

GE_GERICHTE ATAS/478/2016 vom 21. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_478_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/478/2016 du 21 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/478/2016 del 21 giugno 2016

Erwägungen

E. 50

Par courrier du 21 mai 2013, le Dr P_____ a expliqué à la SUVA que le traitement par Cialis® avait eu un excellent résultat sur l'érection selon les dires de l'assuré, de sorte qu'il lui avait remis une prescription à renouveler pour une année. 51. Une IRM de l'épaule droite, réalisée le 11 juillet 2013, a mis en évidence une rupture de l'extrémité distale du tendon du muscle sus-épineux, avec liquide au niveau de la bourse sous-acromio-deltôidienne, ainsi qu'une tendinopathie avérée du muscle sous-scapulaire.

A/2825/2015 - 13/34 - 52. Quant au Dr J_____, il a rappelé, dans son rapport du 24 juillet 2013, les diagnostics d'épisode dépressif récurrent moyen (F33.11) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). La thymie s'était lentement améliorée grâce à la prise en charge spécifique, avec toutefois la persistance de douleurs et de la crise de couple (la compagne de l'assuré ne supportait plus ses symptômes). Le pronostic dépendait des deux éléments précités. Une réévaluation de la capacité de travail devait être effectuée 6 mois plus tard mais la situation était en voie de stabilisation. 53. Par courrier séparé, vraisemblablement rédigé le même jour que le rapport précité, le Dr J_____ a expliqué qu'il avait adressé l'assuré à un psychologue, Monsieur S_____, en raison de la persistance des douleurs et des symptômes de l'état de stress post-traumatique, malgré le suivi psychiatrique. Une crise de couple chronicisée en lien avec les symptômes accompagnait le tableau. C'était dans ce contexte qu'il avait adressé l'assuré au psychologue précité, lequel était spécialisé dans ce domaine. 54. Par courrier du 17 septembre 2013, le Dr N_____ a indiqué avoir revu l'assuré et lui avoir rappelé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne lui garantissait pas la disparition complète des douleurs mais que, selon lui, une hypersensibilité de la tige pouvait tout de même être responsable d'une partie des douleurs. En effet, le médecin avait pu constater qu'en appuyant sur la tête de vis à droite, une vive douleur en L3 à droite et à gauche était ressentie par l'assuré. Vu la réticence de celui-ci, il avait été convenu qu'un nouveau scanner lombaire serait effectué et qu'une décision serait prise après cet acte. 55. Le scanner lombaire, effectué le 17 octobre 2013, a mis en évidence une rupture des vis de L3 droite et gauche, avec des lisérés de résorptions autour des vis de L1 et L3 des deux côtés. 56. Lors de la consultation du 24 octobre 2013, le Dr N_____ a expliqué à l'assuré qu'il y avait 50% de chance qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse puisse améliorer une partie des lombalgies chroniques, étant toutefois précisé qu'il était impossible d'enlever la partie intrapédiculaire et intravertébrale des vis L3. L'assuré souhaitant encore réfléchir à la nécessité d'une telle intervention, un nouveau rendez-vous a été convenu. 57. Lors de la consultation du 12 décembre 2013, l'assuré a donné son accord pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse, laquelle a eu lieu le 15 janvier 2014. Au cours de l'hospitalisation consécutive à l'intervention précitée, les médecins ont décelé une lithiase au niveau urétéro-méatale à droite, avec dilatation pyélocalicielle en regard (calculs). 58. Le 6 mars

2014, la doctoresse T_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à une appréciation médicale. Après avoir résumé les dernières pièces au dossier, le médecin précité a considéré que les troubles érectiles et le traitement proposé, à savoir le Cialis®, n'étaient pas à la

A/2825/2015 - 14/34 - charge de la SUVA. Il en allait de même de la lithiase urétéro-méatale droite précitée, en l'absence de lien avec la fracture lombaire reconnue. 59. Par décision du 10 mars 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge les troubles érectiles ainsi que les calculs découverts lors de l'hospitalisation aux HUG en l'absence de lien de causalité avec l'un des accidents assurés. 60. À teneur du rapport du Dr J_____ du 10 mars 2014, l'état psychique de l'assuré s'était légèrement amélioré après une prise en charge tant psychothérapeutique que pharmacologique. Lors de la rédaction du rapport, il présentait des épisodes dépressifs moyens (F33.11), alors que précédemment, ils étaient sévères (F33.2). À cela s'ajoutait un trouble de la personnalité F60.8, lequel compliquait le tableau clinique. À titre de limitations fonctionnelles, le psychiatre précité retenait des troubles de la concentration, un isolement social et un ralentissement psychomoteur modéré, lesquels entraînaient une incapacité totale de travailler. La situation familiale et la thymie avaient évolué mais la situation n'était pas encore stabilisée. 61. Le 9 mai 2014, le Dr R_____ a établi un rapport intermédiaire, dans lequel il a posé les diagnostics de fracture de L2-L3 opérée, cervicalgies et chute sur l'épaule droite le 18 mars 2013. La situation clinique ne s'améliorait pas, l'assuré étant invalidé par sa région lombaire et son épaule de façon importante et chronique. À cela s'ajoutait le fait qu'il n'avait aucune résistance à l'effort. Il fallait dès lors s'attendre à une invalidité totale, sans possibilité de recyclage. 62. L'assuré a bénéficié de deux infiltrations, en date des 20 mars et 15 mai 2014, sans résultats. 63. Le 9 juillet 2014, le Dr G_____ a procédé à une appréciation psychiatrique. Après avoir résumé brièvement la situation, le médecin précité a considéré que les limitations fonctionnelles relevées par le Dr J_____ (troubles de la concentration, isolement social et ralentissement psychomoteur) ne justifiaient pas une incapacité totale de travailler, une dépression d'intensité moyenne permettant une capacité de travail de 50% environ. S'agissant du lien de causalité entre l'accident assuré et le trouble psychique, il était au maximum possible. En d'autres termes, il était inférieur à 50%. 64. À la demande de la SUVA, l'assuré a une nouvelle fois été hospitalisé à la CRR, du 9 au 24 septembre 2014. Selon le rapport établi à la suite de ce séjour, le 15 octobre 2014, les diagnostics retenus étaient ceux de lombalgies chroniques s'étendant dans le membre inférieur gauche, 1er juillet 2010 : chute d'environ 6 mètres avec TCC léger, fractures étagées des apophyses transverses droites de L1 à L5, fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 et fracture de L2 de type « Chance » sans trouble neurologique ; interventions : le 5 juillet 2010 : fixation percutanée de L1-L3, le 15 janvier 2014 : ablation des vis et tiges de L1-L3 après rupture des vis transpédiculaires de L3 ; troubles lombaires dégénératifs avec discopathie protrusive en L4-L5 ; séquelles de

A/2825/2015 - 15/34 - radiculopathie L4-L5 gauche (ENMG du 22 septembre 2014) ; infiltrations péri- articulaires L4 gauche et épidurale postérieure L4-L5 le 20 mars et le 15 mai 2014 ; omalgies bilatérales, rupture transfixiante du supra-épineux isolée (IRM de l'épaule droite du 11 juillet 2013), tendinopathie du supra-épineux gauche avec bursite sous- acromiale (IRM de l'épaule gauche du 29 août 2014) ; malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée (Perthe probable), avec infiltration US de la hanche gauche le 19 décembre 2012. À titre de comorbidités, les médecins de la CRR ont retenu du

tabagisme actif (30 UPA) et des gonalgies bilatérales chroniques. Les médecins de la CRR ont également mentionné les antécédents suivants : lithiase urétéro-méatale à droite avec dilatation pyélocalicielle en janvier 2014, dysfonction érectile, entorse du genou droit en 2004, méniscectomie partielle interne et externe du genou droit en juin 1999, méniscectomie partielle interne du genou gauche en février 1997, contusion du coude droit en 1997, fracture- arrachement intra-articulaire de la base de la première phalange du pouce gauche en juillet 1996 et notion d'épilepsie sans récurrence depuis 1992. Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychique, le trouble de l'humeur persistant n'ayant pas atteint le seuil diagnostic pour un trouble dépressif. À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en des lombalgies basses en barres, s'étendant proximale en région inter-scapulaire des deux côtés. Les douleurs étaient décrites comme des étirements, d'intensité estimée de 0 à 10/10 sur l'EVA. L'assuré faisait également état de fourmillements de la fesse gauche et de la face antérieure du membre inférieur gauche prédominant au premier orteil, avec sensations d'engourdissement du membre inférieur gauche dans son ensemble. Après avoir résumé les résultats de l'examen clinique et les examens radiologiques, les médecins de la CRR ont précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour. Sur le plan psychiatrique, le médecin consultant retenait un trouble de l'humeur persistant, sans atteindre le seuil diagnostic pour un trouble dépressif. Il ne relevait pas non plus de signe pour un état de stress post-traumatique ou pour un trouble de la personnalité mais avait constaté de nombreux facteurs défavorables de chronicisation. Les troubles psychiques relevés n'avaient pas valeur incapacitante, mais influençaient les douleurs et les limitations fonctionnelles annoncées. L'assuré a également été examiné par le consultant chirurgien orthopédiste spécialiste de l'épaule vu le contexte d'omalgies bilatérales prédominant à gauche. Une bonne trophicité musculaire était notée des deux côtés. Au vu du contexte, une prise en charge conservatrice était favorisée, une intervention chirurgicale étant à éviter. En cas de gêne persistante, une infiltration sous-acromiale pouvait être envisagée. Sur le plan neurologique, l'ENMG pratiqué le 22 septembre 2014 avait mis en évidence des signes chroniques de radiculopathie L4-L5 gauche, sans élément évoquant une atteinte aiguë ni signe clinique irritatif ou déficitaire.

A/2825/2015 - 16/34 - Les médecins de la CRR ont également considéré que les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que des facteurs contextuels (absence de qualification professionnelle, éloignement du monde du travail depuis 2010) jouaient un rôle important et influençaient défavorablement le retour au travail. Il est également relevé que tant en physiothérapie qu'aux ateliers professionnels, la participation du patient avait été considérée comme faible chez un patient centré sur les douleurs. Malgré les autolimitations de l'assuré, les médecins de la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répété de plus de 5-10 kg et pas d'activité nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise. Le pronostic d'une réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre et de paysagiste était défavorable compte tenu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs contextuels, chez l'assuré qui n'avait plus retravaillé depuis quatre ans et estimait qu'il ne pourrait retravailler que si ses douleurs disparaissaient. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées était également défavorable en raison des facteurs non médicaux mentionnés précédemment. La capacité de travail était ainsi nulle du 9 septembre au 22 octobre 2014. 65. L'assuré a été examiné les 2 septembre et 14 octobre 2014 par le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (centre d'étude de la douleur),

lequel a posé, dans son rapport daté du 14 octobre 2014, les diagnostics suivants : lombalgies chroniques et lombo-sciatalgies gauche intermittentes, tendinopathie du muscle sus-épineux gauche, coxalgie gauche sur possible arthrose secondaire, avec infiltration sous échographie de la hanche gauche par cortisone le 19 décembre 2012, lombo-sciatalgie L5 gauche dans un contexte de conflit disco-ostéophytaire en 2012, migraines, status post chute accidentelle d'une hauteur d'environ 9,5 mètres le 1er juillet 2010 avec TCC avec amnésie circonstancielle, de degré modéré, avec légers troubles neuropsychologiques, régressifs, fractures étagées des apophyses transverses droites de L1 à L5 et fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 avec hématome du psoas, status post-fixation percutanée L1-L3 suite à une fracture burst de L2, ASIA E, le 1er juillet 2010, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse L1-L3 avec des vis cassées au niveau de L3 le 15 janvier 2014 ; malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée (ancien Perthes probable), calcul urinaire droit en janvier 2014 ; crises d'épilepsie généralisées dans l'enfance (absence de crises depuis 20 ans), sans traitement de fond ; status après opération méniscale des deux genoux, il y a environ 20 ans, tabagisme actif 30 UPA. Après avoir décrit l'anamnèse, notamment psychosociale de l'assuré, et procédé à un examen clinique, les médecins du centre d'étude de la douleur ont notamment relevé que l'examen clinique avait objectivé une amyotrophie du quadriceps gauche, avec une discrète parésie à ce niveau et une hypoesthésie touchant

A/2825/2015 - 17/34 - l'ensemble de la jambe gauche. Dans la mesure où la dernière IRM post-opératoire de juillet 2014 avait montré des atteintes discales au niveau L2-L3 et L4-L5 avec des signes de conflit avec la racine de L4, les médecins proposaient d'effectuer un nouvel ENMG dans le but d'étudier l'existence d'une atteinte radiculaire, laquelle serait susceptible d'expliquer une partie des douleurs et des constatations cliniques. Cela étant, les médecins du centre d'étude de la douleur ont également relevé que des douleurs intenses vécues sur une longue période menaient à un phénomène de sensibilisation centrale, avec diminution du seuil des douleurs, ce qui rendait le traitement des douleurs encore plus compliqué. 66. A la demande de la SUVA, la Dresse T_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale en date du 29 octobre 2014. Après avoir résumé les dernières pièces communiquées par l'assuré et notamment le rapport de la CRR, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré, qu'il fallait retenir, s'agissant de l'événement du 1er juillet 2010, l'exigibilité retenue par la CRR, à savoir pas de ports de charges répétés de plus de 5 à 10 kg ni d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise. S'agissant de la chute sur l'épaule droite, ayant entraîné une rupture de la coiffe des rotateurs, la Dresse T_____ était également d'avis qu'il fallait retenir une exigibilité avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieures à 10 kg de façon fréquente, ni de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal. Outre les deux sinistres précités, le médecin d'arrondissement a considéré que la tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale de l'épaule gauche était d'origine dégénérative, et n'était dès lors pas en relation avec les deux traumatismes précités, de sorte que cette atteinte n'était pas à la charge de la SUVA. 67. Le 3 novembre 2014, la Dresse T_____ a évalué à 25% l'atteinte à l'intégrité résultant de l'accident du 1er juillet 2010 (20% pour les douleurs moyennes à importantes et 5% pour la spondylodèse) et à 12,5% celle résultant de la chute du 18 mars 2013. 68. Par courrier du 4 novembre 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne prenait pas en charges les suites de l'atteinte à l'épaule gauche, conformément à l'appréciation de son médecin d'arrondissement. 69. Le 5 novembre 2014, la Dresse T_____ a complété son appréciation du 29 octobre 2014,

considérant qu'il y avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations retenues, en ce qui concernait non seulement l'affection vertébrale, mais aussi celle au niveau de l'épaule droite. 70. La SUVA a informé l'assuré, par courrier du 6 novembre 2014, qu'elle allait mettre fin au paiement de la plupart des soins médicaux relatifs aux troubles du rachis et à ceux de l'épaule droite compte tenu du fait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable de la continuation du traitement médical. Cela étant, dès lors qu'il y avait une capacité de travail résiduelle, il appartenait à l'assuré de mettre en

A/2825/2015 - 18/34 - sa capacité de travail restante par l'exercice d'une activité adaptée. Afin de lui permettre de retrouver un poste de travail adapté, par ses propres moyens ou par l'intermédiaire de l'OAI, la SUVA allait continuer à verser les indemnités journalières jusqu'au 28 février 2015. À cette date, le droit à une rente d'invalidité allait être examiné. 71. Quant au Dr G_____, il a effectué son appréciation médicale en date du 19 novembre 2014. Après avoir relevé que le consultant psychiatre de la CRR ayant examiné l'assuré n'avait pas relevé de troubles psychiques incapacitants et qu'il s'agissait plutôt de facteurs contextuels (absence de qualification professionnelle et éloignement du monde du travail depuis 2010, à l'origine d'une désaccoutumance) qui étaient à l'origine des limitations fonctionnelles et vraisemblablement également des plaintes psychiques de l'assuré, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré qu'il fallait se ranger à l'avis de la CRR, avec un retour à une pleine et entière capacité de travail. 72. Le 21 janvier 2015, le docteur, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a sollicité l'admission de l'assuré au sein de la Clinique genevoise de Montana, en raison d'un épisode dépressif sévère récurrent, sans symptômes psychotiques, réactionnel à un isolement social et affectif, suite à une crise de couple. 73. Par décision du 18 février 2015, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 14% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 37,5% compte tenu des seules atteintes physiques, l'atteinte psychique, pour autant qu'elle atteigne le seuil de diagnostic, n'étant pas en lien de causalité avec les accidents assurés. 74. L'assuré a formé opposition en date du 9 mars 2015, complété le 14 avril 2015, considérant que le degré d'invalidité ne correspondait pas à son état de santé. Par ailleurs, son état psychique avait totalement été occulté alors qu'il était régulièrement suivi par le Dr J_____. Chuter d'une passerelle d'une hauteur de 9,5 m (et non de 6 mètres comme retenu dans les documents médicaux) ne permettait pas de ranger l'accident du 1er juillet 2010 dans la catégorie des accidents légers ou de gravité moyenne. Fort de ce qui précède, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et orthopédique. En annexe à son complément du 14 avril 2015 figurait un rapport du Dr R_____, du 24 mars 2015, dans lequel ce praticien faisait état de lombalgies intenses et chroniques post-traumatiques ainsi que de douleurs à l'effort de l'épaule droite suite à la chute du 18 mars 2013. À titre de diagnostics, le chirurgien orthopédiste précité a rappelé ceux de séquelles de fractures multiples des vertèbres lombaires opérées le 5 juillet 2010, séquelles de déchirures du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et dépression réactionnelle, étant précisé que les lombalgies et les douleurs de l'épaule droite étaient directement liées aux accidents successifs des 1er juillet 2010 et 18 mars 2013. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr R_____ a mentionné des douleurs lombaires intenses en position debout, l'impossibilité de marcher plus de 300 à 400 mètres et d'effectuer une activité

A/2825/2015 - 19/34 - soutenue, ainsi que l'absence de résistance à l'effort (en lien avec les troubles du rachis) et l'impossibilité de soulever un objet même léger, ainsi que des

douleurs constantes en activité et au repos (en lien avec l'épaule). 75. Le 22 juin 2015, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré, considérant tout d'abord que l'accident du 1er juillet 2010 devait être qualifié d'accident de gravité moyenne, la question du degré exact (stricto sensu ou à la limite des accidents graves) pouvant être laissée ouverte. Dans un tel cas, le lien de causalité adéquate devait être examinée au regard des conditions posées par la jurisprudence, lesquelles n'étaient pas remplies dans le cas de l'assuré. S'agissant de l'aspect somatique, l'appréciation du médecin d'arrondissement et des médecins de la CRR revêtaient une pleine valeur probante, au contraire de l'avis du médecin traitant de l'assuré, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Il convenait ainsi de retenir que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Enfin, le taux d'invalidité de 14,4% était conforme aux principes jurisprudentiels applicables en la matière. 76. Le 24 août 2015, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 juin 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée, ainsi que de la décision du 18 février 2015 et, cela fait, à la constatation de son incapacité totale de travailler dans une activité quelle qu'elle soit et, par conséquent, à son invalidité à 100% dès le 1er mars 2015. À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré, tout d'abord, que l'instruction du dossier était lacunaire, la SUVA n'ayant mis en œuvre aucune expertise pour départager les avis pourtant largement documentés et étayés des médecins d'arrondissement et médecins de la CRR d'un côté et des médecins traitants de l'autre. Contrairement aux affirmations de la SUVA, les Drs R_____ et J_____ ne revêtaient pas la qualité de médecins de famille, mais celle de spécialistes dans leurs domaines de compétence, dont les avis étaient confirmés par les médecins des HUG. Concernant l'aspect psychique, le recourant a considéré que la SUVA minimisait la gravité de l'accident subi, en se contentant de le ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite supérieure de ladite catégorie, ce qui était choquant étant donné qu'il avait chuté de 7 mètres, ce qui correspondait à une hauteur de deux à trois étages d'immeubles. À cela s'ajoutait le fait que sa vie avait été abstraitement mise en danger. Ses graves lésions avaient entraîné une longue incapacité de travail, notamment due à une rupture du matériel d'ostéosynthèse, ce qui avait prolongé indûment le traitement médical. Ses lésions entraînaient en outre des douleurs persistantes, contre lesquelles aucun remède n'avait été trouvé. Lesdites séquelles avaient d'ailleurs entraîné une atteinte à l'intégrité estimée à 25% par le médecin d'arrondissement de la SUVA, qui avait considéré que les douleurs devaient être qualifiées de moyennes à importantes. Dans ces circonstances, l'accident devait à tout le moins être qualifié de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Or, plusieurs des critères jurisprudentiels étaient remplis de sorte que le lien de causalité adéquate ne pouvait A/2825/2015 - 20/34 - être nié. Enfin, l'appréciation du médecin d'arrondissement relative à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité contredisait l'appréciation de la CRR, selon laquelle des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles, dès lors que si tel était vraiment le cas, il n'aurait pas eu droit à la reconnaissance d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un degré de 20% en raison de ses douleurs, presque inexistantes selon la CRR. En annexe au recours figurait notamment un courrier du Dr R_____, du 3 août 2015, dans lequel ce praticien se prononçait sur la décision sur opposition querellée, rejetant catégoriquement la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, cette appréciation constituant une spéculation théorique totalement inutilisable pour un chercheur d'emploi. Le médecin traitant du recourant a également relevé que l'interprétation des

signes cliniques lors du séjour à la CRR était tendancieuse et sujette à caution, dans la mesure où il n'y avait aucun diagnostic nouveau et que les médecins sous-estimaient totalement l'intensité des troubles psychiques en les considérant comme des faveurs défavorables de chronicisation, n'ayant aucune valeur incapacitante. Il était également inacceptable de retenir que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, les conséquences d'une chute de 9 mètres avec fractures vertébrales opérées ne pouvant pas simplement être rejetées. Après avoir fait part de ses critiques s'agissant de l'aspect psychique, le Dr R_____ a maintenu ses conclusions, selon lesquelles le recourant n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, son état physique ne lui permettant pas d'assumer les rigueurs d'une journée de travail. Il a ajouté qu'« il est vrai qu'un médecin traitant peut être partial dans ses jugements, mais il a aussi une meilleure perception de certaines réalités. Le médecin d'assurance travaille en faveur de l'institution qui le paie. Son jugement n'est ainsi pas neutre ». Fort de ce qui précède, le Dr R_____ a considéré qu'une expertise indépendante effectuée par des experts admis par les deux parties paraissait être la mesure la plus adéquate. 77. Par réponse du 18 septembre 2015, la SUVA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée, considérant que le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 ainsi que les appréciations médicales de la Dresse T_____ et du Dr G_____ y consécutives revêtaient une pleine valeur probante, au contraire des rapports du centre d'étude de la douleur et de la Clinique genevoise de Montana, ainsi que de ceux des Drs R_____ et J_____, compte tenu de leur qualité de médecins traitants. Par ailleurs, l'accident du 1er juillet 2010 devait à l'évidence être classé dans les accidents de gravité moyenne stricto sensu. Quand bien même, il se situait à la limite des accidents graves, le nombre suffisant de critères jurisprudentiels n'était quoi qu'il en soit pas rempli pour que le lien de causalité adéquate puisse être reconnu. Enfin, dès lors que le recourant ne contestait pas les modalités du calcul du taux de rente, il y avait lieu de se référer à la décision sur opposition attaquée sur ce point.

A/2825/2015 - 21/34 - 78. À noter que, en parallèle à la présente procédure, l'OAI a, par décisions du 21 septembre 2015, mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1er juillet 2011 au 30 novembre 2012 et octroyé deux rentes pour enfant liées à la rente du père pour chacun des enfants de l'assuré. Suite au recours interjeté par l'assuré, la chambre de céans a annulé les décisions précitées et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (ATAS/480/2016 du 21 juin 2016). 79. Le recourant a produit sa réplique en date du 14 octobre 2015, persistant dans ses conclusions. Après avoir rappelé que la CRR n'avait aucune mission d'expertise, le recourant a relevé que le rapport établi par cette institution n'avait pas plus de valeur probante que les appréciations différentes de ses médecins traitants. Par ailleurs, l'avis de la CRR n'était pas suffisamment motivé pour ne pas prêter flanc à la critique dès lors que le rapport en question ne retient aucun diagnostic psychique, et ce sans la moindre motivation. Il en allait de même sur le plan somatique. En effet, les médecins de la CRR retenaient sans grande motivation que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées mais par des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis 2010). Les avis de ses médecins traitants étaient d'ailleurs corroborés par les rapports d'institutions, telles que la Clinique genevoise de Montana ou les HUG, lesquels n'agissaient pas dans le cadre d'une relation de confiance particulière ou pour étayer le dossier médical comme cela est affirmé par l'intimée. S'agissant de la causalité adéquate, il convenait de ranger l'accident à tout le

moins dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves, catégorie pour laquelle un seul critère suffisait pour admettre la relation de causalité adéquate. Or, dans son cas, plusieurs des critères étaient réunis, de sorte que la causalité était donnée.

En annexe à sa réplique, le recourant a produit les pièces suivantes : – un rapport du Dr R_____, non daté mais vraisemblablement rédigé au début du mois d'octobre 2015, dans lequel ce médecin a rappelé que le traumatisme subi avait laissé des séquelles vertébrales considérables, ayant nécessité une intervention chirurgicale. Son patient ne pouvait rester debout plus de quelques minutes et n'avait aucune résistance à l'effort. Les douleurs ressenties la nuit l'empêchaient de dormir et il consommait régulièrement des antalgiques et des somnifères, ce qui avait pour conséquence que son état général en souffrait et cela diminuait sa résistance physique. Les tests de résistance des centres de réadaptation définissaient des capacités ponctuelles d'une personne, mais non pas l'effort qu'un patient devait assumer pendant toute une journée. Par conséquent, les conclusions dépendaient des critères de jugement des experts et leurs restrictions semblaient excessives dans ce cas. Le recourant était certes capable d'effectuer des activités légères, pendant quelques minutes, mais il ne

A/2825/2015 - 22/34 - pouvait rester assis que quelques minutes sans devoir changer de position. Enfin, la capacité de travail dans une activité adaptée ne préjugait en rien les possibilités d'emploi réelles dans une institution. – une attestation du Dr U_____, à teneur de laquelle le recourant bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier depuis 2010 en raison d'un état de stress post-traumatique dans un premier temps, puis en raison d'épisodes dépressifs récurrents sévères, moyens ou légers, entrecoupés par des rémissions partielles suivies de rechutes. Lors de la rédaction du certificat, le recourant présentait une rechute dépressive sévère, sous la forme d'un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) suite à un conflit conjugal récent, sa compagne lui ayant demandé de déménager provisoirement de leur appartement, en raison de la modification de sa personnalité à cause des épisodes dépressifs récurrents. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : aboulie, troubles de la concentration, isolement social et affectif majeur, ralentissement psychomoteur sévère, idées suicidaires, de sorte que la capacité de travail était nulle. 80. Le 14 octobre 2015, le recourant a encore relevé qu'en date du 9 juillet 2014, le Dr G_____ retenait un état dépressif d'intensité moyenne justifiant une incapacité de travail de 50% environ. Il paraissait dès lors douteux que seulement deux mois après, la CRR puisse conclure à l'existence d'un trouble de l'humeur persistant, n'atteignant pas le seuil diagnostique et sans valeur incapacitante. 81. L'intimée a produit sa duplique en date du 10 novembre 2015, considérant notamment que l'appréciation de la CRR était suffisamment motivée et se fondait sur de nombreux examens approfondis. Elle était en outre confirmée par les médecins d'arrondissement et ne pouvait ainsi être remise en cause par les rapports invoqués à l'appui du recours, le Dr R_____ prenant clairement position pour son patient sans prendre le recul nécessaire, de sorte qu'une pleine valeur probante devait être niée. Quant au Dr U_____, il ne rattachait pas formellement l'état psychique actuel avec l'accident, mais plutôt avec un conflit conjugal. À cela s'ajoutait le fait qu'une rechute ne faisait pas partie de l'objet du litige de la présente procédure, étant précisé que ladite rechute n'était attestée par le médecin traitant qu'à partir du 14 octobre 2015, suite à un conflit conjugal, de sorte qu'elle était postérieure à la décision querellée. Pour le surplus, la SUVA a renvoyé à ses précédentes écritures. 82.

Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

A/2825/2015 - 23/34 - assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 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 montant de la rente d'invalidité du recourant, plus particulièrement, sur l'importance de sa capacité de travail et, partant, sur le degré d'invalidité. 5. a. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. b. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

A/2825/2015 - 24/34 - (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). 7. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement

dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Il suffit ainsi que l'événement accidentel constitue une cause partielle du dommage (ATF 117 V 360 consid. 4a). 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). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de payer de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). b. Le Tribunal fédéral a notamment considéré qu'un mauvais appui en raison d'une blessure au pied ou à la jambe ou encore un raccourcissement de la jambe, etc. peuvent entraîner des douleurs au dos, pouvant être qualifiées de séquelles accidentelles indirectes (RAMA 2003 n°U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2, arrêt du Tribunal fédéral U 522/06 du 12 octobre 2007 consid. 5.1). Cependant, une boiterie d'évitement n'est pas propre à causer une surcharge des vertèbres en l'absence

A/2825/2015 - 25/34 - d'une déformation grave supplémentaire (comme une différence de la longueur des jambes ou d'une arthrose de la hanche) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2008 du 4 juillet 2008 consid. 3.2). Dans ce contexte, notre Haute Cour a également considéré que les symptômes d'un mauvais appui en tant que séquelle indirecte d'un accident pouvaient apparaître tardivement (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 303/06 consid. 6.2.1). c. Il y a également lieu de relever que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2 et I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b notamment). 8. a. 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). b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

A/2825/2015 - 26/34 - Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): – les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; – la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; – la durée anormalement longue du traitement médical; – les douleurs physiques persistantes; – les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; – les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; – le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les références). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances

sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

A/2825/2015 - 27/34 - décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur

A/2825/2015 - 28/34 - probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGA n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la

Clinique romande de réadaptation. b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter,

A/2825/2015 - 29/34 - 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du

Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). 12. En l'espèce, l'intimé se fonde sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 ainsi que sur les appréciations de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 et du Dr G_____ du 19 novembre 2014 pour retenir une capacité de travail entière dans

A/2825/2015 - 30/34 - une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par les médecins précités. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces documents. a/aa. Concernant tout d'abord le rapport précité de la CRR, force est de constater qu'il ne s'agit pas d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (voir ATF 136 V 117). Cela étant, le fait qu'il ne s'agisse pas d'une expertise stricto sensu n'ôte pas toute valeur probante au rapport dès lors que ni l'origine, ni la désignation ne sont déterminantes mais son contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si ledit rapport répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. a/bb. Si les médecins ont pris en considération les plaintes du recourant, qu'ils ont au demeurant brièvement résumées dans leur rapport du 15 octobre 2014, ils n'ont pas établi d'anamnèse de sorte qu'on ne sait pas s'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant, celui-ci n'y étant pas résumé. Bien plus, des doutes subsistent à ce propos, dès lors que certains rapports d'imagerie, tels que l'IRM cervicale du 28 janvier 2011 ou encore le SPECT/CT du 16 janvier 2012, ne sont pas cités et les atteintes mises en évidence lors de ces examens non prises en considération à titre de diagnostics. Ainsi en est-il des discopathies L1-L2 et L2-L3, lesquelles ressortent du rapport relatif au SPECT/CT effectué le 16 janvier 2012 ou encore de la protrusion discale C5-C6 en contact avec la racine C6 droite associée à une surcharge facettaire et de la discopathie circonferentielle avec protrusion discale gauche à l'étage C6-C7, notamment, lesquelles ont été illustrées par l'IRM cervicale du 28 janvier 2011. Il existe également des doutes quant au caractère complet des examens effectués. En effet, dans le rapport du 15 octobre 2014, les médecins de la CRR ont fait état d'un trouble de l'humeur, toutefois insuffisant pour que le diagnostic d'état dépressif puisse être posé. Force est toutefois de constater que le rapport précité ne précise à aucun moment le nom du médecin ayant examiné le recourant. On ne sait donc pas si l'examen a été réalisé par un médecin spécialisé en psychiatrie, ce qui a une incidence pour la valeur probante du rapport (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Le rapport ne détaille pas non plus les

symptômes évoqués ainsi que les constatations objectives permettant d'arriver à la conclusion précitée. Dans ce même contexte, la chambre de céans s'étonne qu'au vu de la persistance de douleurs importantes, prétendument non explicables sur le plan somatique, des investigations sur le plan psychique n'aient pas été menées afin de confirmer, le cas échéant, l'allégation desdites douleurs par un diagnostic psychiatrique. La chambre de céans est en outre d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, le rapport de la CRR ne se prononce à aucun moment sur la question du lien de causalité naturelle, éventuellement indirecte ou partielle, entre l'accident assuré et les troubles psychiques, respectivement entre l'accident assuré et les atteintes d'origine dégénérative. En d'autres termes, les médecins de la CRR n'ont à aucun moment déterminé quels facteurs étrangers à l'accident assuré (maladifs, dégénératifs,

A/2825/2015 - 31/34 - accidentels, autres) avaient le cas échéant contribué, avec l'accident en question, aux atteintes psychique et somatique constatées, et dans quelle mesure, et de préciser si lesdits facteurs étrangers étaient devenus ou deviendraient, à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (statu quo sine ou statu quo ante atteint). Certes, s'agissant de l'atteinte psychique, la question du lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles psychiques peut, comme le soulève l'intimée, rester ouverte lorsque la causalité adéquate doit de toute manière être niée. Cela étant, dans le cas d'espèce, l'accident assuré doit à l'évidence être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves, conformément à la jurisprudence en la matière (voir 8b supra), dès lors que l'assuré a chuté d'une hauteur de 7 mètres comme cela ressort du rapport d'accident établi par la SUVA elle-même, et qu'il a souffert d'un TCC léger et de plusieurs fractures au niveau des vertèbres. Or, dans un tel cas, la réalisation d'un seul des critères jurisprudentiels est suffisante, ce qui semble être le cas prima facie. La SUVA ne pouvait dès lors s'épargner l'examen de la causalité naturelle et la question d'un retour à un statu quo sine ou à un statu quo ante. Concernant l'atteinte somatique, la chambre de céans constate que si les atteintes telles que les discopathies ou les protrusions discales sont généralement d'origine dégénérative et, dès lors, pas à la charge de l'assureur-accidents, il n'en demeure pas moins que selon l'appréciation du 16 avril 2013 du Dr Q_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, il n'était pas exclu que les séquelles de l'événement accidentel, à savoir les douleurs persistantes au niveau de la colonne lombaire, aient pu représenter un facteur aggravant sur les troubles dégénératifs compte tenu de la statique de la colonne vertébrale, laquelle résultait des suites de l'accident. La question de la causalité partielle ou indirecte et celle d'un retour à un statu quo ante vel sine se posent dès lors également dans ce contexte et il appartient à un expert d'y répondre. Enfin, les conclusions des médecins de la CRR ne sont pas motivées. On ne sait ainsi pas pour quels motifs les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant, s'agissant notamment du rachis, ne s'expliqueraient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et pour quels motifs des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis 2010) joueraient un rôle plus important, influençant défavorablement le retour au travail. En outre, on ne comprend pas non plus pourquoi les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR sont moins importantes à l'issue du séjour en 2014 (pas de port de charges répété de plus de 5 à 10 kg et pas d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise) qu'en 2011 (pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de travaux en porte-à-faux, pas de travail nécessitant des positions prolongées ni de travaux prolongés au sol ou imposant des mouvements de flexion-torsion du tronc), alors

qu'une atteinte à l'épaule gauche, à la charge de l'intimée, est venue s'ajouter aux atteintes existant

A/2825/2015 - 32/34 - au niveau du rachis. Le caractère lacunaire du rapport a implicitement été relevé par la Dresse T_____, qui a complété les limitations fonctionnelles retenues par la CRR en y incluant les suivantes afin de tenir compte de l'atteinte à l'épaule : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieures à 10 kg de manière fréquente et pas de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal a/cc. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 est dénué de toute valeur probante de sorte que la SUVA ne pouvait se fonder sur lui pour fixer le taux d'invalidité, l'état de santé du recourant n'étant pas suffisamment instruit. Reste à voir si les appréciations de la Dresse T_____ et du Dr G_____ pouvaient pallier les défauts du rapport précité. b/aa. D'emblée, il y a lieu de relever que ni l'appréciation médicale de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 ni celle du Dr G_____ du 19 novembre 2014 ne se fondent sur un examen personnel de l'assuré mais sur le dossier et plus particulièrement sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014. Conformément à la jurisprudence en la matière, elles ne sont toutefois pas en soi dénuées de toute valeur probante de ce seul fait mais doivent faire l'objet d'un examen au regard des réquisits jurisprudentiels applicables en cas d'appréciation faite sur dossier. b/bb. Quand bien même la Dresse T_____ et le Dr G_____, en leur qualité de médecin d'arrondissement, sont employés par la SUVA, on ne peut pas conclure de ce seul fait à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Une pleine valeur probante doit dès lors être attribuée à leurs appréciations si celles-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Or, dans le cas d'espèce, force est de constater que les avis des médecins d'arrondissement précités ne contiennent aucune nouvelle conclusion médicale mais portent en réalité une appréciation sur celles déjà existantes et plus particulièrement sur les conclusions du rapport de la CRR du 15 octobre 2014. Or, comme on l'a vu précédemment, le rapport de la CRR précité est dénué de toute valeur probante, étant notamment lacunaire et non motivé sur des points essentiels. Dans ces circonstances, il existe suffisamment d'éléments mettant à mal la valeur probante des appréciations médicales de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 et du Dr G_____ du 19 novembre 2014. c. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire et lacunaire par l'intimée. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, le dossier ne contient aucune appréciation de la causalité naturelle entre l'accident assuré et les différentes atteintes, notamment dégénératives, dont souffre le recourant. Quant à l'aspect psychique, il n'a fait l'objet d'aucune instruction approfondie. Il en va de même du retour à un statu quo ante vel sine. Dans de telles circonstances, la

A/2825/2015 - 33/34 - chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état actuel du dossier, de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail. Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour que celle-ci mette en place une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, laquelle devra se prononcer de manière circonstanciée sur toutes les atteintes dont souffre le recourant ainsi que sur le lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes retenues. Par ailleurs, il appartiendra aux experts nommés par l'intimée de s'adjoindre le cas échéant les services d'un neuropsychologue si le besoin s'en fait ressentir.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 22 juin 2015 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant 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 LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2825/2015 - 34/34 - 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.