

GE_GERICHTE A/3000/2014 vom 17. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3000_2014

FR: GE_GERICHTE A/3000/2014 du 17 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/3000/2014 del 17 giugno 2015

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS DONZE recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, a travaillé dès le 15 octobre 2012 en tant que maçon auprès de l'entreprise B_____. A ce titre, il est couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : SUVA ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Selon la déclaration de sinistre du 23 octobre 2012, l'assuré a chuté du premier étage d'une villa à Vézenaz, le 22 octobre 2012, d'une hauteur d'environ quatre mètres. Il a souffert d'une fracture de l'épaule gauche et a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).! [endif]>! [if> 3. Le 29 octobre 2012, la SUVA a accepté de prendre en charge le sinistre et a précisé que le droit à l'indemnité journalière débutait le 25 octobre 2012.! [endif]>! [if> 4. Dans un rapport du 31 octobre 2012, la doctoresse C_____, médecin adjointe du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a diagnostiqué notamment un traumatisme crânien avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle, une fracture de C2 traitée conservativement avec minerve, des fractures stables de D12 et L1, une fracture de la clavicule gauche traitée conservativement, des fractures de la troisième côte gauche et de la première côte droite ainsi qu'une dermabrasion occipitale. Selon le certificat médical du même service, daté du 2 novembre 2012, l'incapacité de travail était entière dès le 22 octobre 2012. Dans le rapport de sortie du 2 novembre 2012, le docteur Adrien RAY, chef de clinique du même service, a précisé que l'assuré était transféré à Beau-Séjour dès le 30 octobre 2012 pour suite de rééducation.! [endif]>! [if> 5. Dans le rapport de sortie du 26 novembre 2012, la Dresse C_____ a diagnostiqué également un petit effet de masse sur l'artère vertébrale gauche, sur fragment osseux millimétrique intracanalair provenant du coin postéro-supérieur de C3. Le 14 novembre 2012, l'assuré était rentré à domicile. Sa capacité de travail était nulle.! [endif]>! [if> 6. Le 10 décembre 2012, l'assuré a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente.! [endif]>! [if> 7. Dans un rapport du 18 décembre 2012, le docteur D_____, médecin-dentiste, a diagnostiqué une fracture de la prothèse supérieure en trois morceaux et une luxation totale de l'implant en position 23.! [endif]>! [if> 8. D'après le rapport d'accident du service de sécurité au travail de la SUVA du 1 er mars 2013, l'assuré se trouvait sur le chantier de construction d'une villa et était en train de poser des plaques d'isolation sous le plafond du premier étage. Alors qu'il était monté sur des paquets desdites plaques pour accomplir son travail et qu'il se trouvait

au-dessus des barrières de sécurité, il avait perdu l'équilibre et avait fait une chute d'une hauteur d'environ quatre mètres.![endif]>![if> 9. Dans un formulaire de prescription de physiothérapie du 7 mai 2013, le docteur E_____, médecin interniste au service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG, a diagnostiqué une luxation méniscale réductible et a fait état d'un craquement à l'ouverture avec une faible douleur. Il a préconisé un deuxième traitement de physiothérapie maxillo-faciale afin de favoriser l'ouverture et la propulsion.![endif]>![if> 10. Selon le rapport du case manager de la SUVA du 27 août 2013, l'assuré a été victime d'un nouvel accident le 6 juin 2013. Il est tombé dans les escaliers et s'est blessé au genou droit et à la cheville droite. Malgré l'avis d'un chirurgien qui préconisait une intervention chirurgicale au niveau de l'épaule gauche, l'assuré poursuivait un traitement conservateur conformément aux instructions du Dr F_____, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG. Dans son rapport du 2 décembre 2013, le case manager a exposé que le médecin traitant avait demandé un examen approfondi des oreilles auprès d'un institut de radiologie car l'assuré avait la sensation qu'on lui martelait l'intérieur du crâne. A la lecture des résultats, il s'avérait que les artères gauches étaient bouchées ce qui provoquait des fourmis dans une partie du crâne, notamment derrière son oreille gauche en sus des vertiges. Dans son rapport du 7 janvier 2014, le case manager a informé l'assuré qu'il n'avait pas trouvé trace du dernier accident dans le service informatique de la SUVA. Il lui a demandé de faire annoncer l'accident par son employeur. L'assuré a précisé que l'accident était survenu le 27 juillet 2013 et que du point de vue maxillaire la situation allait bien. Les résultats du scanner pratiqué aux HUG n'avaient pas permis d'expliquer clairement la douleur à sa cuisse. Le traitement médical était désormais terminé avec le Dr G_____ (recte : D_____). Au niveau lombaire, la douleur était très vite invalidante dès que l'assuré pratiquait la moindre activité sollicitant ses lombaires. Dès qu'il marchait plus d'une centaine de mètres, sa colonne lombaire le faisait souffrir, tout comme sa cuisse gauche. Il lui fallait même se reposer après être resté assis durant une heure. Dès qu'il attachait ses chaussures et se penchait en avant, il ressentait une douleur bilatérale dans le bas de sa colonne lombaire.![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 8 janvier 2014, le Dr F_____ a diagnostiqué des fractures C2 et C3, des fracture D1 avec tassement médial ainsi que D12 et L1 stables, une fracture de la clavicule gauche actuellement consolidée, une entorse bénigne de la cheville droite le 26 juin 2013, un infarctus du myocarde STEMI le 11 septembre 2013 sur maladie tritonculaire (atteinte des trois axes coronaires), un SLAP (superior labrum from anterior to posterior ou lésion antéro-supérieure du labrum) type II de l'épaule gauche et une tendinopathie discrète sous-scapulaire gauche. Il y avait peu d'évolution. L'état actuel (subjectif et objectif) consistait en arthralgies multiples et raideur des chaînes. Le pronostic était moyen. Il préconisait un séjour de trois semaines à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour bilan de compétences et prise en charge multidisciplinaire. Le traitement prévu était de longue durée. Aucune reprise du travail n'était envisagée.![endif]>![if> 12. Dans un rapport du 10 février 2014, la doctoresse H_____, généraliste FMH, a diagnostiqué une fracture C2 non déplacée, une fracture stable de D12 et L1, une fracture de la clavicule gauche, des lombosciatalgies L4 gauche, une pseudarthrose de la clavicule gauche et une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Elle n'avait plus revu le patient depuis le 22 avril 2013.![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 4 février 2014, le docteur I_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué un déficit vestibulaire à gauche. L'évolution était bonne. Le traitement avait duré du 23 septembre au 19 novembre 2013.![endif]>![if> 14. Dans un rapport du 4 mars 2014

consécutif au séjour de l'assuré dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 4 au 26 février 2014, le docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi que rhumatologue FMH, a diagnostiqué, d'une part en lien avec la chute du premier étage survenue le 22 octobre 2012, une fracture C2 traitée conservativement avec minerve, des fractures stables des corps D12 et L1 traitées conservativement, une fracture de la clavicule gauche traitée conservativement, une fracture de la troisième côte gauche et de la première côte droite, un fragment osseux millimétrique intra-canaulaire provenant de C3 et une fracture de la prothèse dentaire supérieure ainsi qu'une luxation totale de l'implant en position 23, d'autre part, une discrète tendinopathie du sous-scapulaire avec minime bursite sous-acromiale du côté droit et une arthrose cervicale. Il a rappelé que l'évolution des fractures avait été subjectivement stagnante, mais radiologiquement favorable. Par la suite, étaient apparues des douleurs des épaules, des douleurs lombaires irradiant dans la cuisse gauche et des douleurs de la cheville droite suite à une entorse. Les signes et symptômes de non-organicité de Waddell étaient de trois sur cinq. A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles consistaient en cervicalgies, surtout lors de la rotation gauche, avec des irradiations dans les épaules et des sensations de vertiges en extension cervicale. Il y avait également des douleurs dans les épaules de 0/10 à 4/10 avec une raideur importante, des lombalgies irradiant dans la cuisse gauche (sans déficit) et des douleurs de la cheville droite consécutives à une chute survenue postérieurement à l'accident du 22 octobre 2012. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il n'y avait pas eu d'évolution significative subjective ou objective. La situation était stabilisée du point de vue médical. On pouvait concevoir que l'atteinte traumatique cervicale et dorsolombaire ainsi que la discrète modification biomécanique secondaire au raccourcissement de la clavicule gauche laissaient quelques douleurs et limitations fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion tant dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité de maçon, de façon définitive. > Selon le consilium de l'appareil locomoteur du docteur K_____, rhumatologue FMH dans le même service, daté du 13 février 2014, la fracture de la clavicule gauche était parfaitement consolidée. Elle entraînait simplement une petite modification biomécanique de la ceinture scapulaire mais sans douleur localisée au niveau de la fracture. L'assuré se plaignait de douleurs des épaules de caractère mécanique survenant surtout dans les mouvements de rotation interne et au-dessus de 90° de flexion-abduction. Les données de l'examen clinique étaient rassurantes chez cet assuré qui avait un comportement douloureux augmentant au fur et à mesure de l'examen et qui s'autolimitait passablement. On ne notait aucune atrophie. Tous les tests de la coiffe étaient déclarés douloureux mais étaient bien tenus. Les tests de conflits étaient aussi déclarés douloureux mais il n'y avait aucune dyskinésie de l'omoplate. S'agissant de l'arthro-IRM de l'épaule gauche, le bilan radiologique à disposition était tout à fait rassurant. Il a proposé du côté droit de procéder à une échographie pour vérifier tant l'état de la coiffe que l'absence d'une bursite sous-acromiale. A son avis, il n'y avait pas de limitation particulière à retenir en raison des douleurs de l'épaule, sauf si on trouvait du côté droit des anomalies notables. Le rapport après ultrason de l'épaule droite effectué le 20 février 2014 révélait un signe de tendinopathie du sous-scapulaire et une minime bursite sous-acromiale sans lésion du tendon supra-épineux. Il n'y avait pas de signe d'arthropathie acromio-claviculaire. Selon le consilium du professeur L_____, radiologue FMH à l'institut de radiologie de la clinique Bois-Cerf, daté du 6 mars 2014, l'arthro-IRM des 17 et

18 décembre 2013 ne mettait pas en évidence une lésion de type SLAP. Ce qui avait été interprété comme une lésion de type SLAP n'était qu'un récessus discrètement irrégulier s'étendant par un foramen sous-labral au niveau antéro-supérieur. 15. Le 11 juin 2014, l'assuré a été examiné par le docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, afin de procéder à un bilan final. Dans son rapport du 19 juin 2014, ce médecin a indiqué que l'assuré se plaignait de cervicalgies et de douleurs aux épaules gauche et droite avec des lombalgies et des douleurs au niveau des anciens foyers de fractures des côtes. En raison des douleurs cardiaques et de la fatigue survenant à la cuisse gauche, son périmètre de marche était limité à un kilomètre. Lors de l'examen clinique, la palpation du rachis cervical était globalement douloureuse tant au niveau des muscles paravertébraux que des épineuses. S'agissant du rachis lombaire, l'assuré ne souffrait pas de douleurs en regard des vertèbres fracturées. En revanche, la palpation des épineuses des dernières vertèbres lombaires était douloureuse. La palpation des dernières côtes à droite comme à gauche était également douloureuse. La mobilité des épaules était en abduction de 90/100° des deux côtés, en antépulsion de 110/120° à droite et de 100/120° à gauche, en rétropulsion de 30° des deux côtés. Les tests de la coiffe et de conflit étaient négatifs. Sur le plan radiologique, la fracture du rachis cervical était bien consolidée sur le CT-scan du 1^{er} mars 2013 de même que la fracture de la clavicule sur le scanner de contrôle du 26 janvier 2013. L'atteinte traumatique cervicale et dorso-lombaire ainsi que la discrète modification de la clavicule gauche liée à un raccourcissement généraient quelques douleurs et des limitations fonctionnelles. La discussion de l'atteinte à l'intégrité était effectuée à part. 16. Selon l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 19 juin 2014 établie par le Dr M_____, il persistait une limitation active de l'épaule gauche. Il convenait par analogie de se référer à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. D'après la table d'indemnisation n° 1 pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 10%. Compte tenu de la bonne consolidation de la fracture du rachis cervical et de l'absence de séquelles, il n'y avait pas d'indication à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité à ce niveau. 17. Par courrier du 8 juillet 2014, la SUVA a informé l'assuré que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, elle mettait un terme au paiement des soins médicaux, hormis deux consultations annuelles de suivi avec une séance de physiothérapie si nécessaire pour l'épaule gauche et la nuque. Des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité étaient prévues dans son cas. Un stage d'orientation allait débiter le 11 août 2014 et pendant cette évaluation, il aurait droit à l'indemnité journalière de l'AI, de sorte qu'elle versait les indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 10 août 2014. Une fois les mesures de réadaptation terminées, elle allait examiner son droit à une rente d'invalidité. Il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 12'600.- qui lui serait versée à la fin des mesures de l'assurance-invalidité. 18. Par décision du 29 juillet 2014, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% sur la base d'un gain annuel de CHF 126'000.-, soit une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.-. Sur le plan de l'exigibilité, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, on pouvait s'attendre à ce qu'elle fût réalisée à la journée entière. Elle acceptait deux consultations annuelles de suivi avec une série de séances de physiothérapie si nécessaire pour l'épaule gauche et la nuque. 19. Le 22 août 2014, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il estimait le capital alloué insuffisant. De plus, en

acceptant la décision relative à cette indemnité, il donnerait à penser qu'il serait d'accord avec l'existence d'une capacité de travail résiduelle. Les répercussions et séquelles de l'accident du 22 octobre 2012 allaient bien au-delà de celles que le Dr M_____ avait retenues. Depuis l'accident, il souffrait de fortes douleurs aux cervicales, à l'épaule gauche, au dos, aux côtes ainsi que de lombalgies. En position debout, il était rapidement fatigué et en position assise, il ressentait de violentes douleurs. De plus, suite à son infarctus, il présentait des douleurs dans la poitrine et un état général péjoré. Pour atténuer ces douleurs, il devait prendre de nombreux médicaments.![endif]>![if> 20. Dans son appréciation médicale du 28 août 2014, le Dr M_____ a relevé que les mobilités actives obtenues au niveau de l'épaule gauche étaient légèrement supérieures lors de l'examen réalisé à la CRR que lors de son examen final. Les douleurs séquellaires liées à l'infarctus du myocarde, notamment les troubles fonctionnels au niveau du thorax et la péjoration de son état général étaient sans rapport avec l'accident du 22 octobre 2012. Par conséquent, le taux de l'atteinte à l'intégrité était bien adapté aux séquelles fonctionnelles post-fracture de la clavicule gauche.![endif]>![if> 21. Par décision du 3 septembre 2014, la SUVA a rejeté l'opposition en reprenant les arguments développés dans sa décision initiale. Elle a précisé que la gravité de l'atteinte était évaluée d'après les constatations médicales en faisant abstraction des effets particuliers ressentis par l'assuré. Elle reposait sur une évaluation abstraite valable pour tous les assurés.![endif]>![if> 22. Par acte du 2 octobre 2014, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il conclut, sous suite de dépens à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 20%. Il sollicite un délai supplémentaire pour compléter son recours. Il relève que le taux de 10% ne tient pas compte de l'ensemble des atteintes à la santé qu'il subit à la suite de l'accident du 22 octobre 2012. De plus le rapport d'évaluation du Dr M_____ du 19 juin 2014 ne remplit pas les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il se réserve le droit d'amplifier ses conclusions dans le cadre de son complément de recours.![endif]>![if> 23. Le 6 octobre 2014, la chambre de céans a accordé au recourant un délai pour compléter son recours.![endif]>![if> 24. Dans son complément de recours du 7 novembre 2014, le recourant conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante afin de déterminer son atteinte à l'intégrité et principalement à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 30% moyennant le versement d'une indemnité de procédure de CHF 3'000.-. Il reproche au Dr M_____ dans son bilan final du 19 juin 2014 de s'être fondé sur une anamnèse lacunaire en omettant de nombreux événements et documents médicaux alors qu'il devait analyser l'ensemble des documents médicaux pertinents dans la mesure où il ne l'avait pas examiné personnellement. En outre, il lui fait grief de ne pas avoir retranscrit ses plaintes de manière exhaustive telles qu'elles ressortent des entretiens avec le case manager, notamment celui du 11 avril 2014, de ne pas avoir indiqué les diagnostics retenus pour son appréciation médicale et d'avoir failli à son devoir de motivation en n'expliquant pas pourquoi il privilégiait telle prise de position médicale. Par conséquent, son rapport n'avait pas de valeur probante. En outre, son appréciation de l'atteinte à l'intégrité du 19 juin 2014 était encore plus lacunaire. Le Dr M_____ avait complètement occulté les problématiques liées au pied, à la colonne lombaire, à la clavicule gauche, à la mâchoire et ses répercussions au niveau de la tête ainsi que ses troubles cognitifs. Au vu de ses constatations lacunaires, son estimation de l'atteinte à l'intégrité n'avait aucune valeur probante. En outre, la fixation de ladite atteinte devait être examinée en même temps que le droit à la rente d'invalidité. Dans la mesure où celui-ci allait être examiné après la fin des mesures de réadaptation préconisées par l'assurance-invalidité,

l'intimée devait attendre ce moment-là pour se prononcer sur l'atteinte à l'intégrité, de sorte que pour ce seul motif déjà, la décision litigieuse devait être annulée.!

25. Dans sa réponse du 14 janvier 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a observé que le recourant avait été convoqué pour un examen personnel par le Dr M_____ et que l'appréciation finale tirait un bilan des pièces du dossier, des déclarations du recourant ainsi que des tests effectués sur ce dernier le 11 juin 2014. Elle avait pris position sur le cas du recourant en tenant compte du dossier médical complet, des examens médicaux complets effectués par le Dr M_____ et par les médecins de la CRR. Il n'existait aucun élément dans le dossier permettant de douter de l'appréciation du Dr M_____. Ses rapports détaillés étaient concluants et sans contradictions, de sorte qu'ils avaient entière valeur probante. Le recourant n'apportait aucun argument médical concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé du taux d'atteinte à l'intégrité de 10%. Il se bornait à exprimer un avis divergent non motivé médicalement. Il y avait lieu de renoncer à une surexpertise dès lors que le dossier contenait tous les faits déterminants pour trancher le litige.!

26. Dans son écriture du 5 février 2015, le recourant a indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler et a persisté dans ses conclusions précédentes.!

27. Le 6 février 2015, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée et, sur ce, a gardé la cause 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 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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 taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité séquellaire à l'accident du 22 octobre 2012.!

5. a) Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).!

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions

détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). b) La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser un préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). c) Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure

qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). 6. a) L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch) en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

7. Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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

8. Dans un premier moyen, le recourant invoque la nullité de la décision du 3 septembre 2014 au motif que l'intimée n'a pas statué sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en même temps que sur le droit à la rente d'invalidité. La réglementation de l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48). Par conséquent, contrairement à ce que soutient le recourant, il doit être possible déjà à la fin du traitement médical mais avant la décision de rente de se prononcer sur l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité, lorsque des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité sont en cours. En effet, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne concerne pas la capacité de gain, mais l'atteinte à l'intégrité physique, psychique ou mentale qui ne fait pas l'objet des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 226/01 du 26 février 2002 consid. 3b). Dès lors, il s'agit de deux droits distincts à séparer l'un de l'autre sur lesquels il peut également être statué de façon séparée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_281/2007 du 18 janvier 2008 consid. 1.3). Le recourant ne conteste pas que le traitement médical est terminé, à juste titre, puisque le rapport du case manager du 11 avril 2014 précise que ledit traitement est désormais terminé avec le Dr D_____. De plus, le rapport du Dr J_____ du 4 mars 2014 conclut à une situation stabilisée du point de vue médical et celui du Dr M_____ du 19 juin 2014 considère que le traitement est terminé, puisqu'il n'accepte que deux consultations annuelles de suivi et une série de séances de physiothérapie d'entretien en cas de nécessité. En effet, l'état est stabilisé si le traitement ne peut plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé (ATF 134 V 109 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2). Aussi, l'intimée n'a-t-elle pas violé l'art. 24 al. 2 LAA en statuant déjà sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité du recourant, alors que des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité sont en cours, le traitement médical étant terminé.

9. Dans un second moyen, le recourant conteste la valeur probante de l'évaluation finale du Dr M_____ au motif notamment que sa motivation ne serait pas suffisante dès lors qu'il ne l'a pas examiné, qu'il n'a pas posé de diagnostics et qu'il n'aurait pas tenu compte de tous les éléments médicaux, respectivement de ses plaintes concernant d'autres problématiques que l'épaule gauche. Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du Dr M_____ du 19 juin 2014 repose sur un examen clinique en date du 11 juin 2014 lors

duquel le médecin d'arrondissement a effectué divers mesures et tests. Cet examen avait pour but de procéder à un bilan final, à savoir déterminer quelles sont les séquelles de l'accident, si le traitement médical est terminé, si le recourant présente une capacité résiduelle de travail et de quel degré, enfin de permettre une évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Par conséquent, il n'avait pas pour objectif de poser des diagnostics. Cela étant précisé, le Dr M_____ rappelle que l'accident du 22 octobre 2012 a provoqué un traumatisme du rachis cervical avec fracture de C2, fracture de la clavicule gauche et fractures de côtes à gauche et à droite, soit les principales lésions subies par le recourant. En outre, il tient compte des plaintes de ce dernier, du dossier médical notamment du rapport de la CRR consécutif au séjour du recourant dans cet établissement du 4 au 26 février 2014. Enfin, il motive tant la capacité de travail résiduelle au vu des limitations fonctionnelles que de la stabilisation de l'état de santé par référence au rapport du Dr J_____ du 4 mars 2014 dont il ne conteste pas, à juste titre, la valeur probante. En effet, ce dernier remplit tant les conditions formelles et matérielles à cet effet, notamment au vu de la période d'observation de 22 jours, des examens complémentaires effectués et du consilium orthopédique. Le dossier ne comportant pas de rapports médicaux contradictoires, le médecin d'arrondissement n'avait pas à motiver davantage son appréciation. Le recourant fait également grief à ce dernier de ne pas avoir mentionné ses plaintes de manière exhaustive, respectivement de ne pas avoir consigné ses plaintes concernant sa cheville et son talon droits, sa mâchoire, son crâne et l'oreille gauche telles qu'indiquées par le case manager dans son rapport du 11 avril 2014. En l'occurrence, il n'est pas très clair si le recourant allègue avoir signalé lesdites plaintes au Dr M_____ ou s'il reproche à celui-ci de ne pas avoir repris les plaintes figurant dans les rapports du case manager. Quoi qu'il en soit, la chambre de céans relève que l'accident du 22 octobre 2012 n'a pas touché le membre inférieur droit, de sorte que le médecin d'arrondissement n'a pas exposé à juste titre les plaintes du recourant concernant la cheville et le talon droits. En outre, ces derniers ont été lésés lors d'un autre accident postérieur qui ne fait pas l'objet de la présente procédure. Durant son séjour à la CRR, le recourant n'a pas fait état de plaintes concernant la mâchoire, l'oreille et le crâne. Par ailleurs, il a expliqué au case manager, le 2 décembre 2013, que les fourmis au crâne et à l'oreille gauche étaient dues à des artères bouchées, puis le 7 janvier 2014, il a indiqué que du point de vue maxillaire la situation allait bien. Par conséquent, soit lesdites plaintes ne sont plus actuelles, soit elles ne concernent pas les séquelles de l'accident, de sorte que le médecin d'arrondissement n'avait pas besoin de les mentionner. En définitive, en faisant état de cervicalgies, de douleurs aux épaules accompagnées d'une hypoesthésie sur tout le bras s'agissant de l'épaule gauche, de lombalgies et de douleurs au niveau des anciens foyers de fractures des côtes, le rapport du Dr M_____ n'est pas lacunaire. En outre, ce médecin motive son évaluation par le dossier radiologique révélant une consolidation des fractures tant au rachis cervical qu'à la clavicule gauche ainsi que par les mesures de mobilité de l'épaule gauche très semblables à celles de l'épaule droite et aux tests négatifs tant de la coiffe que d'un éventuel conflit. Par ailleurs, aucun rapport médical ne contredit son évaluation qui ne comporte pas de contradictions, de sorte que son rapport d'examen final du 19 juin 2014 remplit tous les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante. 10. Dans un troisième moyen, le recourant conteste également la valeur probante de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 19 juin 2014 effectuée par le Dr M_____ au motif que son évaluation est encore plus lacunaire que son rapport d'examen final du 19 juin 2014. Dans ledit rapport, le médecin d'arrondissement précise que la discussion concernant l'atteinte à l'intégrité est

effectuée à part. Par conséquent, il y a lieu de lire cette dernière en lien avec le rapport d'examen final pour apprécier si elle est lacunaire. Le Dr M_____ tient compte d'une limitation active de l'épaule gauche consécutive à une fracture non déplacée de la deuxième vertèbre cervicale consolidée par immobilisation et à une fracture de la clavicule gauche traitée conservativement. Le recourant lui fait grief de ne pas prendre en considération ses problématiques au pied, à la colonne lombaire, à la clavicule gauche, à la mâchoire et au crâne ainsi que ses troubles cognitifs. Pour les mêmes raisons que celles expliquées précédemment, les troubles du pied, de la mâchoire et du crâne n'ont pas d'incidence sur l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Quant à ceux de la clavicule gauche et de la colonne lombaire, le Dr M_____ semble les avoir prises en compte dans son évaluation puisqu'il retient que l'atteinte traumatique cervicale et dorso-lombaire ainsi que la discrète modification de la clavicule gauche liée à un raccourcissement génèrent quelques douleurs et des limitations fonctionnelles. Toutefois, il convient d'examiner ci-dessous, dans la discussion concernant l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, s'il en a concrètement tenu compte.

11. Dans un dernier moyen, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir sous-estimé son atteinte à l'intégrité qui serait d'au moins 30%. Se fondant sur la table 1 concernant l'atteinte à l'intégrité pour les troubles fonctionnels du membre supérieur, le Dr M_____ relève que le recourant présente une limitation active de l'épaule gauche qui doit être évaluée par analogie avec une périarthrite scapulo-humérale moyenne équivalant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%. Selon la table 1 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, une périarthrite scapulo-humérale moyenne représente une atteinte à l'intégrité de 10%, alors que, quand elle est qualifiée de grave, l'atteinte à l'intégrité est évaluée à 25%. D'après la table 7 relative à l'atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale, en cas de fractures cervicales, dorsales ou lombaires, le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 0% en présence de limitations fonctionnelles minimales et rares sans douleurs notables survenant surtout aux efforts importants, de 0 à 5% en cas de douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (un à deux jours), de 5 à 10% en présence de douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts et de 10 à 20% en cas de douleurs permanentes plus ou moins intenses qui rendent impossible toute charge supplémentaire et qui ne diminuent que lentement après aggravation. En présence d'affection vertébrale, l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité doit se fonder principalement sur les limitations fonctionnelles, les altérations anatomo-pathologiques (radiographies) n'étant qu'un critère secondaire. L'appréciation du taux d'atteinte à l'intégrité en cas d'affections de la colonne vertébrale repose dans une très large mesure sur l'intensité des douleurs qu'entraînent ces affections (cf. table 7 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Mais si un assuré présente de nombreux signes de non-organicité des douleurs qu'il exprime, il convient de relativiser ces douleurs pour procéder à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité due aux seules lésions de la colonne vertébrale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). En l'espèce, lors de l'accident du 22 octobre 2012, le recourant a été notamment victime de fractures cervicales en C2 et C3, de fracture tassement médial en D1, de fracture dorsale en D12 et de fracture lombaire en L1, d'une fracture de la clavicule gauche et de fractures à deux côtes. Selon le rapport du 4 mars 2014 du Dr J_____ et le bilan final du 19 décembre 2014 du Dr M_____, on peut concevoir que l'atteinte traumatique cervicale et dorsolombaire ainsi que la discrète modification biomécanique secondaire au raccourcissement de la clavicule gauche génèrent quelques douleurs et limitations fonctionnelles. Lors du séjour à la CRR,

les plaintes du recourant ont consisté en cervicalgies, surtout lors de la rotation gauche avec des irradiations dans les épaules et des sensations de vertiges en extension cervicale, des douleurs dans les épaules avec une raideur importante et des lombalgies. Ces deux médecins ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : l'absence de port de charges autres que légères au-dessus du niveau de l'épaule avec le membre supérieur gauche, un port de charges maximal de dix kilos, favoriser l'alternance des positions assises et debout, éviter le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux (à genoux, debout ou assis), éviter les flexions/torsions répétées du tronc et éviter l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations. Durant ses entretiens avec le case manager, le recourant a évoqué des douleurs lombaires très vives lors de toute activité sollicitant les lombaires, à la marche supérieure à 100 mètres et dès qu'il se penchait en avant. En l'occurrence, le recourant ne semble pas se plaindre de douleurs constantes mais plutôt de douleurs à l'effort et à la mobilisation. En outre, il convient de relativiser ses douleurs en raison des signes de non organicité mis en évidence lors de son séjour à la CRR. Etant donné que, d'une part, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'affections de la colonne vertébrale doit reposer principalement sur les limitations fonctionnelles et que de telles limitations ont été admises tant par le Dr J_____ que par le Dr M_____, d'autre part, que les altérations anatomo-pathologiques ne sont qu'un critère secondaire, le médecin d'arrondissement ne pouvait pas justifier l'absence d'atteinte à l'intégrité pour les troubles de la colonne cervicale par le fait que les vertèbres fracturées sont bien consolidées et par l'absence de séquelles. En outre, dans son évaluation, il n'a à aucun moment examiné la question de l'atteinte à l'intégrité pour les fractures vertébrales D1, D12 et L1 alors que le recourant souffre de lombalgies. Or, au vu des limitations retenues en lien avec l'atteinte traumatique cervicale et dorsolombaire, à savoir favoriser l'alternance des positions assises et debout, éviter le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux (à genoux, debout ou assis), éviter les flexions/torsions répétées du tronc, il apparaît que le recourant présente des séquelles objectives de la colonne cervico-dorso-lombaire. Par conséquent, l'évaluation effectuée par le Dr M_____ est contradictoire et lacunaire, de sorte qu'elle n'a pas de valeur probante. Au vu de ces éléments, il n'est pas possible de se fonder sur l'appréciation du médecin d'arrondissement pour chiffrer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. 12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).>![if> Au vu, d'une part, de la contradiction existant entre les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N_____ dans son examen final s'agissant de la colonne cervicale et la justification de l'absence d'atteinte à l'intégrité pour les fractures des vertèbres cervicales par l'absence de

séquelles en lien avec les fractures, d'autre part, de l'absence d'examen de l'atteinte à l'intégrité pour les fractures vertébrales D1, D12 et L1, force est de constater que la question de l'atteinte à l'intégrité n'a pas été instruite correctement par l'intimée. Par conséquent, il y a lieu de lui renvoyer le dossier afin qu'elle mette en œuvre une expertise externe auprès d'un orthopédiste pour déterminer si les fractures vertébrales justifient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et quel est le degré global de cette dernière compte tenu des atteintes multiples. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 3 septembre 2014 sera annulée. Le dossier sera renvoyé à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise externe auprès d'un orthopédiste au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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