 2014, le Dr M_____ du SMR a estimé que la capacité de travail était récupérée, du point de vue psychique dès la mi-février 2014 et, du point de vue du genou, dès le 12 mai 2014, (selon le Dr I_____).
46. Le 10 juin 2014, le Dr I_____ a proposé d'accepter l'incapacité de travail et de faire le point en août 2014.
47. Le 19 juin 2014, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assuré, lequel était nul. Le revenu d'invalidité de CHF 62'672.- était fondé sur l'ESS 2010, TA1, homme, niveau 4 pour 41,6 heures de travail, indexé en 2013 à 100 % et le revenu sans invalidité était de CHF 61'115.- pour 2013 (soit le cumul des deux activités de l'assuré).
48. Par projet de décision du 27 juin 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré au motif que l'incapacité de travail avait duré du 18 avril 2013 au 15 mai 2014 dans les deux activités antérieures de nettoyeur et agent de sécurité et que dès le 15 février 2014 une activité adaptée était exigible. Le degré d'invalidité était nul.
49. Le 3 juillet 2014, le Dr H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis ce jour pour une durée indéterminée.
50. Le 7 juillet 2014, le Dr K_____ a attesté d'une symptomatologie douloureuse persistante dans la région dorso-lombaire et au genou droit ; il lui semblait que l'assuré ne pouvait travailler dans cet état.
51. Le 5 août 2014, le Dr H_____ a attesté d'une évolution favorable avec la physiothérapie, un bon pronostic et répondu par un « ? » à la question de la capacité de travail.
52. Le 29 août 2014, l'assuré, représenté par son avocate, a observé qu'il n'avait jamais été employé comme nettoyeur, que la rééducation suite à l'arthroscopie n'avait pu débuter qu'au début 2014, que la marche avec des cannes durant 1 an avait eu des conséquences défavorables sur la hanche et le dos, que ses douleurs persistaient ainsi que des lâchages réguliers du genou, de sorte qu'il n'était pas capable de retravailler dès le 15 février 2014.

Une expertise était nécessaire, ce d'autant que la SUVA admettait son incapacité de travail totale ; il a transmis les certificats des Drs H_____ du 3 juillet 2014 et K_____ du 7 septembre 2014.
53. Le 3 septembre 2014, le Dr K_____ a estimé qu'une reprise à 100 % n'était actuellement pas envisageable, l'assuré se déplaçant difficilement avec des cannes et présentant des douleurs au genou droit et à la hanche gauche.
54. Le 8 septembre 2014, lors d'un entretien avec un représentant de la SUVA, l'assuré a déclaré qu'il était suivi par le Dr H_____ pour le genou et le Dr N_____ pour le dos et la hanche et qu'il allait prendre un nouvel avis auprès du

Dr O_____, qu'il n'était pas satisfait de l'évolution de son genou, qu'il souffrait de la jambe droite et du dos et qu'il souhaitait se rendre à la CRR.

55. Le 10 septembre 2014, le docteur O_____, FMH chirurgie orthopédique, a relevé qu'une scintigraphie osseuse du 10 septembre 2014 confirmait une algoneurodystrophie post-traumatique au décours du genou droit. L'assuré était totalement incapable de travailler. Dans un autre avis du même jour, il a attesté de marche avec une canne, lâchage du genou itératif et raideur, d'un pronostic relativement bon, de sinistrose, de poursuite du traitement durant trois à quatre mois et d'une algodystrophie probablement présente avant l'arthroscopie.
56. Le 10 septembre 2014, un RX du genou droit a conclu à une ostéocondensation modulaire mesurant 10 x 15 mm posant le diagnostic différentiel d'un ostéome ou ostéome ostéoïde. Une IRM était à programmer.
57. Le 10 septembre 2014, l'assuré a informé l'OAI de la position du Dr O_____ qui l'estimait totalement incapable de travailler.
58. Le 6 octobre 2014, E_____ a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 décembre 2014.
59. Une IRM du 8 octobre 2014 lombaire et du bassin a conclu à :
« Séquelles d'une maladie de Scheuermann. Dégénérescence discale L4-L5 avec protrusion discale de localisation médiane, paramédiane et foraminale en contact modéré avec la racine L4 gauche dans son trajet foraminal. Le diamètre antéro-postérieur du canal lombaire est dans les limites inférieures de la norme. Sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures. Nodule d'ostéocondensation d'aspect banal au niveau de la région trochantérienne droite. Aucun argument pour un ostéome ostéoïde. Ténobursite des insertions des fessiers moyens. »
60. Le 16 octobre 2014, le Dr M_____ a estimé qu'avec l'algoneurodystrophie de nouvelles limitations fonctionnelles étaient reconnues : ne pas porter de charges, pas de travail en marchant, alternance de positions, pas de travail à genou, accroupi. De ce fait l'activité d'agent de sécurité n'était plus exigible. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était vraisemblablement pleine. Parallèlement à cette évolution sinueuse, l'assuré avait développé un état de stress post-traumatique qui s'était amendé à la fin de 2013, passant à un épisode dépressif, au début moyen et ensuite léger, qui avait permis de récupérer la capacité de travail adaptée à la mi-février 2014, date du début de l'aptitude à la réadaptation.
61. Le 17 octobre 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du Dr O_____ du 15 octobre 2014, selon lequel les lombalgies basses et les périro-artérites étaient en relation avec des troubles de la statique et de la dynamique directement liés à une démarche perturbée par l'altération du genou droit et l'IRM du 8 octobre 2014.
62. Le 21 novembre 2014, le Dr M_____ a maintenu son avis du 16 octobre 2014.

63. Par décision du 27 novembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré avait été incapable de travailler du 18 avril 2013 au 15 février 2014, qu'il présentait une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 15 février 2014, et dans ses deux activités habituelles de nettoyeur et d'agent de sécurité dès le 12 mai 2014. Son degré d'invalidité était nul.
64. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 4 au 19 novembre 2014, laquelle a rendu un rapport le 28 novembre 2014 (docteurs P_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, Q_____, médecin-assistant, R_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, Messieurs S_____ et T_____, maîtres socio-professionnels). Les diagnostics posés étaient les suivants :

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur du genou droit.
- Accident de moto le 18 avril 2014 avec entorse de grade II du LLI du genou droit.
- 13.09.2013 : arthroscopie diagnostique avec toilettage articulaire.
- Lombalgie chronique d'origine musculo-squelettique non spécifique.
- Déconditionnement physique global.

L'assuré se plaignait de douleurs au genou droit avec lâchages fréquents et parfois blocages; depuis 3-4 mois, des douleurs à la hanche gauche étaient apparues, au genou gauche et au dos, continues. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. Des incohérences avaient été relevées : le plus évident étant les très nombreux soupirs lors de l'examen clinique; l'assuré était centré sur la douleur au point qu'il avait été difficile de mettre en place un programme de rééducation qui soutienne, l'assuré ayant une attitude défaitiste.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : long déplacement, marche dans les escaliers, échelle, accroupissement, port de charge.

L'incapacité de travail était totale du 4 novembre au 20 décembre 2014, à réévaluer.

Selon un consilium de l'appareil locomoteur (rachis) du 11 novembre 2014 (Dr R_____), l'atteinte lombaire était davantage en relation avec un trouble fonctionnel (déconditionnement) qu'avec une anomalie lésionnelle. Elle n'avait pas de rapport avec l'accident d'avril 2013 et n'était pas d'une importance telle qu'elle justifiait une incapacité de travail. Théoriquement, cette lombalgie devrait réagir favorablement à une réadaptation rachidienne active associant des exercices visant à améliorer la mobilité lombaire basse, le gainage et la proprioception. Cependant, tout avait échoué jusqu'ici et l'attitude défaitiste de l'assuré n'était pas de bon augure.

Le consilium psychiatrique du 6 novembre 2014 (Dresse U_____) a relevé que l'assuré semblait avoir présenté quelques mois après l'accident une symptomatologie évocatrice d'un état de stress post traumatique, répondant bien à un traitement par hypnose. Quelques symptômes résiduels étaient toujours présents, mais l'assuré frappait surtout par les discordances entre un discours positif et auto-valorisant et un comportement de souffrance et d'autolimitations.

Aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu.

Selon le service de réadaptation professionnelle, l'état de santé de l'assuré ne permettait pas, à ce jour, d'envisager un avenir professionnel.

65. Le 8 décembre 2014, le Dr I_____ a estimé que l'activité d'agent d'accueil était exigible depuis janvier/février 2015, selon le rapport de la CRR et qu'il souhaitait revoir le dossier mi-janvier 2015.
66. Le 9 décembre 2014, le Dr O_____ a attesté d'un diagnostic d'algoneurodystrophie du genou droit au-décours et du fait qu'une reprise de travail même partielle au 12 mai 2014 était inadéquate.
67. Le 10 décembre 2014, le Dr O_____ a contacté la SUVA et indiqué que manquaient des éléments importants dans les diagnostics relevés par la CRR dans le compte rendu d'hospitalisation, une capacité de travail de 25 % pourrait être envisageable.
68. Le 12 décembre 2014, le Dr O_____ a écrit à la CRR que le diagnostic d'algodystrophie post-traumatique au-décours et d'amyotrophie du quadriceps et ischiojambiers, ainsi qu'un syndrome lombovertébral secondaire à la marche avec une canne et une symptomatologie de la cuisse droite ne ressortaient pas suffisamment bien du rapport de la CRR.
69. Le 18 décembre 2014, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il n'avait pas tenu compte de ses observations ni de l'avis du Dr O_____ ; la CRR avait estimé que l'incapacité de travail perdurait en tous les cas jusqu'au 20 décembre 2014. L'OAI a communiqué cette écriture à la chambre de céans le 22 décembre 2014.
70. Le 16 janvier 2015, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru (cause A/188/2015) à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 novembre 2014 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et mise en œuvre de mesures de réadaptation.

La position de l'OAI quant à une capacité de travail totale dès le 12 mai 2014 était contredite par les médecins traitants; le rapport médical sur lequel l'OAI s'était fondé n'avait pu être versé au dossier; une expertise était nécessaire; il avait subi une rupture partielle du ligament du genou droit, puis une lésion méniscale du même genou, puis des troubles de type phlébite ayant retardé la rééducation, puis une algoneurodystrophie post traumatique et des troubles à la hanche et au dos. Dans ces conditions, une reprise de travail à 100 % le 12 mai 2014 était

impossible. Le Dr H_____ avait d'ailleurs évoqué le 18 décembre 2013 une période de 6 à 9 mois pour retrouver un genou correct, et la SUVA continuait de verser ses prestations. Quant aux mesures proposées, elles étaient prématurées; son état n'étant pas encore stabilisé, l'OAI devait, en cas d'incapacité à exercer l'activité antérieure, examiner quelle mesure d'ordre professionnelle pourrait être mise en place. Le droit à la rente était subsidiaire aux mesures de réadaptation.

71. Une note téléphonique du dossier SUVA du 16 mars 2015 fait état d'une conversation entre les Drs I_____ et O_____ ; celui-ci estimait qu'une reprise de travail à temps partiel serait probablement envisageable.
72. Le 17 mars 2015, Le Dr V_____ du SMR a estimé qu'il n'existait pas de motif médical susceptible de modifier les conclusions du SMR, soit une aptitude à la réadaptation à 100 % en février 2014.
73. Le 17 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours (A/188/2015) ; il n'y avait pas d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou observations cliniques; il n'y avait pas de droit non plus à des mesures d'ordre professionnelles.
74. Le 26 mars 2015, le docteur W_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré du 23 mars 2015.

L'assuré se plaignait de douleurs au genou avec gonflement occasionnel; il utilisait à l'extérieur toujours des béquilles.

Il a posé le diagnostic d'entorse du ligament latéral interne compliqué d'une algodystrophie post-traumatique sans évolution favorable

Les lombalgies étaient sans rapport avec l'accident.

Le cas était stabilisé et à ce jour, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, en position assise ou debout, en permettant de courts déplacements, sans monter d'escaliers/échelles, sans s'agenouiller, ni porter des charges de plus de 15 kg.

L'ancienne activité de surveillant, exercée essentiellement en position debout n'était plus exigible actuellement.

75. Le 14 avril 2015, E_____ a écrit à l'assuré qu'elle ne pouvait pas lui fournir un travail de télésurveillance qui n'existait pas, ni d'agent de sécurité et en raison de la nécessité de le déplacer.
76. Le 15 avril 2015, le Dr O_____ a rendu un avis selon lequel la SUVA n'avait pas, malgré sa demande, examiné la possibilité d'une reprise à 50 % dans une activité adaptée de l'entreprise. Il a contacté la SUVA par téléphone pour indiquer qu'il existait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.
77. Le 16 avril 2015, le Dr K_____ a attesté de persistance de douleurs et limitations fonctionnelles du genou droit, associé à des douleurs lombaires ; la capacité de travail était de 40 % mentionnée au début dans une activité adaptée.

78. Le 20 avril 2015, dans le cadre de la procédure AI A/188/2015, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « J'ai actuellement toujours des problèmes au genou, au dos et à la hanche. Je dois en permanence me déplacer avec des béquilles. Trois à quatre mois après l'accident, j'ai commencé à souffrir de problèmes au dos et à la hanche, en raison de la marche avec des cannes. (...) Je m'estime capable de travailler dans une activité en position assise, mais pas à 100 %, au plus à 40% ou à 50 %, comme les médecins-traitants l'ont attesté. (...) J'ai été opéré en septembre 2013 et la rééducation n'a pu débiter qu'en janvier 2014, car j'ai eu des problèmes de phlébite. Les trois premiers médecins que j'ai consultés n'ont pas diagnostiqué l'algoneurodystrophie dont je souffrais, de sorte que j'ai débuté une rééducation qui était trop intense par rapport à mon problème, ce qui l'a vraisemblablement aggravé. Le diagnostic a finalement été posé en septembre 2014 par le quatrième médecin que j'ai consulté, soit le Dr O_____. Le médecin de la SUVA n'avait pas non plus vu ce diagnostic. (...). Je précise qu'auparavant je travaillais à 130 % et que je suis prêt à débiter un nouveau travail adapté, dès que possible. ».

Le représentant de l'OAI a déclaré : « J'estime qu'une instruction complémentaire dans ce dossier n'est pas adaptée et que la capacité de travail dans une activité adaptée est confirmée dès le 15 février 2014. Je relève que la SUVA tient uniquement compte de la capacité de travail dans l'activité habituelle, alors que nous nous fondons sur une capacité de travail dans une activité adaptée. ».

79. Par ordonnance du 21 avril 2015 (A/188/2015), la chambre de céans a ordonné la production du dossier SUVA.
80. Le 22 avril 2015, l'assuré a requis une expertise judiciaire rhumatologique et indiqué que le docteur W_____ considérait son état comme stabilisé au 23 mars 2015 et que selon le Dr O_____, seule une activité de 40 % à 50 % était exigible.
81. Le 29 avril 2015, le Dr W_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle la reprise de l'activité professionnelle était exigible dès le 23 mars 2015.
82. En mai 2015, E_____ a indiqué à la SUVA que l'assuré gagnerait CHF 23.-/heure et CHF 25.80/heure de nuit en 2015.
83. Le 2 mai 2015, l'assuré a requis de la SUVA une détermination du médecin-conseil sur sa capacité de travail dès le 23 mars 2015 avec un examen concernant les affections aux hanches et au dos ; il indiquait avoir sollicité un avis complémentaire de la CRR.
84. Le 8 mai 2015, l'assuré a demandé que le médecin-conseil de la SUVA l'examine également au niveau de son dos et de ses hanches, les affections touchant ces parties étant clairement en relation avec l'accident.
85. Le 18 mai 2015, le Dr X_____ du SMR a estimé que les Drs O_____ et K_____ ne justifiaient pas une limitation de la capacité de travail ; compte tenu de la survenance d'une neuroalgodystrophie après l'appréciation du SMR, l'assuré

était apte au travail seulement dès le 23 mars 2015, selon l'avis du Dr W_____.

86. Le 19 mai 2015, le recourant a observé que les Drs K_____ et O_____ contestaient une capacité de travail de 100 % ; la SUVA avait omis d'instruire les affections aux hanches et au dos, liées à l'accident et il lui avait été demandé de le faire.

La suspension de la procédure était sollicitée, dans l'attente de l'issue de la procédure LAA.

87. Une note téléphonique de la SUVA du 20 mai 2015 fait état d'un avis du Dr O_____ selon lequel l'exigibilité du médecin d'arrondissement n'était pas possible. L'assuré ne pouvait reprendre le travail qu'à 50 % pour commencer pour un à deux mois.

88. Le 20 mai 2015, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours et à l'octroi d'une rente à 100 % du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015.

89. Le 20 mai 2015, le Dr O_____ a prescrit une reprise du travail à 50 % dans une activité adaptée (position assise, debout brièvement et marche sans charge).

90. Le 22 mai 2015, E_____ a indiqué à la SUVA qu'en 2015 l'assuré aurait été payé CHF 23.- de l'heure et CHF 25.80 de l'heure de nuit.

91. Le 26 mai 2015, le Dr I_____ a estimé que l'IRM du 2 juillet 2013 avait démontré un état dégénératif de la colonne préalable à l'accident; une évaluation du dos et des hanches avait été faite en 2014 à l'agence et par la CRR ; la discopathie dégénérative débutante n'était pas à la charge de la SUVA ; il n'avait pas le droit à une IPAI.

92. Le 3 juin 2015, le docteur Y_____, neurologue FMH, a rendu un avis à la suite de la consultation de l'assuré du 2 juin 2015. Il posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique locorégional complexe : très probable algoneurodystrophie de type I du membre inférieur droit, douleurs chroniques lombaires et cervicales dans le contexte de troubles dégénératifs possiblement décompensés dans le cadre de douleurs du membre inférieur droit, surcharge pondérale.

93. Le 9 juin 2015, le Dr I_____ a indiqué qu'il ne modifiait pas sa position.

94. Le 15 juin 2015, D_____ a indiqué à la SUVA qu'au vu de l'exigibilité fixée par le Dr O_____, aucun poste de travail adapté n'était disponible.

95. Le 15 juin 2015, la SUVA a écrit à l'assuré que les frais de traitement n'étaient plus pris en charge, le traitement n'apportant plus d'amélioration significative de l'état de santé; l'indemnité journalière était due jusqu'au 30 septembre 2015.

96. Le 16 juin 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle persistait à refuser la prise en charge des troubles du dos qui n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident.

97. Le 16 juin 2015, à la demande de la chambre de céans, la SUVA a communiqué les dernières pièces de son dossier, lesquelles ont été versées au dossier AI.
98. Le 18 juin 2015, l'assuré a requis de la SUVA la continuation de la prise en charge des traitements de son genou.
99. Le 19 juin 2015, la SUVA a répondu qu'elle allait soumettre le cas à son service médical.
100. Le 23 juin 2015, le Dr I_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle des séances de physiothérapie et des médicaments antidouleurs pour les soins du genou droit étaient à charge de la SUVA.
101. Le 24 juin 2015, le Dr O_____ a attesté que l'assuré n'arrivait pas à se passer de cannes, ce qui avait engendré une nette perturbation de la stabilité en position debout et de la démarche, expliquant les dorsolombalgies de sorte que le traumatisme du genou était indirectement responsable de la symptomatologie dorsolombaire. Les quelques lésions dégénératives n'expliquaient pas les symptômes.
102. Le 2 juillet 2015, l'assuré a observé que le Dr O_____ l'estimait capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée et que la marche avec deux cannes avait entraîné une nette perturbation de la statique en position debout et de la marche, qu'il avait contesté la décision de la SUVA de cesser la prise en charge de son traitement du genou au 15 juin 2015, et qu'il convenait d'attendre la décision de la SUVA, l'OAI se basant exclusivement sur les constatations médicales de celle-ci.
103. À la demande de la chambre de céans, (cause A/188/2015) le Dr O_____ a indiqué le 8 juillet 2015 qu'il avait préconisé une reprise de travail thérapeutique à 50 % le 20 mai 2015, mais non pas à 100 %. S'agissant des limitations fonctionnelles, il persistait une amyotrophie de 2 cm (membre inférieur droit), l'assuré marchait avec deux cannes en raison d'une appréhension de lâchage du genou droit et d'une fixation sur ce point en raison de son poids (132 kg) ; une activité sédentaire était possible à 50 %, à réévaluer à la hausse, dans le temps ; les circonstances de l'accident, la durée de l'arrêt de travail, les multiples composantes du diagnostic concernant le genou (lésion du LLI suivie d'une algoneurodystrophie) associée à une compréhension incertaine, au départ, des symptômes ressentis par l'assuré au niveau de son genou et de ses lâchages, avaient entretenus une sinistrose qui rendaient le pronostic à ce jour que moyennement favorable.
104. Le 28 juillet 2015, D_____ a attesté que l'assuré gagnerait en 2015 CHF 4'395.- x 13.
105. À la demande de la chambre de céans, la SUVA a indiqué, le 18 août 2015, que l'instruction médicale était terminée et qu'il allait être procédé à l'examen du droit à une éventuelle rente d'ici fin septembre 2015.

106. Le 26 août 2015, l'assuré a transmis à la SUVA les pièces suivantes :

- un rapport du Dr Z_____, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG du 2 juillet 2015 selon lequel il avait vu l'assuré le 30 juin 2015 et posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique, douleurs persistantes du genou droit dans un contexte d'entorse sévère du ligament collatéral médial en 2013 compliquées d'un CRPS. Il présentait deux douleurs invalidantes, celle du genou droit, clairement en lien avec l'accident de 2013 mais avec, semblait-il, un conflit sur la persistante ou non d'un CRPS en 2015 et un syndrome lombo-vertébral sans élément pour une lombalgie spécifique. Parmi les facteurs déclencheurs possibles, on retenait la marche à l'aide de béquilles depuis deux ans et la boiterie induite par les douleurs du genou. Actuellement les douleurs lombaires étaient présentes depuis plus de dix-huit mois et les facteurs de chronicité étaient extrêmement nombreux avec, outre les éléments psychologiques, un contexte de conflits asséurologiques multiples. Il proposait une évaluation multidisciplinaire aux HUG.
- une photographie de ses genoux.

L'assuré a observé qu'il n'avait pas pu débiter l'évaluation multidisciplinaire puisque la SUVA refusait la prise en charge du traitement ; compte tenu de l'état de son genou qui présentait des épisodes de douleurs aiguës avec rougeurs et gonflements il ne pouvait travailler à plus de 50 % ; enfin il réitérait sa demande de suspension de la procédure dans l'attente de la décision de la SUVA.

107. Le 28 août 2015, l'assuré a versé, dans le dossier AI, les pièces susmentionnées.
108. Le 7 septembre 2015, le Dr X_____ du SMR a rendu un avis selon lequel le Dr Z_____ insistait sur des facteurs psycho-sociaux, le Dr O_____ ne justifiait pas une capacité de travail de 50 % et le Dr Y_____ relevait le côté subjectif des douleurs alléguées, de sorte que l'influence des éléments psycho-sociaux et subjectifs était confirmée.
109. Le 9 septembre 2015, le Dr O_____ a attesté d'un arrêt de travail de 100 % du 31 août au 30 septembre 2015.
110. Le 15 septembre 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions (A/188/2015).
111. Le 22 septembre 2015, les Drs I_____ et W_____ ont rendu une appréciation médicale selon laquelle, sur le plan purement objectif, les anomalies observées à l'IRM de la colonne vertébrale étaient liées à une pathologie dégénérative, sans lien avec l'accident et très probablement en lien avec l'obésité sévère ; une activité accessoire d'agent de sécurité n'était pas exigible mais une activité accessoire adaptée pourrait l'être, sous réserve du respect du cadre légal.
112. Le 25 septembre 2015, la SUVA a effectué une recherche de postes de travail et en a sélectionné 204, dont le salaire minimal était de CHF 42'900.- et le salaire maximal de CHF 72'800.-, la moyenne des salaires moyens étant de CHF 55'265.-. Cinq descriptions de postes de travail étaient retenus, soit

collaborateur de production sur machines automatiques pour un salaire moyen de CHF 54'900.- ; huissier pour un salaire moyen de CHF 55'900.- ; employé de commerce, papier, emballage pour un salaire moyen de CHF 57'326.- ; secrétaire, chef de bureau pour un salaire moyen de CHF 59'950.- ; boîtier-polisseur dans l'horlogerie pour un salaire moyen de CHF 61'750.-. La moyenne des salaires moyens était de CHF 57'965.20.

113. Dans une appréciation du 28 septembre 2015, le Dr I_____ a estimé qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % pouvait être allouée, par analogie avec la prévision d'un état durable pour son genou droit (taux inférieur d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne), compte tenu d'une persistance des douleurs du genou, d'une amyotrophie et d'un diagnostic d'algoneurodystrophie évoqué sans certitude.
114. Par courriels du 29 septembre 2015, D_____ a indiqué à la SUVA, à la demande de celle-ci, qu'un collègue de l'assuré avait effectué pour l'année 2015 82 heures supplémentaires et que le taux horaire était de CHF 25.36 x 125 % = CHF 31.70.
115. Le 30 septembre 2015, la SUVA a calculé le degré d'invalidité de l'assuré à 4 % en se basant sur un revenu sans l'accident de CHF 64'787.-, soit CHF 59'734.40 chez D_____ (4'395 x 13 + 82h x CHF 31.70) et CHF 5'055.55 chez E_____, ainsi qu'un revenu d'invalidé de CHF 62'163.-, soit une moyenne de revenus issu des DPT, de CHF 57'965.-, augmentée d'une activité accessoire de CHF 4'198.- (fondée sur l'ESS 2012, adaptée à 2015 et à l'horaire hebdomadaire de travail de 41,7 h, puis rapportée à 3,5h effectuées en moyenne par l'assuré).
116. Par décision du 1^{er} octobre 2015, la SUVA a alloué à l'assuré un IPAI de 5 % ; elle a constaté que les séquelles de l'accident n'empêchaient pas l'assuré de travailler dans des activités sur sol plat, permettant d'alterner des positions assise et debout et sans port de charges supérieures à 15 kg, comme celles de l'industrie ou du commerce (petite mécanique, travaux de tri ou de contrôle de produits manufacturés, surveillance de machines ou d'installations, etc) ; l'assuré pourrait réaliser un salaire de CHF 62'163.- ; comparé au gain sans invalidité de CHF 64'787.-, il en résultait une perte de 4 %.
117. Le 20 octobre 2015, l'OAI a maintenu sa position.
118. Le 20 octobre 2015 l'assuré a requis la suspension de la procédure AI jusqu'à droit jugé dans la procédure LAA, une opposition étant formée à l'encontre de la décision de la SUVA du 1^{er} octobre 2015.
119. Le 2 novembre 2015, le recourant a fait opposition à la décision de la SUVA du 1^{er} octobre 2015. Il fait valoir que son état de santé n'est pas stabilisé ; ses médecins traitants contestaient l'avis du Dr W_____ concluant à une capacité de travail entière dès le 23 mars 2015 ; son genou était parfois très gonflé ce qui l'empêchait de travailler ; il présentait des douleurs au dos et aux hanches dues à la boiterie et à la marche avec des cannes ; une activité à 100% n'était pas exigible mais seulement à 50 %. Un revenu d'invalidé de CHF 62'163.- était irréaliste ; le

revenu sans invalidité étant de CHF 64'787.- au total, soit tant pour son activité auprès de D_____ à 100 %, payée CHF 54'600.-, que celle auprès d'E_____ pour un taux de 20% environ ; il n'avait aucune formation et sa réinsertion était donc particulièrement compliquée ; un salaire à 100 % de CHF 62'163.- était irréaliste. Compte tenu d'un salaire avec invalidité à 50 % de CHF 27'300.- par année, le degré d'invalidité était de 58 % ; enfin, l'IPAI devait être d'au moins 15 % pour le genou et augmentée à 20 % compte tenu des douleurs dorso-lombaires.

Il a conclu principalement à l'annulation de la décision du 1^{er} octobre 2015, à la constatation d'un état de santé non stabilisé, à une capacité de travail de 50 % ainsi qu'à la poursuite de l'indemnité journalière au-delà du 30 septembre 2015, subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité fondée sur un degré de 58 % et d'une IPAI de 20 %.

120. Le 5 novembre 2015, l'OAI s'en est rapporté à justice sur la question de la suspension de la procédure AI (A/188/2015).
121. Par arrêt incident du 14 décembre 2015 (ATAS/965/2015), la chambre de céans a suspendu la cause AI (A/188/2015) dans l'attente de l'issue de la procédure LAA.
122. Par décision du 12 février 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré ; Les Drs W_____, I_____ et R_____ avaient estimé que les anomalies radiologiques (rachis lombaire et bassin) étaient liées à une pathologie purement dégénérative sans lien avec l'accident et que le syndrome lombo-vertébral était probablement en lien avec l'obésité sévère, de sorte que la responsabilité de la SUVA n'était pas engagée pour les douleurs du recourant au rachis lombaire et aux hanches ; l'état de santé était stabilisé au 30 septembre 2015, le recourant ne bénéficiant que d'une thérapie de soutien ; La SUVA avait fourni cinq descriptions de poste de travail (DPT) compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Ces places de travail mettaient en évidence un gain réalisable de CHF 57'965.20 en 2015 ; l'exercice d'une activité professionnelle accessoire adaptée ne se heurtant pas à des contre-indications médicales, il convenait d'ajouter la somme de CHF 4'198.-, de sorte que le revenu annuel d'invalidé de l'assuré était de CHF 62'163.-, lequel correspondait par ailleurs au revenu issu de l'ESS 2012, adapté à l'année 2015.

Le degré d'invalidité était de 4 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

S'agissant de l'IPAI, le taux inférieur d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne (Table de la SUVA) avait été appliqué par le Dr I_____ et aucun argument médical concret ne permettait de s'en écarter.

123. Le 16 mars 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru (cause A/882/2016) auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à la condamnation de la SUVA à lui verser une rente de 58 % depuis le 1^{er} octobre 2015, fondée sur une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et une IPAI de 20 % ; préalablement, il a requis son audition, celle de Mme AA_____ et du

Dr O_____, ainsi que l'ordonnance d'une expertise, laquelle était nécessaire ; il ne contestait plus la stabilisation de son état de santé ; son genou était douloureux et parfois très gonflé, ce qui l'empêchait lors de ces épisodes d'exercer une activité professionnelle ; les douleurs au dos et aux hanches étaient en lien avec la boiterie et la marche avec des cannes ; une activité à plus de 50 % était dès lors exclue.

Le revenu d'invalidé de CHF 62'163.- était surévalué car son ancienne activité auprès de D_____ lui rapportait un salaire de CHF 54'600.- ; il était d'ailleurs toujours sous contrat avec cette entreprise. Le revenu d'invalidé était de CHF 54'600.-, soit de CHF 27'300.- compte tenu d'une activité à 50 % seule possible ; le revenu sans invalidité était de CHF 64'787.- ; le degré d'invalidité était donc de 58 %.

Enfin, souffrant d'une algodystrophie, une IPAI de 15 % était justifiée, augmentée à 20 % en raison des atteintes dorso-lombaires.

124. Le 14 avril 2016, la SUVA a conclu au rejet du recours (A/882/2016) au motif qu'aucun élément médical ne remettait en cause l'appréciation de ses médecins-conseils ; l'utilisation de cannes anglaises n'était pas motivée par le Dr O_____, de sorte que l'avis de celui-ci ne permettait pas d'admettre une relation de causalité entre les douleurs dorso-lombaires et l'accident ; il convenait d'apporter le dossier AI à la procédure LAA.
125. Le 18 avril 2016, le recourant a transmis un courrier du 12 avril 2016 de D_____ attestant qu'en 2016 les superviseurs/team leaders, comme le recourant percevaient un salaire de CHF 4'600.- x 13.
126. Le 9 mai 2016, le recourant a acquiescé au versement du dossier AI dans le dossier LAA (A/882/2016).
127. Par ordonnance du 12 mai 2016, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI (procédure A/188/2015).
128. Le 19 mai 2016, le docteur AB_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a rendu, à la demande d'Helsana, une expertise.

L'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la fesse gauche, exacerbées en charge, de cervicalgies irradiant sur les épaules ainsi que d'une douleur continue au genou droit, avec des phénomènes de lâchage, une tuméfaction récurrente avec rougeur et chaleur et une tuméfaction au niveau du dos du pied droit survenant lors de charges prolongées ; il revendiquait un état dépressif avec trouble du sommeil, ruminations, sentiment d'anxiété, sans vision d'avenir, un ralentissement et un état de fatigue générale, des vertiges avec nausées ; l'assuré avait pris 20 kg depuis l'accident.

Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de : gonalgie droite séquellaire sur status après déchirure partielle de ligament latéral interne, secondaire à un accident de motocyclette du 18 avril 2014, status après

arthroscopie diagnostic et toilette articulaire du 13 septembre 2013, status après algoneurodystrophie (CRPS) et sans répercussion sur la capacité de travail de : syndrome cervico-lombaire algiques d'origine musculo-squelettique, discrète discopathie L4-L5, trouble statique, dysbalance et déconditionnement physique global, obésité de classe II (BMI 35.2), comportement anormal de la maladie avec réaction exagérée à la douleur (majoration subjective des plaintes), état de stress post-traumatique F41.3 et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F33.2.

L'examen ostéo-articulaire était rassurant ; il n'y avait pas d'argument clinique pour un processus de type algoneurodystrophie ; on retenait selon les documents radiologiques de septembre 2015 une régression radiologique des signes d'algoneurodystrophie et l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative aux dépens du rachis lombaire ou cervical pouvant être à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée. L'ensemble de la symptomatologie douloureuse chronique mis en avant par l'assuré, l'impotence fonctionnelle majeure revendiquée de même que le handicap ne pouvaient être corrélés à une atteinte biomécanique objectivable sur le plan clinique. La persistance de plaintes algiques invalidantes, l'absence d'évolution favorable malgré les différents traitements physiques et médicamenteux instaurés s'inscrivaient dans un processus de comportement anormal (réaction pathologique) à la douleur avec une composante de majoration subjective des plaintes. Les atteintes ostéo-articulaires objectivées chez l'assuré étaient responsables de limitations fonctionnelles induisant une incapacité de travail dans ses activités antérieures, comme déjà établie par les différentes évaluations de la SUVA.

Toute forme d'activité adaptée de type sédentaire ou semi-sédentaire respectant les limitations fonctionnelles par rapport aux stations en charge prolongées, la montée ou la descente d'escaliers, les positions accroupies ou en genuflexion de même que le port de charge au-delà de 15 kg étaient possibles sur le plan médico-théorique à un taux de 100 % sans diminution de rendement. Une telle capacité de travail était possible depuis au moins le jour de cette expertise et vraisemblablement depuis les derniers examens radiologiques réalisés en septembre 2015.

L'incapacité de travail à 100 % toujours revendiquée par l'assuré n'avait pas de fondement biomécanique actuellement, que ce fut en relation avec une maladie ou secondaire à l'accident de 2013.

L'expert a relevés les limitations fonctionnelles suivantes : activités sédentaires ou semi-sédentaires à faible charge physique permettant des variations de position assise/debout de préférence à la guise de l'assuré, limitant les périodes statiques debout prolongées ou en mouvement de même que les montées ou descentes d'escaliers à répétition, les activités sur échelle, en genuflexion ou accroupie à répétition et le port de charge supérieure à une quinzaine de kilos de façon répétitive.

Au vu de la désinsertion socio-professionnelle depuis actuellement trois ans, du conflit asséurologique au décours et du comportement anormal de la maladie avec réaction exagérée à la douleur, une reprise d'activité professionnelle progressive dans un premier temps à 50 % était préconisée, de même que la mise en place de mesures de reconditionnement dans un milieu spécialisé pluridisciplinaire.

Enfin, une expertise psychiatrique était suggérée.

129. Le 30 juin 2016, la SUVA a observé (A/882/2016) que les conclusions des Drs I_____ et W_____ n'étaient contredites par aucune pièce au dossier et qu'elles rejoignaient celles du docteur AB_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, ce dernier ayant effectué une expertise, mandaté par l'Helsana ; par ailleurs, il n'existait pas de relation de causalité entre les éventuelles affections psychiques du recourant et l'accident, celui-ci étant de gravité moyenne, sans circonstances dramatiques, sans avoir provoqué de lésions physiques particulières, ni erreur médicale ou complication importante. Quant aux douleurs persistantes et à la longueur de l'incapacité de travail, il ne s'agissait pas de critères pertinents car des facteurs d'inorganicité influençaient l'état de santé.

Le revenu sans invalidité n'était pas contesté ; quant au revenu avec invalidité, il était établi selon les DPT et augmenté d'un gain accessoire exigible ; la situation ne lui serait pas plus favorable si le calcul était effectué selon l'ESS 2012, Tableau TA1, niveau de qualification 7, avec une déduction de 10 %, lequel aboutissait à un revenu de CHF 60'021.-.

Enfin, s'agissant de l'IPAI, l'évaluation du Dr I_____ n'était pas valablement remise en cause.

130. Le 15 août 2016, le recourant a répliqué (A/882/2016) en relevant que l'atteinte au genou droit impliquait l'utilisation de cannes anglaises, contrairement à l'avis de la SUVA et les troubles dorsolombaires étaient en lien de causalité avec l'accident ; il existait une importante discrépance entre les avis des médecins de la SUVA, y compris le Dr AB_____ et les médecins traitants, une expertise orthopédique et psychiatrique était justifiée ; même en admettant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le revenu avec invalidité serait de CHF 4'350.- x 13 = CHF 56'550.- ; quant au revenu sans invalidité, compte tenu des dernières informations fournies par D_____, il était de CHF 65'800.- (4'600.- x 13 + CHF 6'000.-), de sorte qu'une rente d'invalidité était due sur la base d'un degré d'invalidité de 14 %.
131. Le 1^{er} septembre 2016, la SUVA a dupliqué (A/882/2016) ; les troubles dorsolombaires n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité de travail, comme l'attestait l'expertise du Dr AB_____ ; les douleurs n'étaient pas objectivées et les séquelles objectives ne commandaient pas l'utilisation de cannes ; quant aux troubles psychologiques, ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, l'augmentation de salaire de 2016 n'avait pas à

être prise en compte puisque la comparaison des revenus s'effectuait en 2015 ; quant au revenu d'invalidé, il ne pouvait être inférieur à celui issu des ESS 2012 de CHF 60'021.-.

132. Par arrêt du 17 octobre 2016 (ATAS/845/2016), la chambre de céans a admis partiellement le recours (A/882/2016) et a réformé la décision de la SUVA du 12 février 2016 dans le sens que le recourant avait droit à une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} octobre 2015.
133. Par arrêt du 13 septembre 2017 (8C_765/2016), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par la SUVA à l'encontre de l'arrêt précité et a annulé celui-ci. Il a constaté que le degré d'invalidité, de 4 %, soit inférieur à 10 %, n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.
134. Par ordonnance du 28 septembre 2017, la chambre de céans a ordonné la reprise de la procédure A/188/2015 et fixé un délai aux parties pour qu'elles se déterminent suite aux arrêts de la chambre de céans du 17 octobre 2015 et du Tribunal fédéral du 13 septembre 2017.
135. Le 24 octobre 2017, l'OAI a maintenu sa position et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015.
136. Le 26 octobre 2017, le recourant a observé qu'il n'était pas capable de travailler à 100 % en raison des séquelles de son accident, qu'il s'était inscrit au chômage mais que sa formation minimaliste et son expérience limitée au domaine de la sécurité, au-delà des contraintes physiques qui l'affectaient, l'empêchaient de sortir de la spirale de l'invalidité ; il ne réclamait pas de rente d'invalidité au vu de la décision fédérale, même si des troubles physiques ou psychiques sans lien avec l'accident pourraient être investigués ; se posait encore la question de la réadaptation, celle-ci pouvant lui permettre de retrouver un emploi ; il concluait donc à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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 délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel, étant constaté que l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015 et que le recourant ne prétend pas à l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà de cette date.
5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

6. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer

leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

7. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral du 18 septembre 2015, 9C_177/2015).
8. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGGA).
9. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts

cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

10. Enfin, une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4e révision de la LAI auxquelles se réfèrent les premiers juges (cf. ATF 116 V 80 consid. 6 p. 80 ss; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2.c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Si la révision législative en question avait certes pour but d'obliger les autorités administratives à entreprendre, d'office, plus de démarches dans le domaine de la réadaptation, notamment en relation avec l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), cette obligation ne laisse cependant rien présager de la forme que doit revêtir l'aide au placement. Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c p. 233 et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (arrêt du Tribunal fédéral du 11 mai 2009, 9C_28/2009).
11. En l'occurrence, le recourant, au vu de son taux d'invalidité de 4 %, lequel n'est plus contesté et qui a été confirmé par le Tribunal fédéral dans le cadre de la procédure A/882/2016, n'a pas droit à une mesure de reclassement. Par ailleurs, compte tenu du faible degré d'invalidité du recourant et de sa capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ainsi qu'une capacité de travail supplémentaire de 3,5 heures par semaine dans toute activité accessoire adaptée (arrêt du Tribunal fédéral du 13 septembre 2017 8C_765/2016), une mesure d'ordre professionnel ne se justifie pas. En revanche, le recourant pourra, sur demande écrite et motivée, requérir de l'intimé une aide au placement, celle-ci n'exigeant pas qu'un certain degré d'invalidité soit réalisé.
12. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015, étant précisé que le recourant pourra déposer une demande écrite et motivée auprès de l'intimé en vue d'obtenir une aide au placement.
13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort

du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 27 novembre 2014.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015.
5. Dit que le recourant peut déposer auprès de l'intimé une demande d'aide au placement.
6. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le