

GE_GERICHTE ATAS/12/2019 vom 14. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_12_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/12/2019 du 14 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/12/2019 del 14 gennaio 2019

Erwägungen

E. 17

% à compter du 1er novembre 2016. 46. Le 10 mai 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition contre cette décision, concluant à la reprise du versement d'indemnités journalières, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 %, étant dans l'impossibilité de retrouver un travail. En annexe figurait notamment un rapport du service de neurochirurgie des HUG du 30 mars 2017, dont il ressort que l'assuré avait consulté en raison de nualgies et cervicobrachialgies gauches en péjoration ainsi que de la persistance d'une lombosciatalgie à gauche. Les diagnostics étaient ceux de troubles dégénératifs multi-tagés de la colonne cervicale avec discopathie C3-C4 avec composante de

A/2873/2017 - 10/26 - protrusion discale paramédiane et postéro-latérale gauche ; status post fenestration interlaminaire L5-S1 à droite avec flavectomie, récessotomie, foraminotomie S1 à droite ainsi que séquestrectomie le 14 janvier 2014 ; status post TLIF L5-S1 droite avec Lgacy + cage TM Ardis et greffon autologue + allogène Grafton 5a, avec robot Mazor, sous contrôle scopique le 27 novembre 2014. L'IRM du mois d'avril 2016 mettait en évidence une discopathie C3-C4 gauche avec une composante de protrusion discale paramédiane et postérolatérale gauche, susceptible d'être en conflit avec la racine C4 à gauche. La symptomatologie s'était péjorée suite à un accident à l'époque. 47. Par décision sur opposition du 2 juin 2017, la SUVA a écarté l'opposition. En premier lieu, l'assurance-accidents a considéré qu'il n'y avait aucun élément permettant d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et en particulier aucune indication pour une nouvelle intervention chirurgicale ou un traitement susceptible d'améliorer son état de santé de manière sensible. Par conséquent, le cas était stabilisé et le versement des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2016 n'était pas justifié. Ensuite, sur le plan médical, la SUVA a admis que l'assuré ne pouvait plus reprendre une activité de peintre sur chantier, une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles évoquées par le Dr F_____ étant en revanche possible à 100% avec une diminution de rendement de 15%. Cette exigibilité correspondait au demeurant également aux conclusions des Drs G_____ et H_____. Quant aux troubles du rachis cervical, ils ne relevaient pas de la responsabilité de la SUVA. Enfin, sur le plan économique, la SUVA avait décidé de fixer le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, au vu d'une représentativité insuffisante des DPT. La comparaison des revenus ainsi effectuée avait montré une invalidité de 17.1 %. 48. Le 3 juillet 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant, avec suite de dépens, préalablement à l'ouverture des enquêtes (comparution personnelle des parties et audition des médecins traitants ; expertise judiciaire, communication de son CV, accompagné de la

liste de ses limitations fonctionnelles, à trois agences de placement du canton de Genève, au moins) et, principalement, à la condamnation de la SUVA (ci-après : l'intimée) au paiement d'une rente d'invalidité de 100 %. A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré que l'examen final pratiqué par le médecin d'arrondissement de l'intimée le 27 mai 2016 était lacunaire, dès lors qu'il ne prenait pas en considération l'ensemble du tableau clinique et qu'il ne discutait notamment pas les constatations faites par les neurologues des HUG dans leur rapport du 16 février 2016. Le simple fait qu'il n'existait pas d'atteinte organique claire ne permettait pas d'ignorer purement et simplement cet aspect du dossier. Au demeurant, des troubles neurologiques

A/2873/2017 - 11/26 - fonctionnels moteurs (F 44.4) avaient été clairement constatés. Le rapport du Dr F_____ était également imprécis s'agissant des diagnostics, dès lors qu'il ne mentionnait notamment pas ceux évoqués par le service de neurochirurgie des HUG dans leur rapport du 30 mars 2017 (troubles dégénératifs multiples étagés de la colonne cervicale avec discopathie C3-C4 avec composante de protrusion discale para médiane et postéro latérale gauche, status post fenestration interlaminaire L5- S1 à droite avec flavectomie, récessotomie, foraminotomie S1 à droite ainsi que séquestrectomie et status post TLIF L5-S1 en droite avec Legacy + cage TM Ardis et greffon autologue + allogène Grafton 5a, avec robot Mazor). Or, il y avait lieu de prendre en considération l'ensemble du tableau clinique. Par ailleurs, le Dr F_____ était orthopédiste, ce qui ne paraissait pas être la spécialité adéquate au regard des séquelles présentées par l'assuré. Quant au rapport du SMR du 1er novembre 2016, il était partiel et partial. En effet, le Dr G_____ avait évoqué, dans le volet neurologique, de prétendues incohérences multiples, qui ne se retrouvaient pourtant pas dans les divers rapports du service de neurologie des HUG. Par ailleurs, la remise en question de la nécessité de cannes anglaises pour se déplacer était également surprenante. De même, la négation de toutes sciatalgies allait à rebours de toutes les opinions médicales exprimées. Pour toutes ces raisons, le recourant concluait à la réalisation d'une expertise judiciaire. Sur le plan économique, le recourant était d'avis qu'il n'était pas en mesure d'exploiter une capacité de travail dans une activité exigible. Cet aspect n'était pas non plus discuté dans la décision entreprise. Même si l'on devait se contenter de retenir les limitations fonctionnelles prises en compte tant par l'intimé que par l'OAI, il n'était pas possible de prétendre de bonne foi qu'il existerait un employeur dans le circuit économique ordinaire disposé à engager un tel assuré. 49. Par du 17 août 2017, le recourant a produit un rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale du 13 juillet 2017, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics d'infiltration de la racine C3-C4 en avril 2017, nualgies et cervico-brachialgies droite, persistance d'une lombosciatalgie gauche, déficit sensitivo-moteur du membre inférieur droit, troubles dégénératifs multi-étagés de la colonne cervicale avec discopathie C3-C4 avec composante de protrusion discale paramédiane et postéro-latérale gauche, status post fenestration interlaminaire L5-S1 à droite, avec flavectomie, récessotomie, foraminotomie S1 à droite ainsi que séquestrectomie en janvier 2014, status post TLIF L5-S1 droite avec Legacy + cage TM ARdis et greffon autologue + allogène Grafton en novembre 2014. Le recourant présentait des cervicalgies chroniques invalidantes, indépendantes de la position et présentes toute la journée, ainsi qu'un trouble neurologique moteur avec une parésie du membre inférieur droit. Le médecin était d'avis que le recourant était actuellement dans l'incapacité de travailler en raison de

A/2873/2017 - 12/26 - l'importance des douleurs ainsi que de la difficulté à se déplacer. Le pronostic était mauvais. 50. L'intimée a conclu au rejet du recours par mémoire du 1er septembre 2017. A l'appui de sa position, elle a considéré que l'appréciation médicale du Dr F_____ du 30 mai 2016 satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels. Ses conclusions n'apparaissaient au demeurant pas remises en cause par les constatations des neurologues du 22 février 2016, dès lors qu'ils ne fondaient leurs observations sur aucun substrat organique. À l'instar des Drs G_____ et F_____, les neurologues excluaient plutôt toute atteinte neurologique structurelle, évoquant d'ailleurs une composante psychique aux symptômes du recourant. Quant au rapport du Dr I_____ du 13 juillet 2017, il se bornait à rapporter les cervicalgies de son patient. Or, l'étiologie de ses troubles avait précisément été discutée par les Drs G_____ et F_____. Il en allait de même des atteintes neurologiques évoquées par le médecin traitant, qui n'y associait du reste pas de lésions objectives. Dans un second grief, le recourant contestait être en mesure de réaliser un revenu dans une activité raisonnablement exigible, aucune place de travail ne s'offrant à lui, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Il n'était pas contesté que le recourant présentait un certain nombre de limitations fonctionnelles. Cependant, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. À cet égard, le recourant n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples de manutention légère ou de contrôle ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Pour le surplus, le recourant n'avait contesté ni le revenu sans invalidité, ni le revenu d'invalidité retenu par l'intimé, de sorte que le taux d'invalidité de 17 % retenu par l'intimé devait être confirmé. 51. Le 13 octobre 2017, le recourant a répliqué et a produit un rapport du 16 août 2017 du docteur J_____, chef de clinique auprès du service de neurochirurgie des HUG. Après avoir résumé ledit rapport, il a persisté à considérer que les évaluations des Drs G_____ et F_____ ne prenaient pas en compte l'intégralité du tableau clinique. Il avait souffert d'un accident alors qu'il ne présentait aucune atteinte incapacitante auparavant. Certes, son état de santé présentait aujourd'hui des troubles dégénératifs mais il n'en demeurait pas moins que les liens de causalité naturelle et adéquate figuraient au premier plan. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr J_____ excédaient celles évoquées par les Drs F_____ et G_____. Cela étant, les médecins traitants s'accordaient à reconnaître une complète incapacité de travail quelle que soit l'activité envisagée. Le recourant s'est également référé au rapport initial du spécialiste en insertion professionnelle de l'OAI, dans lequel celui-ci avait notamment retenu que l'état de santé n'était pas stabilisé et que le recourant ne se sentait pas capable de s'investir dans une mesure professionnelle. Par ailleurs, le rapport du 1er novembre 2016 du

A/2873/2017 - 13/26 - Dr G_____ retenait une capacité de travail de 85 % dans une activité adaptée en précisant « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ». Or, le service de réinsertion professionnelle, sans avoir revu le recourant, avait retenu, sans la moindre discussion du cas, un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples ou légères, ouvrier dans le conditionnement. Un tel mode d'instruction expéditif ne permettait pas d'accorder la moindre valeur probante à cette appréciation. En annexe figurait le rapport précité du Dr J_____ du 16 août 2017, dans lequel ce médecin a retenu les diagnostics de troubles dégénératifs multi-étagés de la colonne cervicale avec discopathie C3-C4 avec une composante de protrusion paramédiane et postéro-latérale gauche, sans myélopathie

cervicale ; status post-fenestration interlaminaire L5-S1 à droite avec flavectomie, récessotomie, foraminotomie S1 à droite ainsi que séquestrectomie le 14 janvier 2014 ; status post TLIF L5-S1 droite avec Legacy + cage TM ARdis et greffon autologue + allogène Grafton 5a avec robot Mazor, sous contrôle scopique le 27 novembre 2014. La consultation avait été demandée en raison de nuchalgies et cervico-brachialgies en péjoration d'une lombosciatalgie gauche persistante. Au vu du manque de corrélation entre le trouble dégénératif et les cervicalgies, aucune indication opératoire n'avait été retenue et le recourant avait été adressé aux spécialistes de la douleur des HUG. 52. L'intimée a dupliqué par courrier du 13 novembre 2017 et a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. La causalité naturelle entre les cervicalgies et le trouble neurologique moteur avec parésie du membre inférieur droit et l'accident du 28 octobre 2013 avait été nié. En effet, les troubles du rachis cervical étaient d'origine dégénérative comme cela avait été retenu par les médecins de la CRR ainsi que par les Drs F_____, I_____ et J_____. Au surplus l'IRM cervicale du 12 janvier 2015 avait révélé une protrusion paramédiane gauche en C3-C4 n'expliquant pas la symptomatologie présentée par le recourant. Le Dr G_____ avait ainsi exclu un syndrome rachidien cervical. Enfin, s'agissant du trouble neurologique moteur avec parésie du membre inférieur droit, ce même médecin avait relevé des incohérences (le tonus est normal alors qu'en cas d'atteintes périphériques étendues, il devrait y avoir une hypotonie flagrante ; pas d'amyotrophie au niveau de la cuisse ou au niveau de la jambe ; pas de réactions tendineuses chez l'assuré). Par conséquent le médecin du SMR avait déterminé les limitations fonctionnelles sans tenir compte des dérobolements du membre inférieur droit qui n'avaient pas d'origine organique, diagnostic également retenu par le Dr C_____. 53. Par courrier du 6 novembre 2017, le recourant a encore présenté des observations spontanées, suite à un rapport du 24 octobre 2017 du Docteur K_____, médecin interne au service de neurochirurgie des HUG. Il en ressort que le recourant avait consulté ce médecin en raison de l'apparition de lombalgies à 10/10 suite à un faux mouvement, trois semaines auparavant. Du point de vue clinique, le recourant

A/2873/2017 - 14/26 - présentait une très grave parésie au membre inférieur droit, raison pour laquelle il avait été obligé de garder une attelle à la jambe et au pied droit. Ces déficits étaient apparus suite à la deuxième opération qu'il avait subie et ils limitaient fortement la marche (deux cannes étant nécessaires). Le diagnostic était celui de trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale, avec discopathie en C3-C4 avec une composante et une protrusion discale paramédiane et postéro-latérale gauche. Devant ce tableau, vu les images réalisées dans ce contexte, il n'y avait pas d'indication à un traitement neurochirurgical. 54. Par courrier du 12 décembre 2017, l'intimée a constaté que le rapport médical du Dr K_____ du 24 octobre 2017 ne faisait état d'aucun élément nouveau. En effet, ce dernier y mentionnait des troubles déjà connus, sur lesquels elle avait pris position dans ses mémoires de réponse du 1er septembre 2017 et de duplique du 13 novembre 2017. 55. Le 12 février 2018, la chambre de céans a entendu les parties. A cette occasion, le recourant a déclaré qu'il était toujours en traitement, lequel consistait en des séances de physiothérapie à raison d'une à deux fois par semaine (27 par année au total). Par ailleurs, une fois par mois, il se rendait chez son médecin traitant. Il n'avait pas essayé de retrouver un travail, dès lors qu'il lui était très difficile de se déplacer. Lorsqu'il était assis, il ne pouvait pas rester dans cette position pendant longtemps. Les douleurs survenaient essentiellement à l'occasion des déplacements. Lorsqu'il utilisait ses cannes, il souffrait assez rapidement. La douleur augmentait en fonction de la longueur du déplacement et lorsqu'il s'asseyait après le déplacement, la douleur persistait dans cette position, qu'il ne pouvait pas tenir longtemps.

D'ailleurs au bout d'un moment, il devait se coucher. Il lui était difficile de trouver une position dans laquelle il pouvait dormir sans douleurs. Néanmoins, lorsqu'il se réveillait le matin, il ne ressentait presque pas de douleurs, mais elles apparaissaient dès qu'il se mettait en mouvement. Par l'intermédiaire de son conseil, le recourant a persisté dans ses conclusions en expertise médicale. Quant à l'intimée, elle a maintenu ses conclusions. Dans la mesure où aucun document médical au dossier ne venait contredire l'avis du Dr F_____, une expertise judiciaire ne se justifiait pas. 56. Suite à l'ordonnance du 28 février 2018, l'OAI a produit son dossier concernant le recourant. Il en ressort notamment ce qui suit : ■ Le 2 octobre 2009, l'assuré a chuté d'un échafaudage. Emmené aux urgences, il a été hospitalisé au service de neurochirurgie du 2 au 9 octobre 2009. Le diagnostic retenu était alors celui de contusion lombaire avec lombosciatalgies aiguës. ■ Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA.

A/2873/2017 - 15/26 - ■ L'assuré a séjourné à la CRR du 25 mai au 6 juillet 2010. Selon le rapport y relatif, daté du 11 août 2010, il souffrait de cervicalgies et de lombosciatalgies droites persistantes et les diagnostics retenus étaient ceux de cervicarthrose, anomalie transitionnelle lombo-sacrée, trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et intertrigo mycosique. Les investigations menées n'avaient pas montré d'atteinte musculo-squelettique ou neurologique. Il n'y avait dès lors pas d'explication lésionnelle à l'évolution défavorable. Le trouble de l'adaptation était marqué. Il n'y avait pas d'atteinte traumatique ostéo-articulaire ou neurologique justifiant une incapacité de travail, laquelle pouvait toutefois se justifier, encore quelques temps, pour des motifs psychiques. ■ Le 24 octobre 2011, l'OAI du canton de Neuchâtel a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente, dès lors qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail depuis le 26 septembre 2010 au moins. 57. Par écritures des 13 et 26 avril 2018, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives. 58. Le 7 mai 2018, le recourant a transmis le rapport de la consultation ambulatoire de la douleur du 18 avril 2018. Il en ressort qu'à cette date, les lombalgies étaient au premier plan. C'était depuis qu'il avait essayé de ramasser une feuille de papier que le recourant présentait une péjoration des lombalgies, associées à une discrète irradiation au membre inférieur gauche. Dans ce contexte, une nouvelle IRM lombaire avait été effectuée, en septembre, au Portugal. Elle avait mis en évidence une hernie L4-L5, possiblement en contact avec la racine L4, ce qui avait motivé une nouvelle consultation neurochirurgicale, mais aucune indication chirurgicale n'avait été retenue. L'anamnèse et le status évoquaient des lombosciatalgies gauches, non déficitaires, évoluant dans le cadre d'un trouble neurologique fonctionnel connu, avec parésie non douloureuse du membre inférieur droit. 59. Par courriers du 14 novembre 2018, la chambre de céans a attiré l'attention des parties sur le fait que plusieurs éléments rattachaient l'ex-employeur au canton de Vaud, raison pour laquelle elle se posait la question de sa compétence ratione loci. Les parties étaient dès lors invitées à se prononcer sur ce point. 60. Le recourant s'est exprimé en date du 16 novembre 2018 en faveur de la compétence ratione loci de la chambre de céans, qui lui avait au demeurant demandé de produire la lettre de licenciement de son ex-employeur, ce qu'il a fait. 61. Quant à l'intimée, elle s'en est rapportée à justice s'agissant de la compétence ratione loci de la chambre de céans. 62. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

A/2873/2017 - 16/26 - EN DROIT 1. a. A teneur de l'art. 58 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances

compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. b. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). c. En l'espèce, l'employeur était vraisemblablement domicilié à Nyon lorsque le recourant a été engagé. Cela étant, il ressort de la lettre de licenciement du 28 novembre 2013, qu'à cette date, l'employeur était domicilié à la route de Sous- Moulin, 1226 Thônex (canton de Genève). Par ailleurs, c'est le Tribunal civil du canton de Genève qui a déclaré l'ex-employeur du recourant en faillite par jugement du 1er juin 2016 et qui a clôturé la procédure de faillite par jugement du 12 juin 2017. C'est également du registre du commerce de Genève que l'entreprise individuelle a été radiée en date du 17 juin 2017. Dans de telles conditions, il doit être considéré qu'au jour du dépôt du recours, le canton de Genève était le canton de domicile de l'ex-employeur du recourant, de sorte que la chambre de céans est compétente *ratione loci* (ATF 110 V 358 par analogie) et *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. Par ailleurs, au 1er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'accident est antérieur à cette date, le droit du recourant à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015), d'autant que dans le cas d'espèce la modification légale ne concerne pas la problématique litigieuse. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. Est litigieux le degré d'invalidité retenu par la SUVA et, dans ce contexte, plus particulièrement, la capacité de travail et la possibilité réelle pour le recourant à trouver une activité adaptée sur le marché du travail. 5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie

A/2873/2017 - 17/26 - professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b/aa Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et

8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1). b/bb. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). b/cc. 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.

A/2873/2017 - 18/26 - c. 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). 6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

A/2873/2017 - 19/26 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/2873/2017 - 20/26 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 7. a. 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). b. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). c. 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

A/2873/2017 - 21/26 - l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 8. a. En l'espèce, se fondant sur l'appréciation finale de son médecin d'arrondissement le Dr F_____ et sur le rapport du SMR du 1er novembre 2016, l'intimée a refusé de reconnaître le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à 17%. En particulier, les troubles du rachis cervical et le trouble neurologique moteur avec parésie du membre inférieur droit, ne seraient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, de sorte qu'ils n'engageraient

pas sa responsabilité. Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante de l'appréciation du Dr F_____ du 27 mai 2016 et du rapport du SMR du 1er novembre 2016.

Concrètement, il considère que le rapport du Dr F_____ est lacunaire en tant qu'il ne discute pas le diagnostic de trouble fonctionnel retenu par les médecins du service de neurologie. L'appréciation finale du médecin d'arrondissement est, selon le recourant, également imprécise, dès lors qu'elle n'évoque pas l'ensemble du tableau clinique (troubles dégénératifs multi-étagés de la colonne cervicale, avec discopathie C3-C4 avec composante de protrusion discale paramédiane et postéro-latérale gauche, status post fenestration interlaminaire L5-S1 à droite avec flavectomie, récessotomie, foraminotomie S1 à droite ainsi que séquestrectomie ; status post TLIF L5-S1 droite avec Legacy + cage TM Ardis et greffe autologue + allogène Grafton 5a, avec robot Mazor) décrit dans le rapport du 30 mars 2017. Enfin, le recourant considère que le Dr F_____, en tant qu'orthopédiste, n'a pas la bonne spécialisation pour se prononcer sur les séquelles qu'il présente.

b/aa. Le recourant reproche tout d'abord au Dr F_____ de ne pas avoir évoqué le trouble neurologique fonctionnel moteur dans son appréciation finale du 27 mai 2016. A titre liminaire, la chambre de céans constate que le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel moteur, avec parésie du membre inférieur droit, a été posé par les médecins de la consultation neurologique dans leur rapport du 16 février 2016. Ces médecins lui ont attribué le code F44.4 selon la CIM-10. Ce diagnostic a également été repris par les médecins du service de rhumatologie. Quant aux médecins de la CRR, ils avaient évoqué un probable trouble dissociatif mixte. Le code F44.4 de la CIM-10 se réfère à un trouble moteur dissociatif. Les troubles regroupés sous F44 ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. On admet que ces troubles sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et

A/2873/2017 - 22/26 - insupportables, ou des relations interpersonnelles difficiles.

L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique (en particulier neurologique) connu. S'agissant plus particulièrement du trouble moteur dissociatif, classé sous F44.4, il consiste en une perte de la capacité à bouger une partie ou la totalité d'un membre ou de plusieurs membres. Il ressort de ce qui précède que le trouble évoqué par les médecins des consultations de rhumatologie et de neurologie doit être classé dans la catégorie des troubles psychiques. C'est donc à juste titre que le Dr F_____, en tant que chirurgien orthopédique, n'en a pas tenu compte dans son appréciation du 27 mai 2016. b/bb. Cela étant, force est toutefois de constater que dans l'appréciation précitée, le Dr F_____ a mentionné divers éléments en lien avec le membre inférieur droit : hypoesthésie sur la face latérale de la jambe droite dans la face externe du pied, globale, sur la face antérieure du tibia et de la cuisse ; port, en permanence d'une attèle anti-step, réflexe achilléen droit non retrouvé. Sans mentionner le moindre diagnostic lié au membre inférieur droit, le médecin d'arrondissement a tout de même retenu, à titre de limitation fonctionnelle, une activité sans déplacements répétés dans les escaliers, compte tenu de la nécessité de se mouvoir avec des béquilles. Il a, par ailleurs, expliqué dans son appréciation complémentaire du 20 mars 2017, que la diminution de rendement de 15% tenait notamment compte de la nécessité de se déplacer avec des cannes. En d'autres termes, le Dr F_____ semble considérer, à tout le moins implicitement, que l'atteinte fonctionnelle à la jambe droite est en lien de causalité adéquate avec l'accident puisqu'il

retient des limitations fonctionnelles en rapport avec ce membre. Son rapport est par conséquent lacunaire, dès lors qu'il prend en considération une atteinte au membre inférieur pour fixer les limitations fonctionnelles et la diminution de rendement sans pour autant la retenir expressément à titre de diagnostic. c. Le recourant reproche également au Dr F_____ de ne pas s'être prononcé sur les cervicalgies. Dans ce contexte, la chambre de céans rappelle que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de

A/2873/2017 - 23/26 - l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail. Force est de constater que le Dr F_____ a évoqué, dans son appréciation du 30 mai 2016, les plaintes du recourant s'agissant du rachis cervical. Lors de l'examen clinique, le médecin précité a examiné la colonne cervicale et il a résumé l'IRM du rachis cervical réalisée le 27 avril 2016. Il n'a cependant retenu aucun diagnostic en lien avec les cervicales, relevant simplement, dans son appréciation complémentaire du 20 mars 2017, que l'IRM du 12 janvier 2005 (recte 2015 vraisemblablement) puis l'examen de 2016 n'expliquaient pas la symptomatologie présentée par le recourant, de sorte que les troubles du rachis n'étaient pas à la charge de l'intimée. On pourrait dès lors considérer, de prime abord, que l'on se trouve en présence de simples plaintes subjectives, non confirmées par des observations médicales concluantes. Cependant, il ressort de l'appréciation du 30 mai 2017 du Dr F_____ que la rotation à gauche était douloureuse dès 20° et que cela provoquait une contraction au niveau du muscle trapèze. En d'autres termes, le médecin d'arrondissement a pu observer des manifestations objectives au niveau des cervicales. A teneur du rapport de la consultation neurologique ambulatoire du 16 février 2017, les nuchalgies pouvaient être consécutives à un déséquilibre de la musculature du recourant, dû au fait qu'il marchait avec des cannes depuis longtemps. Or, si les cervicalgies sont bien dues à un déséquilibre de la musculature, et pour autant que les troubles fonctionnels au membre inférieur gauche soient en lien de causalité avec l'accident assuré, la question du lien de causalité naturelle indirecte pourrait se poser (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 210/04 consid. 4.2 et l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009, dans lesquels la cause a été renvoyée pour instruction complémentaire sur l'existence d'un lien de causalité indirecte). En effet, des décharges en raison de blessures au pied ou à la jambe, consécutives à un raccourcissement de la longueur de la jambe, etc., peuvent entraîner ultérieurement des douleurs dorsales en tant que conséquences indirectes de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1). Cet aspect n'a toutefois pas été examiné par le Dr F_____. Par ailleurs, dans leur rapport du 30 mars 2017, les médecins du service de neurochirurgie ont évoqué la possibilité d'un conflit avec la racine C4 à gauche, étant précisé que la symptomatologie s'était péjorée suite à un accident à l'époque. La question d'une aggravation ou d'une décompensation de troubles dégénératifs cervicaux suite à l'accident peut donc se poser. Elle n'a toutefois pas été

examinée, les médecins se limitant à exclure toute composante organique aux plaintes du recourant. d. Dans sa duplique, l'intimée se réfère également au rapport du SMR du 1er novembre 2016. Force est toutefois de constater que le Dr F_____ semble s'en

A/2873/2017 - 24/26 - écarter comme cela ressort de son appréciation complémentaire du 20 mars 2017. En effet, alors que le Dr G_____ considère qu'il n'y a plus de sciatalgies mais un status post-opératoire avec des lombalgies dites « failed back surgery syndrom », le Dr F_____ explique qu'il avait pu constater, lors de son examen, une manœuvre de Lasègue déclenchant des douleurs typiques à la face de la cuisse. Des irradiations à la face postérieure avaient également été constatées par les neurologues et neurochirurgiens des HUG. Par conséquent, contrairement au Dr G_____, le Dr F_____ considère qu'il existe « de façon claire et nette » un tableau de lombalgies avec des irradiations à type de sciatalgies tronquées. En d'autres termes, le Dr F_____ semble s'éloigner des constatations des médecins du SMR s'agissant des diagnostics retenus. Il s'en éloigne aussi en ce qui concerne les limitations fonctionnelles. Certes, les Drs G_____ et F_____ se rejoignent sur la capacité de travail et la diminution de rendement. Cependant, les limitations fonctionnelles sont importantes pour déterminer la nature de l'activité adaptée encore exigible. En d'autres termes, le rapport du SMR du 1er novembre 2016 s'éloigne de l'appréciation du Dr F_____ sur des points essentiels. 9. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les cervicalgies et les troubles moteurs. Concrètement, les Drs F_____ et G_____ se sont limités à rechercher des atteintes objectivables sans se poser la question de la possibilité d'une atteinte non organique. Se fondant sur leurs appréciations respectives, la SUVA a considéré, en substance, qu'en l'absence des atteintes objectivables, la causalité naturelle n'était pas donnée. Ce raisonnement ne saurait être suivi, dès lors que l'assureur-accidents doit également intervenir en cas de troubles non organiques pour autant que ceux-ci soient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. Par ailleurs, s'agissant des troubles fonctionnels du membre inférieur droit, certains médecins ont considéré qu'il pourrait s'agir d'un trouble neurologique fonctionnel moteur (F44.4), intitulé, dans la CIM-10, trouble dissociatif moteur (voir rapport de la consultation neurologique du 22 février 2016). Or, dans la mesure où les médecins ont évoqué un trouble psychique apparu consécutivement à l'accident assuré, la SUVA devait requérir la collaboration d'un psychiatre pour pouvoir se prononcer sur le lien de causalité, les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail en lien avec ledit trouble. Dans ce contexte, le rapport du SMR du 1er novembre 2016 ne saurait pallier l'absence d'avis psychiatrique au dossier. En effet, le psychiatre mandaté par l'OAI a essentiellement expliqué pour quels motifs il s'éloignait des diagnostics psychiatriques retenus par les médecins de la CRR mais il ne s'est pas prononcé sur le trouble fonctionnel (F44.4) évoqué par les médecins du service de neurochirurgie. De plus, le psychiatre du SMR n'explique pas pour quels motifs il a retenu le diagnostic d'amplification des symptômes au niveau neurologique.

A/2873/2017 - 25/26 - Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base de rapports incomplets et contradictoires. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 28 octobre 2013. Pour ce faire, il appartiendra à l'intimée d'instruire les plaintes du recourant sur les

plans neurologique, orthopédique et psychiatrique, afin d'appréhender l'ensemble des troubles. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision sur opposition du 2 juin 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision sur la rente d'invalidité. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/2873/2017 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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