

GE_GERICHTE A/3313/2018 vom 20. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3313_2018

FR: GE_GERICHTE A/3313/2018 du 20 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/3313/2018 del 20 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

er septembre 2015 et 10 (recte : 20) janvier 2016 ne remplissaient pas les réquisits permettant de leur reconnaître valeur probante, de sorte qu'elle a renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, charge au médecin désigné par la SUVA de se prononcer de manière détaillée sur l'importance de cette atteinte et de justifier sa position en se référant à l'annexe 3 OLAA et à la table 7 établie par la SUVA. Non contesté, cet arrêt est entré en force. 24. Dans un rapport du 13 octobre 2017 adressé au Dr D_____, le docteur G_____, radiologue, a relaté les résultats d'une IRM de la colonne cervicale et dorsale qu'il avait pratiquée le même jour et conclu à une double déformation scoliotique cervico-dorsale à convexité droite cervicale et convexité gauche dorsale haute, pouvant être de nature posturale. Pour le reste, l'imagerie mettait en lumière une rectitude cervicale, un ancien tassement des plateaux supérieurs de D5, D6 et D7, une protrusion discale postéro-latérale droite en C5-C6, peu sténosante. En revanche, il n'y avait pas d'autre lésion sténosante au niveau canalaire ou foraminaire ni de hernie discale. 25. Dans un rapport du 27 mars 2018, qui faisait suite à un examen de l'assuré pratiqué le 4 octobre 2017, le Dr D_____ a établi un bilan complémentaire en vue de déterminer l'octroi éventuel d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Après avoir résumé l'évolution du dossier, recueilli les plaintes de l'assuré (qui avaient pour objet des cervicalgies avant tout nocturnes, gênant le sommeil, irradiant vers l'épaule gauche et se dirigeant jusque dans le pouce), effectué des constatations cliniques et examiné le rapport IRM du 13 octobre 2017, le Dr D_____ a considéré que l'assuré avait présenté, au niveau du rachis cervical, des fractures des épineuses de C7. Étant donné qu'elles étaient situées à distance du canal cervical, ces fractures ne se compliquaient pas d'un problème neurologique et guérissaient habituellement sans laisser de séquelle. La mobilité des deux épaules était complète et symétrique. Au niveau du rachis thoracique, le bilan iconographique récent par IRM avait confirmé des signes de discopathie en C5-C6, d'allure dégénérative, ainsi qu'un ancien tassement modéré du plateau supérieur de D6. Ce bilan IRM révélait également des fractures consolidées. 26. Le 27 mars 2018 également, le Dr D_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité corporelle subie par l'assuré à 10 % en la motivant comme suit : compte tenu de l'absence de cyphose résiduelle, et puisqu'il s'agissait de la partie postérieure de la vertèbre et que la douleur rapportée était modérée, il y avait lieu de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % pour les suites du traumatisme du rachis cervical. Au niveau du rachis dorsal, il convenait également de retenir un taux de 5 % en raison d'une cyphose mesurée à 11° sur l'IRM et de la présence de douleurs modérées après mobilisation. Selon la table n°7 pour atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale, l'ensemble conduisait à un taux global de 10 %. 27. Par décision du 26 avril 2018, la SUVA a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevant à CHF 12'600.- (soit 10 % du montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident du 11

février 2013) en se fondant sur les constatations médicales à l'issue du traitement. 28. Le 25 mai 2018, l'assuré a formé opposition à cette décision et soutenu qu'il avait droit à une indemnité plus importante. 29. Le 30 mai 2018, la SUVA a transmis à l'assuré une copie de l'appréciation du 27 mars 2018 de son médecin d'arrondissement et l'a invité, par pli du 3 juillet 2018, à motiver son opposition. 30. Le 13 juillet 2018, l'assuré a complété son opposition en indiquant que ses douleurs résiduelles étaient permanentes, même au repos, et justifiaient par conséquent un taux de 10 % pour l'atteinte au rachis cervical. Pour le rachis dorsal, la cyphose de 11°, associée aux dites douleurs justifiait un taux de 15 %, de sorte que c'était un taux global de 25 % qu'il convenait de retenir dans le cas particulier. 31. Le 20 août 2018, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie et médecin-conseil du centre de compétence de la SUVA, a apprécié le cas en examinant divers documents d'imagerie antérieurs et postérieurs à l'accident du 11 février 2013. Alors que les premiers, datant de 2011, objectivaient déjà un non-alignement des apophyses épineuses, témoignant d'un remaniement scoliotique, les radiographies réalisées aux urgences des HUG le jour de l'accident révélaient des fractures de l'apophyse épineuse de C7, D1 et D2, de minimes tassements des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8, ainsi qu'une scoliose dorsale. Une IRM effectuée en 2014, soit à un an de l'accident, montrait d'une part que les fractures des apophyses épineuses étaient consolidées et, d'autre part, que les séquelles des fractures du plateau supérieur de D6, D7 et D8 - plus précisément un minime tassement des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8 - n'avaient pas entraîné de perte de hauteur notable du mur antérieur de ces vertèbres. La Dresse H_____ a expliqué que suivant l'importance de la fracture, il pouvait y avoir un tassement, ce qui signifiait une perte de hauteur principalement du mur antérieur, entraînant une angulation et éventuellement une accentuation de la scoliose. En l'espèce toutefois, les IRM de 2013, 2014 et 2017 n'objectivaient pas de perte de hauteur et étaient superposables, de sorte qu'il ne pouvait y avoir d'aggravation de la scoliose déjà présente en 2011. Quant au remaniement du plateau supérieur de D8, il correspondait à un nodule de Schmorl d'origine dégénérative. En synthèse, dans la mesure où l'assuré souffrait d'une scoliose déjà présente au moment de l'accident, non aggravée par cet événement, il n'était pas justifié d'en tenir compte dans la détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En admettant que l'assuré présentait tout de même une « fracture tassement » correspondant à la catégorie « fractures cervicales dorsales ou lombaires » de la table 7 de la SUVA, et dont les douleurs après mobilisation pouvaient être rangées dans la sous-catégorie « + », pour laquelle la table 7 de la SUVA prévoyait un taux compris entre 0 et 5 %, il convenait d'arrêter ce taux à la limite supérieure de 5 % dans le cas particulier. Cependant, compte tenu de douleurs présentes non seulement à la colonne cervicale mais aussi à la colonne dorsale, l'indemnité due s'élevait à 10 %. La scoliose, qui était antérieure à l'accident, n'avait pas à être prise en considération. Dans ces circonstances, un taux de 25 % n'était certainement pas justifié. 32. Par décision du 21 août 2018, la SUVA a rejeté l'opposition formée le 25 mai 2018 (et complétée le 13 juillet 2018). Sur une question essentiellement médicale et en l'absence d'avis contraire au dossier, il y avait lieu de se fonder sur l'estimation du Dr D_____, entérinée par la Dresse H_____ au terme d'une analyse fouillée et documentée. 33. Le 24 septembre 2018, l'assuré, assisté de son conseil, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans en sollicitant préalablement un délai pour compléter son écriture et étayer celle-ci au moyen de documents médicaux complémentaires qu'il n'avait pas encore obtenus à ce jour. Sur le fond, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 25 %, compte tenu

des nombreuses limitations qu'il subissait depuis l'accident du 11 février 2013. En effet, pour l'atteinte au rachis cervical, les douleurs résiduelles permanentes, présentes même au repos, justifiaient une IPAI de 10 %. Et pour le rachis dorsal, la cyphose de 11°, associée aux dites douleurs, justifiait un taux de 15 %. 34. Après s'être vu accorder un second délai pour compléter son écriture, le recourant s'est adressé à la chambre de céans le 30 novembre 2018 pour rappeler que ses douleurs résiduelles étaient permanentes même au repos, ce qu'il offrait de prouver par son audition et celle de son médecin traitant, le Dr C_____. Aussi, il a sollicité une nouvelle prolongation de délai « pour la production de pièces ». 35. Par pli du 14 janvier 2019, l'assuré a indiqué que le Dr C_____ n'avait pas donné suite à ses demandes d'informations médicales, raison pour laquelle il sollicitait l'audition de ce médecin afin qu'il puisse se prononcer sur une série de questions pré-formulées dans ce même courrier. 36. Par courrier du 15 janvier 2019, la chambre de céans a fait remarquer au conseil du recourant que son courrier du 14 janvier 2019 ne correspondait pas à un complément de recours mais à une demande d'audition du médecin traitant de son mandant, mesure qui était prématurée dans la mesure où l'intimée n'avait pas encore été invité à répondre au recours, vu la teneur de celui-ci en l'état, malgré quatre prolongations de délai accordées pour compléter cette écriture. 37. Le 25 janvier 2019, le recourant a complété son recours du 24 septembre 2018 en reprochant à la Dresse H_____ d'avoir retenu, sans aucune motivation, que ses douleurs seraient modérées après mobilisation, correspondant à la catégorie « + » de la table 7. Or, la Dresse H_____ ne mentionnait absolument pas ce qui lui permettait « d'affirmer et de quantifier ainsi les douleurs » qui, en réalité, étaient permanentes, même au repos et la nuit, et très intenses à l'effort, malgré des séances de chiropraxie hebdomadaires. La Dresse H_____ retenait par ailleurs que la scoliose était préexistante à l'accident et non aggravée par ce dernier, ce qui semblait ressortir de l'appréciation des documents radiographiques figurant au dossier. Sur ce point, le recourant demandait à pouvoir produire l'avis de son médecin traitant qui le suivait déjà avant l'accident. 38. Par réponse du 23 avril 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours en se fondant notamment sur une appréciation complémentaire de la Dresse H_____, datée du 11 avril 2019, dans laquelle ce médecin expliquait avoir retenu le classement des douleurs du recourant dans la catégorie « + » en se référant aux déclarations que celui-ci avait faites lors de l'examen médical du 4 octobre 2017 pratiqué par le Dr D_____. Force était de constater que si le recourant présentait des douleurs, celles-ci n'étaient pas permanentes. Dans le cas contraire, il n'était pas possible de dormir. Or, en l'espèce, selon les explications données par le recourant au Dr D_____, les douleurs occasionnaient deux à trois réveils, ce qui montrait qu'elles n'étaient ni permanentes ni d'intensité majeure. Cette conviction était également renforcée par le fait que : - les consultations médicales n'étaient guère fréquentes, la dernière d'entre elles remontant au mois d'avril 2018 (Dr C_____); - la dernière facture de pharmacie honorée par l'intimée avait été émise en octobre 2015 et correspondait à du Magnesiocard® et du Calcimagon®, soit deux médicaments qui n'étaient pas des antalgiques. Il était certes possible de se procurer des antalgiques mineurs tels que le Dafalgan® sans prescription médicale, mais ce médicament suffisait seulement pour soulager des douleurs mineures; - le recourant bénéficiait certes de physiothérapie et/ou de chiropraxie de manière ponctuelle (et non quotidienne). Mais ceci ne pouvait en rien remplacer les antalgiques en cas de douleurs permanentes. En conclusion, la Dresse H_____ ne pouvait que confirmer le taux d'IPAI de 10 % retenu lors de son appréciation du 20 août 2018. Pour sa part, l'intimée a ajouté que lorsque le recourant avait séjourné à la CRR du 5 février au 5 mars 2014, les médecins de cet établissement avaient relevé que la

participation de l'intéressé aux thérapies avait été moyenne et que son attitude était restée très centrée sur la douleur. De plus, ses plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les anomalies objectives constatées pendant le séjour. 39. Par réplique du 11 juin 2019, le recourant a soutenu que les fractures vertébrales devaient être appréciées principalement selon les limitations fonctionnelles observées. Quant aux constatations faites sur la base des images radiographiques, elles ne revêtaient qu'un caractère secondaire. Alors que l'intimée avait refusé, par courrier du 1^{er} septembre 2015, la prise en charge d'un antalgique autre que le paracétamol, elle entendait à présent ériger ce refus en preuve du caractère supportable des douleurs. Soutenant qu'un avis chirurgical, sans examen ni anamnèse, ne permettait aucunement de juger l'intensité et la fréquence des douleurs, le recourant a maintenu sa demande de mesures d'instruction, plus particulièrement son offre de prouver par son audition, celle de ses proches et de son médecin traitant que ses douleurs résiduelles cervicales et dorsales étaient permanentes, même au repos et la nuit, et très intenses à l'effort. 40. Par duplique du 4 juillet 2019, l'intimée a relevé que le recourant avait été examiné personnellement le 4 octobre 2017 par le Dr D_____. Par ailleurs, l'examen des documents d'imagerie par la Dresse H_____ avait confirmé les atteintes séquellaires et celles d'étiologie dégénérative. Dans ces circonstances, la cause avait été instruite à satisfaction de droit. 41. Le 8 juillet 2019, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, au recourant. 42. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). c. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Selon l'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA, lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. d. Datée du 21 août 2018, la décision entreprise a été reçue le surlendemain par le conseil du recourant. Ayant commencé à courir le 24 août, le délai de recours est arrivé à échéance le samedi 22 septembre 2018, et a par conséquent été reporté au lundi suivant. Posté le 24 septembre 2018, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 2. Le litige concerne uniquement la quotité de l'IPAI due pour les suites de l'accident du 11 février 2013. 3. a. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'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'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution

de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 al. 1 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. b. 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 (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). 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 le 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 (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht (SBVR), 3^{ème} éd. 2016 n. 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3; voir également Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. n. 317). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; ATF 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). 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; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, 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 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a p. 157; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a). Selon l'annexe 3 à l'OLAA, pour les atteintes à l'intégrité « désignées ci-après » (i.e : la liste figurant dans ladite annexe), l'indemnité s'élève en règle

générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré. Selon ladite liste, une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale donne droit à une IPAI de 50 %. L'annexe 3 à l'OLAA précise à son ch. 1 que pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. c. Il ressort de la table 7 de la SUVA, traitant de l'atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale, que les fractures cervicales, dorsales ou lombaires, sont susceptibles de donner droit à une IPAI en fonction de deux critères principaux, soit le fait de comprendre une cyphose ou scoliose d'au moins 10°, de 10-20° ou de plus de 21° d'une part, et l'intensité des douleurs fonctionnelles d'autre part, celles-ci étant classées sur une échelle allant de « 0 » (« pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minime et rare, survenant surtout aux efforts importants ») à « +++ » (« douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation ») en passant par les niveaux « + » (« douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement [1 à 2 jours] ») et « ++ » (« douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts »). La table 7 précise encore que le score 0 de l'échelle vaut aussi pour l'appréciation de l'état antérieur (valeur nette) et que « selon l'OLAA, l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'affection vertébrale doit se fonder principalement sur les limitations fonctionnelles, les altérations anatomo-pathologiques (radiographies) n'étant qu'un critère secondaire ». Selon la jurisprudence, 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 de la SUVA). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3).

4. 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). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). b/bb. 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). b/cc. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles 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 oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

5. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un

degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d). 6. À la suite de l'arrêt ATAS/447/2017 du 6 juin 2017, lui renvoyant la cause pour instruction complémentaire sur la question de l'IPAI, l'intimée a confié cette question au Dr D_____. Celui-ci a pris connaissance et résumé les pièces du dossier, recueilli les plaintes du recourant et examiné ce dernier avant de conclure, à la lumière de la table 7 de la SUVA, que pour les suites du traumatisme du rachis cervical, l'absence de cyphose résiduelle et une douleur rapportée modérée le conduisaient à retenir un taux de 5 %, ce même taux étant également retenu pour le rachis dorsal en raison d'une cyphose mesurée à 11° sur l'IRM et de la présence de douleurs modérées après mobilisation. Suite à l'opposition du 25 mai 2018 à la décision du 26 avril 2018, octroyant au recourant une IPAI de 10 %, la Dresse H_____ est également parvenue à la conclusion que cette indemnité devait être fixée à 10 %, soit 5 % pour le rachis cervical (pour une « fracture tassement » des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8 sans aggravation de la scoliose préexistante, dont les douleurs après mobilisation pouvaient être cotées dans la catégorie « + ») et 5 % du fait de douleurs après mobilisation (cat. « + ») également présentes dans la colonne dorsale. Le 11 avril 2019, la Dresse H_____ a encore indiqué les raisons pour lesquelles elle avait retenu des douleurs de la catégorie « + ». Dans la mesure où l'instruction médicale repose sur un examen du recourant - pratiqué le 4 octobre 2017 en pleine connaissance du dossier - et qu'à cette occasion, les plaintes de l'intéressé ont été recueillies par le Dr D_____, le fait que l'appréciation concordante de la Dresse H_____, qui est sérieusement motivée et convaincante, ait été établie sur la base du dossier n'empêche pas qu'on lui reconnaisse une pleine valeur probante (cf. ci-dessus : consid. 4b/bb). Par la voix de son conseil, le recourant soutient en substance que ses douleurs seraient intenses au point de justifier une IPAI de 25 % et que la catégorie « + » aurait été retenue sans la moindre motivation de la part des Drs D_____ et H_____. Ces critiques ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions concordantes de ces deux médecins. En effet, dès lors que la gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement sur la base de constatations médicales, la chambre de céans ne saurait se fonder sur de simples déclarations d'intenses douleurs faites au stade du recours - qui plus est non corroborées par le moindre avis médical -, ce d'autant que l'intéressé, qui a été entendu le 4 octobre 2017 par le Dr D_____, a fait état de « douleurs essentiellement nocturnes, gênant le sommeil, occasionnant deux à trois épisodes de réveil [et] pendant la journée, une impression de tiraillement au niveau musculaire [sans] paresthésies dans le pouce », sans contester la teneur des propos ainsi rapportés. On rappellera par ailleurs qu'en mars 2014, les médecins de la CRR avaient estimé que l'attitude du recourant, au cours de son séjour d'un mois dans cet établissement, était restée très centrée sur la douleur alors que ses plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les anomalies objectives constatées à cette époque. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de mettre en doute l'appréciation de la Dresse H_____, selon laquelle de prétendues « douleurs permanentes » - qui, aux dires du recourant, relèveraient de la catégorie « ++ » et l'empêcheraient de dormir -, ne sont pas compatibles avec le fait de ne connaître que deux à trois réveils par nuit, de se rendre seulement sporadiquement chez son médecin, de ne pas se faire prescrire de médication

antalgique (à tout le moins autre que celle disponible en libre-service) et de se soumettre seulement ponctuellement à des séances de physiothérapie et/ou de chiropraxie, de telles séances ne pouvant en rien remplacer les antalgiques en cas de douleurs permanentes. On relèvera enfin qu'en l'absence d'avis médical produit par le recourant, indiquant quels éléments objectivement vérifiables auraient été ignorés par les Drs H_____ et D_____, la chambre de céans se dispensera, par appréciation anticipée des preuves, d'entendre les proches de l'intéressé et son médecin traitant, une telle audition ne permettant pas, en tout hypothèse, de remédier à l'absence de rapport médical contradictoire sur la question litigieuse (ci-dessus : consid. 4a), malgré cinq prolongations de délai accordées par la chambre de céans « pour compléter [le] recours et l'étayer de documents médicaux complémentaires » (cf. recours du 24 septembre 2018, p. 2). 7. Mal fondé, le recours doit être rejeté. Représenté par un conseil mais n'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). ***** 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.