

## **GE\_GERICHTE A/3536/2009 vom 23. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3536\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3536_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/3536/2009 du 23 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/3536/2009 del 23 novembre 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.11.2011  
A/3536/2009

A/3536/2009 ATAS/1104/2011 du 23.11.2011 ( LAA ), REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3536/2009  
ATAS/1104/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23  
novembre 2011 4<sup>ème</sup> Chambre En la cause Monsieur L \_\_\_\_\_, domicilié à Genève,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gérard MONTAVON recourant  
contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimée EN FAIT Monsieur  
L \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, originaire d'ex-Yougoslavie  
et vivant en Suisse depuis 1979, a exercé dès cette date l'activité de polisseur au sein de  
différentes entreprises horlogères à Genève. Durant l'année 1995, il travaillait au sein de  
l'Atelier X \_\_\_\_\_ et était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non  
professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après:  
la SUVA ou l'intimée). Le 10 novembre 1995, alors qu'il rendait visite à son fils, l'assuré est  
resté bloqué dans l'ascenseur de l'immeuble, au rez-de-chaussée, à un niveau légèrement  
plus bas que le sol. Pris de peur à l'idée de rester enfermé, l'assuré s'est précipité avec force  
sur la porte qui s'est ouverte. Emporté par son élan, l'assuré s'est heurté violemment le haut  
de la cuisse gauche contre les marches de l'escalier qui se trouvaient face à l'ascenseur et a  
perdu connaissance pendant quelques instants. L'assuré a été conduit aux Hôpitaux  
universitaires de Genève (ci-après: les HUG) où les médecins ont diagnostiqué une fracture  
sous-capitale du fémur gauche qui a nécessité, le 11 novembre 1995, une réduction et une  
ostéosynthèse par triple vissage. A la suite de cet accident, l'assuré a été en incapacité totale  
de travail dès le 10 novembre 1995. Par déclaration de son employeur du 15 novembre  
1995, l'assuré a annoncé cet accident à la SUVA qui a pris en charge le cas. Durant son  
hospitalisation, l'assuré a présenté un malaise objectif avec mouvements tonico-cloniques  
généralisés pour lequel les investigations n'ont rien révélé d'anormal. Les suites opératoires  
ont été marquées par le développement d'une nécrose aseptique de la tête fémorale. Le  
matériel d'ostéosynthèse a été enlevé le 6 novembre 1996 et l'intéressé a pu reprendre son  
travail à 25% dès le 16 décembre 1996 et à plein temps dès le 6 janvier 1997. Du 5 au 27  
mars 1997, l'assuré a bénéficié d'une thérapie intensive à la clinique thermale "Zum Schiff"  
à Baden. Il a repris son travail le 1<sup>er</sup> avril 1997 en qualité de polisseur "or" auprès d'un  
nouvel employeur, Y \_\_\_\_\_ SA. L'assuré, par l'intermédiaire de son employeur, a  
annoncé une première rechute en date du 24 février 1998. Par courrier du 17 avril 1998, la  
SUVA l'a toutefois informé que selon les renseignements en sa possession, les troubles  
étaient de nature malade et lui a recommandé de déclarer le cas à son assurance-maladie.  
Dès le 1<sup>er</sup> février 1999, l'assuré a exercé l'activité de polisseur pour le compte de la société  
Z \_\_\_\_\_ SA. Par déclaration du 30 janvier 2004, le nouvel employeur de l'assuré a

annoncé une nouvelle rechute de l'accident survenu en 1995, admise par la SUVA. Dans son rapport du 31 mars 2004, le Docteur A \_\_\_\_\_, de la Permanence Vermont-Grand-Pré, a indiqué que le patient se plaignait de douleurs à la hanche gauche et au bassin, ce après status post-nécrose de la tête fémorale gauche post-traumatique. Il a prescrit des AINS, des antalgiques, de la physiothérapie et a mis l'assuré en arrêt de travail à 100% dès le 18 janvier 2004. Une reprise de travail à 33,3% a été prescrite dès le 29 mars 2004. L'évolution a été lentement favorable avec des supports plantaires et une reprise de travail à 50% a été fixée dès le 18 mai 2004. Le 23 février 2004, alors que les routes étaient glissantes en raison de chutes de neige, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation lors duquel il s'est tapé la région de la nuque et de l'occiput, ce qui lui a causé d'importantes douleurs cervicales. Une contusion du thorax et une entorse cervicale ont pu être diagnostiquées. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 24 février 2004 au 29 mars 2004 et son traitement a pris fin le 19 avril 2004. L'employeur de l'assuré a annoncé cet accident à la SUVA par déclaration du 17 mars 2004. L'assuré a été examiné le 13 juillet 2004 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Docteur B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 21 juillet 2004, il a considéré qu'au vu du travail sédentaire, une reprise de travail à 100% était prévisible prochainement. L'employeur de l'assuré, Z \_\_\_\_\_ SA, a résilié son contrat de travail pour la fin de l'année 2004 et l'assuré a cessé son activité le 8 octobre 2004. Le Docteur B \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen médical de l'assuré en date du 16 novembre 2004. Dans son rapport final, il a relevé qu'une nécrose aseptique s'était développée des suites de l'intervention chirurgicale du 11 novembre 1995. Il existait une symptomatologie douloureuse, mais il n'y avait pas de dégradation évidente et une aggravation de la situation sur le plan morphologique n'avait pas été observée. L'assuré avait mentionné encore un accident de circulation survenu le 23 février 2004, lors duquel il avait subi une contusion du thorax et une entorse cervicale et pour lequel il avait été en incapacité de travail du 24 février au 29 mars 2004. Au niveau cervical, aucune lésion traumatique n'avait été identifiée, mais une arthrose était clairement préexistante. Les conséquences délétères de l'accident du 23 février 2004 pouvaient être considérées comme éteintes. La spondylodèse lombaire symptomatique n'était pas à la charge de la SUVA. Le Docteur B \_\_\_\_\_ a conclu que la profession de polisseur pouvait être exercée à 100% dans la mesure où le poste de travail respectait les limitations, à savoir qu'il devait s'effectuer avant tout en position assise, avec possibilité pour l'assuré de se lever et de faire quelques pas de temps en temps. Il existait un dommage permanent que le Docteur B \_\_\_\_\_ a estimé à 20%. Par décision du 11 mars 2005, la SUVA a reconnu à l'assuré une atteinte à l'intégrité de 20% et lui a alloué une indemnité de 19'440 fr. Prenant bonne note de la reprise de travail fixée à 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2005 par le médecin traitant, la SUVA a constaté que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de façon importante, de sorte que les conditions requises pour l'octroi d'une rente n'étaient pas remplies. Représenté par Me Gérard MONTAVON, l'assuré a formé opposition le 11 avril 2005. Dans ses écritures complémentaires du 11 août 2005, l'assuré a contesté pouvoir exercer une activité à 100% et a produit un rapport du Docteur C \_\_\_\_\_, actuel médecin traitant, selon lequel sa capacité de travail n'était que de 50%. Il s'interrogeait sur l'opportunité de verser déjà l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, alors même qu'une opération était envisagée. Il a encore informé la SUVA qu'il allait déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité afin de bénéficier d'une réinsertion professionnelle et a conclu au versement d'indemnités journalières. Par décision du 27 septembre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a relevé que le degré de 20%, estimé par le spécialiste en traumatologie, correspondait à la mise en place d'une prothèse totale de la hanche, qui pouvait être une solution future aux problèmes de l'assuré. Dans ce contexte, elle était en droit de considérer que le traitement médical était terminé et n'avait pas à attendre une décision de l'AI relative à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle, l'assuré étant atteint au surplus de troubles étrangers à l'accident assuré. Quant à la capacité de travail, la SUVA se référait à l'estimation du Docteur D \_\_\_\_\_ qui, à l'instar du Docteur B \_\_\_\_\_, n'avait plus attesté d'incapacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> février 2005. Le 14 décembre 2005, une prothèse totale de la hanche gauche a été mise en place. La SUVA a admis une nouvelle rechute et versé les prestations d'assurance correspondantes. Par acte du 6 janvier 2005 (recte : 2006), l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS), alors compétent, contre la décision du 27 septembre 2005. Il contestait avoir eu une capacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2005, alléguant qu'elle n'était que de 50% en janvier 2005, ainsi que de juin au 13 décembre 2005. Dès cette date, qui correspondait à son hospitalisation pour la mise en place d'une prothèse totale de la hanche, il avait à nouveau été en incapacité de travail totale. Il se référait au préavis médical du 24 mai 2005 du médecin-conseil de l'assurance-chômage, le Docteur E \_\_\_\_\_, aux termes duquel son incapacité de travail était définitive pour son activité de polisseur, une activité légère sans effort physique pouvant être exercée. Il faisait valoir que l'avis du Docteur B \_\_\_\_\_ était contredit par ceux des Docteurs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_. Il a conclu à l'octroi d'indemnités journalières de 50% du 1<sup>er</sup> juin 2005 au 12 décembre 2005, puis de 100% dès cette date jusqu'à la naissance du droit à une rente transitoire. Il demandait au surplus qu'un expert soit désigné afin de décrire les atteintes et séquelles résultant de l'accident et des deux rechutes, déterminer quelles étaient les activités qu'il pouvait exercer et fixer le taux d'atteinte à l'intégrité physique. Dans sa réponse du 6 février 2006, la SUVA, représentée par Me Didier ELSIG, a relevé qu'à l'issue de la cure à Baden le 27 mars 1997, les médecins avaient confirmé que la capacité de travail de l'assuré était de 100%. Suite à une rechute, une incapacité de travail de 100% lui avait été reconnue dès le 18 janvier 2004. Lors de l'examen médical du 21 juillet 2004, le médecin-conseil avait estimé que la nécrose aseptique était stabilisée, que la tête fémorale n'était pas déformée et qu'une reprise de travail à 100% était prévisible. Le Professeur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, indiquait dans son rapport du 6 décembre 2004 la présence de modifications de surface très discrètes de la tête fémorale, de sorte que l'on pouvait s'attendre à l'avenir à l'apparition d'un phénomène d'arthrose. S'agissant du risque d'effondrement de la tête, il paraissait peu important puisque cette nécrose ne s'était pratiquement pas modifiée depuis 1997. A l'examen final du 16 novembre 2004, le médecin-conseil avait estimé qu'il n'y avait pas de dégradation évidente de la situation et que la profession de polisseur pouvait être exercée à 100%. La SUVA soutenait qu'en retenant une atteinte à l'intégrité de 20%, elle s'était entièrement conformée aux dispositions légales, puisque ce taux tenait compte d'une éventuelle mise en place de prothèse totale de la hanche dans le futur. Concernant le droit à la rente d'invalidité, la SUVA rappelait qu'au moment de sa décision, l'assuré n'en remplissait pas les conditions, mais que cette question devrait être, le cas échéant, réexaminée dans le cadre de la deuxième rechute, dont le traitement était actuellement en cours. S'agissant enfin des indemnités journalières, la SUVA relevait que cette question ne faisait pas l'objet de sa décision, dès lors qu'une incapacité de travail de 50% n'avait été attestée qu'à compter du 7 juillet 2005 par le nouveau médecin traitant de l'assuré et que ce

point serait traité dans le cadre de la deuxième rechute. La SUVA a conclu au rejet du recours. Par courrier du 16 février 2006 adressé à la SUVA, le mandataire de l'assuré a constaté que cette dernière considérait que le cas de son mandant relatif à l'accident du 23 février 2004 était terminé depuis le 19 avril 2004. Or, contrairement à ce qui pouvait ressortir du certificat médical fourni par la Permanence de Vermont, l'assuré subissait encore actuellement des séquelles de cet accident, notamment au niveau des cervicales, et était partiellement paralysé au niveau de la nuque. Le mandataire de l'assuré a indiqué qu'il fournirait prochainement des certificats médicaux relatifs aux séquelles de l'accident du 23 février 2004 et a demandé à la SUVA de rouvrir le dossier de son mandant relatif à cet accident. Par courrier du 28 février 2006 adressé au mandataire de l'assuré, la SUVA a indiqué que pour les suites de l'accident du 23 février 2004, le traitement médical avait pris fin le 23 mars 2004, de sorte qu'elle ne pouvait sans autre rouvrir ce dossier. En conséquence, elle allait devoir instruire ce cas sous l'angle de la rechute et a demandé qu'une annonce soit faite en ce sens par le biais de l'employeur actuel de l'assuré. Le 3 mai 2006, le mandataire de l'assuré a transmis à la SUVA un rapport médical du Docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecine manuelle SAMM, daté du 27 avril 2006. Selon ce médecin, le traumatisme dont avait été victime l'assuré provoquait chez lui des douleurs invalidantes en relation de causalité avec ledit accident. Le mandataire de l'assuré a donc demandé à la SUVA de rouvrir le dossier de son mandant relatif à l'accident du 23 février 2004 et, subsidiairement, de procéder à une expertise. Le Docteur B\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen médical de l'assuré en date du 12 juin 2006. Dans son rapport daté du lendemain, il a relevé que sur le plan objectif, l'évolution après la mise en place de la prothèse totale de hanche à gauche était favorable. Il existait des troubles situés au niveau de la colonne lombaire et une prise de position concernant le rapport de causalité entre ces troubles et l'accident de 1995 figurait déjà au dossier. Par arrêt entré en force du 16 août 2006 ( ATAS/739/2006 ), le TCAS a déclaré irrecevables les conclusions de l'assuré portant sur les indemnités journalières et rejeté le recours pour le surplus. Il a considéré qu'au vu des pièces du dossier, l'intimée avait versé à l'assuré les indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2005. La question du versement d'éventuelles indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juin 2005 reposait sur des faits postérieurs à la décision litigieuse du 11 mars 2005 et ne concernait ainsi pas l'objet du litige. Pour le surplus, le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert. Le TCAS a considéré en substance que le rapport du Docteur B\_\_\_\_\_, dont les conclusions rejoignaient celles du Docteur D\_\_\_\_\_, devait se voir attribuer pleine valeur probante, de sorte que l'intimée avait admis à juste titre que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de gain à compter du 1<sup>er</sup> février 2005. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, les douleurs cervicales ne pouvaient pas être prises en compte vu que l'arthrose était clairement préexistante et le TCAS a estimé que le taux retenu par le médecin de l'intimé échappait à toute critique. Le Docteur B\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen médical de l'assuré en date du 11 décembre 2006. Dans son rapport final, il a relevé que l'évolution était désormais stabilisée, un an après la mise en place d'une prothèse totale de hanche à gauche, le résultat étant moyen. Concernant les troubles vertébraux, il s'est référé à sa prise de position du 16 novembre 2004. Les activités difficiles ou impossibles à effectuer pour l'assuré étaient la marche de très longue durée, la marche sur un terrain inégal, la station debout de longue durée et le port de charges importantes. Selon le Docteur B\_\_\_\_\_, dans un travail adapté tenant compte des limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait travailler avec un horaire complet. Il existait un dommage permanent et le 21 février 2007, le Docteur

B \_\_\_\_\_ a estimé que l'atteinte à l'intégrité de l'assuré était de 10%. En effet, en se basant sur la table des arthroses, l'atteinte globale de la hanche s'élevait désormais à 30%, mais 20% avaient déjà été versés. Le 27 février 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité datée du 15 septembre 2006 auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI), en raison de douleurs au fémur gauche suite à un accident survenu le 10 novembre 1995. Selon cette demande, l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 13 décembre 2005 et avait été au chômage complet du 5 janvier 2005 au 6 juillet 2005 et au chômage partiel à 50% du 7 juillet 2005 au 12 décembre 2005. Les 11 janvier et 27 février 2008, la Doctoresse J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie interne, a examiné l'assuré sur mandat de l'OAI. Dans son rapport d'expertise du 17 mars 2008, elle a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'une part une périarthropathie de hanche gauche sur status post PTH gauche en 2005, après ostéosynthèse par triple vissage pour fracture survenue en 1995 et après AMO en 1996, et d'autre part une cervicarthrose associée à une spondylo-discarthrose étagée sans radiculopathie ni myélopathie. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu un status après traumatisme crânio-cervical bénin en 2004 avec contusions thoraciques et cervicales. Concernant la cervicarthrose, elle a précisé qu'il s'agissait d'une découverte fréquente dans la population à partir de la quarantaine, atteignant selon les auteurs 50 à 75% de la population dans cette tranche d'âge. Un sujet atteint de cervicarthrose pouvait présenter des troubles musculo-squelettiques lors d'une hypersollicitation que l'on pouvait voir chez les musiciens et certains sportifs. Le métier de polisseur exigeait une position fixe de la tête plusieurs heures d'affilée et des vibrations à faible fréquence étaient délétères. La Doctoresse J \_\_\_\_\_ a relevé les limitations suivantes au plan physique: pour la nuque, éviter la position fixe de la tête plusieurs heures d'affilée, les vibrations à faible fréquence et les charges répétitives supérieures à 10 kg; pour le rachis dorsolombaire, permettre des alternances de positions et éviter les charges et les porte-à-faux; pour le status post-prothétique de la hanche, éviter les longues marches, la station debout prolongée, les charges, les positions à genoux, accroupies ou sur terrain inégal et les engins à vibrations. En résumé, une activité légère mi-assise, mi-debout avec des petits déplacements ou trois-quarts assise sans lourdes charges était adaptée. Au regard du descriptif du poste de polisseur en sa possession, la Doctoresse J \_\_\_\_\_ a admis une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle de l'assuré, sa capacité résiduelle de travail de 80% devant respecter les limitations fonctionnelles. A la question de savoir depuis quand, du point de vue médical, il y avait une incapacité de travail de 20% au moins, la Doctoresse J \_\_\_\_\_ a répondu qu'elle ne pouvait pas se prononcer quant au rétroactif. Le status actuel lui paraissait stationnaire depuis quatre ans, avec des poussées douloureuses cervicales itératives confirmées par les médecins-traitants. Selon elle, le status était probablement stationnaire depuis la pose de la PTH. La Doctoresse J \_\_\_\_\_ a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et que d'autres activités étaient exigibles de la part de l'assuré, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées. L'activité adaptée à l'invalidité pourrait alors être exercée à plein temps, sans diminution de rendement. L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a fait part à la SUVA par courrier du 25 février 2009 de ses observations quant au rapport d'expertise précité. Il a produit un rapport du Docteur I \_\_\_\_\_ daté du 16 février 2009. Ce médecin mettait notamment en évidence que l'interprétation de l'experte quant aux douleurs cervicales de l'assuré était subjective et n'avait pas été mesurée. La Doctoresse J \_\_\_\_\_ était d'ailleurs selon lui fortement influencée par un a priori et sa façon

d'analyser était purement analytique et non synthétique. Selon le Docteur I \_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assuré dans son activité de polisseur n'excédait pas 30%. On pouvait au surplus clairement attribuer l'arthrose de la hanche gauche à l'accident de 1995 puisque la hanche droite ne montrait pas d'arthrose. L'accident de 2004 avait quant à lui décompensé une arthrose cervicale sévère par le biais d'une entorse cervicale, cette arthrose cervicale étant fréquente chez les travailleurs de professions où l'on devait rester des heures sans bouger, la tête penchée en avant et le menton relevé pour regarder à travers des loupes ou autres oculaires. L'utilisation d'une canne à gauche suite à l'accident du 10 novembre 1995 n'avait quant à elle fait qu'aggraver la situation par tension quasi permanente du trapèze gauche qui s'insérait sur la colonne cervicale. L'assuré a repris en substance les arguments développés par le Docteur I \_\_\_\_\_, concluant notamment que les troubles cervicaux engageaient la responsabilité de la SUVA. Par décision du 27 avril 2009, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire de 10%. Elle a en revanche nié une perte de gain induite par l'accident du 10 novembre 1995 et donc refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. En date du 28 mai 2009, l'assuré, représenté par son mandataire, a formé opposition contre cette décision, au motif que sa capacité de travail en tant que polisseur était manifestement atteinte dans une proportion supérieure à celle retenue par la SUVA. Par décision du 10 juin 2009, la SUVA a nié l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les troubles cervicaux et l'accident du 23 février 2004, celui-ci n'entraînant aucune séquelle. En date du 13 juillet 2009, l'assuré, représenté par son mandataire, a formé opposition contre cette décision, au motif que la SUVA n'avait pas tenu compte des objections qu'il avait formulées dans son courrier du 25 février 2009. Par décision du 28 août 2009, la SUVA a rejeté les oppositions de l'assuré des 28 mai et 13 juillet 2009. S'agissant des troubles cervicaux, elle a relevé que selon les considérants de l'arrêt du TCAS du 16 août 2006, l'arthrose cervicale était clairement préexistante, de sorte que les douleurs cervicales alléguées ne sauraient être prises en compte en tant que séquelles accidentelles. La question ne pouvait être revue que par le biais de la révision du jugement en question. La SUVA ne pouvait quoi qu'il en soit pas y donner suite, dès lors que le Docteur B \_\_\_\_\_ avait précisé à l'issue de son examen clinique du 16 novembre 2004 que l'accident du 23 février 2004 n'avait provoqué aucune lésion traumatique et que les conséquences délétères dudit accident pouvaient être considérées comme éteintes vu l'évolution favorable initiale. Concernant le droit à une rente d'invalidité, la SUVA l'a niée, considérant que l'activité de polisseur respectait les limitations fonctionnelles décrites par les Docteurs B \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ et qu'elle pouvait donc être exercée à plein temps et rendement. Par décision du 29 septembre 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité d'un montant de 1'779 fr. du 1<sup>er</sup> février 2006 au 30 juin 2006. Dans sa motivation, il a retenu que l'assuré était en incapacité de travail dans toutes activités depuis le 18 janvier 2004, de sorte que le délai de carence avait pris fin au 18 janvier 2005, date à partir de laquelle l'assuré avait droit à une rente entière de la part de l'OAI, basée sur un taux d'invalidité de 100%. Toutefois, la demande de prestations de l'assuré avait été déposée tardivement le 27 février 2007, de sorte que les prestations ne pouvaient lui être allouées qu'à partir du 27 février 2006. Il était également médicalement constaté qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de polisseur était de 80%. Son degré d'invalidité était, à partir de cette date, inférieur aux 40% requis pour le maintien du droit à la rente, raison pour laquelle l'OAI avait limité le droit à la rente au 30 juin 2006. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours auprès du TCAS en date du 30 septembre 2009 contre la

décision de la SUVA du 28 août 2009, concluant préalablement à la mise en place d'une expertise judiciaire. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à la condamnation de la SUVA à lui verser les prestations prévues par la loi, notamment une rente d'invalidité à compter du 14 décembre 2005. En substance, l'assuré a contesté le fait que la SUVA considère ses accidents et rechutes successives de manière distincte et dissociée et a mis en évidence les contradictions entre les avis des différents médecins. Il s'est notamment référé à l'avis du Docteur I \_\_\_\_\_, selon lequel l'arthrose cervicale préexistante mais non invalidante trouvait son origine dans la pratique prolongée du métier de polisseur, rejoignant ainsi l'avis de la Doctoresse J \_\_\_\_\_. Or, cette cervicarthrose avait été décompensée par l'accident de 2004 et l'usage d'une canne suite à l'accident de 1995. L'assuré a estimé que l'arthrose engageait en tout état de cause la responsabilité de la SUVA, dès lors que l'arthrose préexistante devait être considérée comme une maladie professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'établir laquelle des trois causes apparaissait naturellement prépondérante et adéquate. S'agissant de l'activité exigible, il ne pouvait s'agir que d'une activité légère respectant les limitations fonctionnelles, de sorte que son activité habituelle n'était plus possible. Il résultait de la comparaison des revenus une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 48,55% donnant droit à une rente correspondante. L'assuré a également demandé l'octroi d'une rente transitoire. Il a enfin relevé que dans la mesure où les conséquences de l'accident de circulation du 23 février 2004 n'avaient pas fait l'objet de la décision de 2005 ni du premier recours, les considérations du TCAS dans son arrêt du 16 août 2006 n'avaient pas force de chose jugée. Par acte du 30 octobre 2009, l'assuré a interjeté recours également contre la décision de l'OAI du 29 septembre 2009, contestant la valeur probante de l'expertise de la Doctoresse J \_\_\_\_\_ et mettant en évidence les contradictions entre les avis des différents médecins. Il a contesté le taux d'invalidité retenu par l'OAI dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006, estimant qu'il n'était pas de 20% mais, après comparaison des gains, de 61,42%, ce qui lui donnait droit à un trois-quarts de rente. L'assuré a conclu, préalablement, à ce que le TCAS ordonne la comparution de la Doctoresse J \_\_\_\_\_ et nomme un expert indépendant. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision du 29 septembre 2009, à l'octroi d'une rente entière pour la période du 27 février 2006 au 30 juin 2006 et à l'octroi d'un trois-quarts de rente dès le 30 juin 2006. En date du 4 novembre 2009, le Docteur K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu une appréciation médicale sur demande de la SUVA. S'agissant du diagnostic d'instabilité du rachis cervical, le médecin a estimé qu'il ne pouvait être basé sur le seul examen de médecine manuelle du Docteur I \_\_\_\_\_. Un tel diagnostic devait au contraire être éprouvé à l'aune de l'examen radiologique qui seul faisait référence. Selon lui, la cervicarthrose que présentait l'assuré n'était pas une maladie professionnelle. Sachant en effet que cette affection était d'origine multifactorielle et que les éléments biomécaniques ne constituaient qu'une de ses facettes étiologiques, on ne pouvait pas conclure à un lien de cause à effet direct entre le métier exercé et cette atteinte dégénérative courante dans la sixième décennie de l'existence. Le Docteur K \_\_\_\_\_ a également conclu à la récusation d'un lien de causalité probable entre l'accident et les troubles cervicaux chroniques de l'assuré, dans la mesure notamment où la situation radiologique de l'assuré ne s'était pratiquement pas modifiée entre mars 2004 et novembre 2007. Concernant la capacité de travail de l'assuré, les troubles cervicaux n'engageaient donc pas la responsabilité de la SUVA et celle-ci ne pouvait assumer une éventuelle incapacité dans ce contexte maladif. Quant à la problématique de la hanche, le médecin a adhéré aux conclusions du Docteur B \_\_\_\_\_ du 11 janvier (recte :

décembre) 2006 sur la capacité de travail exigible. Dans sa réponse du 13 novembre 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours. Concernant les troubles cervicaux, elle a estimé qu'ils n'engageaient pas sa responsabilité au titre de l'accident du 23 février 2004, dans la mesure notamment où le Docteur B \_\_\_\_\_ avait retenu que les douleurs cervicales du recourant ne pouvaient pas être mises en relation de causalité avec l'accident de 2004 au-delà du 16 novembre 2004, l'évolution initiale ayant été favorable et aucune atteinte traumatique n'ayant été objectivée. Ces motifs avaient d'ailleurs été admis par le TCAS dans son arrêt du 16 août 2006. Au surplus, l'opinion contradictoire du Docteur I \_\_\_\_\_ n'était pas de nature remettre en cause ces conclusions, conformément à l'appréciation du Docteur K \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2009. Selon l'intimée, les troubles cervicaux du recourant n'engageaient pas non plus sa responsabilité en raison de leur origine professionnelle. En effet, la cervicarthrose était une découverte fréquente dans la population à partir de la quarantaine et ne constituait pas une maladie professionnelle selon le Docteur K \_\_\_\_\_. Concernant les troubles de la hanche, l'intimée a estimé que les limitations fonctionnelles induites par la pose d'une prothèse totale de hanche n'empêchaient pas le recourant d'exercer son activité habituelle de polisseur. Il n'avait par conséquent pas droit à une rente d'invalidité. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue devant le TCAS en date du 20 janvier 2010. Le recourant a contesté la position de la SUVA concernant la causalité des troubles cervicaux avec les deux accidents et estimé qu'il convenait de déterminer s'ils devaient être pris en compte au titre d'accident ou de maladie professionnelle. D'autre part, compte tenu de son état de santé global et plus particulièrement du status post-prothèse de la hanche gauche, il avait une capacité de travail bien moindre que ce qu'indiquait la SUVA. Le recourant a expliqué que l'activité de polisseur s'effectuait en position assise toute la journée, sans permettre l'alternance des positions; or, eu égard à ses troubles cervicaux, il ne pouvait pas garder la tête penchée en avant. De plus, cela exigeait une grande force dans les deux mains et le recourant n'avait plus cette force de préhension suite à ses troubles cervicaux. Selon le recourant, la description du poste effectuée par Monsieur M \_\_\_\_\_, inspecteur de la SUVA, ne correspondait pas à la réalité. Celui-ci avait fait son rapport après le licenciement du recourant suite à une discussion avec le chef de service de Z \_\_\_\_\_ SA et ne l'avait pas observé sur son lieu de travail. Le recourant a signalé que Monsieur M \_\_\_\_\_ avait pris contact avec son employeur début octobre pour lui demander d'adapter son poste de travail. Le recourant était à ce moment-là en arrêt de travail complet. Voulant reprendre le travail contre l'avis de son médecin, le Docteur D \_\_\_\_\_, il s'était alors rendu à son travail le 6 octobre 2004, sauf erreur, et la lettre de licenciement, déjà faite, lui avait été remise en main propre par Monsieur N \_\_\_\_\_, le chef du personnel. Le recourant avait été libéré de l'obligation de travailler et avait perçu son salaire encore pendant trois mois. Suite à son licenciement en 2004, il avait totalement cessé de travailler. Le recourant a indiqué que l'activité de polisseur impliquait des vibrations, ce qui était contraindiqué selon la Doctoresse J \_\_\_\_\_. Le représentant de l'intimée a indiqué que la SUVA était entrée en matière au sujet de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré postérieurement à l'intervention et à la pose d'une prothèse totale de la hanche. L'intimée avait ainsi octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10%, soit un total de 30%. Cela étant, il a relevé que la SUVA, dans sa décision du 10 juin 2009, avait statué à nouveau, à tort, sur le lien de causalité entre les troubles cervicaux et l'événement de 2004, quand bien même le Tribunal de céans l'avait déjà jugé par arrêt du 16 août 2006. Le représentant de l'intimée a encore indiqué que la Doctoresse Q \_\_\_\_\_, qui avait effectué l'expertise

pour le compte de l'OAI, considérait que l'assuré avait une capacité de travail de 80% dans son activité de polisseur, en expliquant que la diminution de 20% était fondée sur les troubles cervicaux. Or, ces derniers n'étaient pas pris en compte par la SUVA. Il a relevé que la description du poste de travail correspondait à celle occupée effectivement par l'assuré chez Z\_\_\_\_\_ SA. Il ne savait toutefois pas exactement dans quelles conditions s'était effectuée la description du poste de travail par l'inspecteur et se référait à la pièce 70 du chargé de l'intimée. Selon la pièce 71 de ce même chargé, le poste avait été examiné sur place en compagnie de Monsieur N\_\_\_\_\_ et Madame O\_\_\_\_\_, responsable de l'atelier de polissage. A l'époque, lors de la première décision de l'intimée, le recourant n'avait pas contesté que l'activité de polisseur était adaptée, de sorte qu'il y avait un changement de position de la part du recourant alors que les faits ne s'étaient pas modifiés. Le status post-prothèse de hanche du recourant justifiait une atteinte à l'intégrité supplémentaire mais il n'y avait pas de limitation fonctionnelle supplémentaire. Le mandataire du recourant a souligné que la Doctoresse J\_\_\_\_\_ mentionnait dans son expertise que si l'activité de polisseur s'exerçait en fait en station mi-assise mi-debout, avec nécessité de s'appuyer sur les jambes, alors elle était inadaptée. Il a en outre produit copie d'un rapport d'IRM relatif à l'état de santé de son client. Concernant la première décision de l'intimée, le mandataire du recourant a souligné que lorsque le Tribunal avait statué à l'époque, c'était antérieurement à l'aggravation de l'état de santé. Le TCAS a procédé à l'ouverture des enquêtes et entendu en date du 23 juin 2010 le Docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en qualité de témoin. Il a expliqué avoir vu le recourant pour la première fois en date du 22 mars 2005 pour son problème de la hanche gauche. Le patient présentait des douleurs suite à une fracture du col du fémur opérée en 1995, avec ablation du matériel en 1996. Le témoin avait fait pratiquer des examens complémentaires, notamment une IRM qui avait confirmé le diagnostic de nécrose de la tête fémorale. Il s'agissait là d'un risque classique de l'opération du col du fémur. Au vu de la situation, il avait finalement préconisé une intervention et avait adressé son patient au Docteur R\_\_\_\_\_ des HUG. Ce dernier avait posé une prothèse totale de la hanche gauche au mois de décembre 2005 et le témoin avait assuré le suivi opératoire. L'assuré était actuellement toujours en contrôle chez lui et il l'avait vu la dernière fois en février 2010. Les suites opératoires avaient été quelque peu compliquées avec notamment un écoulement de la cicatrice, toutefois stérile au prélèvement, pendant trois ou quatre semaines. Par la suite, le patient avait développé des douleurs au niveau du grand trochanter, à savoir à la partie supérieur du col du fémur, ce qui avait perturbé la reprise de la marche normale. Radiologiquement, la prothèse ne présentait aucune anomalie. En revanche, le patient avait présenté d'autres douleurs, cette fois-ci au niveau de la hanche droite, et les radios avaient montré un début de coxarthrose resté stable jusqu'à ce jour. Ce n'était pas le problème de la hanche gauche qui avait provoqué ce début de coxarthrose à droite. Si l'on considérait le cas de façon globale, la démarche du patient pourrait aggraver les douleurs dues à la coxarthrose, qui était une maladie dégénérative. L'aggravation de la coxarthrose était multifactorielle et pouvait être héréditaire, due à l'âge ou à l'activité. Le témoin avait une autre inquiétude, à savoir que le type de prothèse posé sur le patient avait été retiré du marché par le fabricant parce qu'il y avait des défauts d'intégration au niveau de la cupule : aux États-Unis notamment, il avait été démontré qu'il n'y avait pas d'ostéo-intégration de la cupule, ce qui avait nécessité de nombreuses nouvelles interventions. A l'heure actuelle, on ne posait pratiquement plus ce type de prothèse. Le médecin avait refait une série d'investigations chez l'assuré qui n'avait toutefois pas révélé ce type de problème.

Cliniquement, le recourant présentait clairement des douleurs et se trouvait parmi les "mauvais résultats" suite à la pose d'une prothèse totale de la hanche, ce qui était assez rare. Il ne pouvait pas expliquer objectivement la cause de ses douleurs, cela rentrant dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Les anomalies lombaires pouvaient être la cause de ses douleurs, de même que la façon dont il marchait. On ne pouvait pas rattacher la douleur à une cause précise. Cliniquement, concernant la hanche, l'état de santé du patient était devenu stable depuis trois ou quatre ans. Concernant ses limitations fonctionnelles, le patient devait éviter les longues marches et la montée des escaliers. Il devait favoriser les positions alternées et éviter d'avoir la même position durant une matinée entière par exemple. Tout ceci était lié à la douleur. Mécaniquement, la prothèse avait apporté une amélioration en ce sens que sans cette prothèse, l'assuré ne marcherait plus aujourd'hui. Le témoin avait considéré que du point de vue de la hanche, une capacité de travail de 50% était raisonnable dans sa profession de polisseur, le patient étant à l'époque d'accord avec une reprise de travail à 50%. Le témoin ne savait pas si le recourant avait repris le travail, mais un autre arrêt de travail avait sans erreur été délivré par un de ses collègues pour le problème de nuque. Sur question, il a indiqué que dans une activité totalement adaptée respectant les limitations fonctionnelles de sa hanche, la capacité de travail du recourant pourrait être de 75%. Au terme de cette audience, le mandataire du recourant a souligné que dans le cadre de la procédure AI, la Doctoresse J \_\_\_\_\_ se référait aux déclarations des Docteurs I \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_, selon lesquelles le patient était debout sur ses deux jambes dans sa profession. Or, ces derniers n'avaient jamais affirmé de telles choses et ceci était contesté par son client. Il a sollicité que les procès-verbaux des Docteurs J \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ établis dans le cadre de la procédure AI soient versés au dossier. Dans le cadre de la procédure AI, le mandataire du recourant avait sollicité l'audition de deux anciens collègues de son mandant qui travaillaient encore chez Z \_\_\_\_\_, ainsi que celle de Madame O \_\_\_\_\_, la cheffe d'atelier. Il n'avait pas d'autres témoins à faire citer. Le TCAS a communiqué à la SUVA copie du procès-verbal d'audition de la Doctoresse J \_\_\_\_\_ du 12 mai 2010 établi dans le cadre de la procédure AI. D'accord entre les parties, il a procédé à l'interrogatoire des témoins cités par le recourant dans le cadre de la procédure AI, en invitant la SUVA à participer aux audiences. Lors de son audition du 12 mai 2010, la Doctoresse J \_\_\_\_\_ avait expliqué que s'agissant de l'activité de polisseur, elle s'était fondée sur le descriptif de poste établi par l'entreprise Z \_\_\_\_\_ SA le 14 septembre 2004, selon lequel l'activité se déroulait en position assise à l'établi, ainsi que sur le site [www.orientation.ch](http://www.orientation.ch). Le recourant n'était pas d'accord avec le descriptif de poste et ne l'avait pas signé puisqu'il avait indiqué une position debout, tronc fléchi, sur ses jambes, sans avoir d'appui sur une chaise. L'expert a expliqué avoir contacté les Docteurs I \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_, qui tous deux lui avaient indiqué que le patient était debout sur ses jambes. Elle ne savait toutefois pas s'ils avaient eu en mains le descriptif du poste de travail. Selon le témoin, c'était probablement la raison pour laquelle leur évaluation de la capacité résiduelle de travail était différente. Selon l'expérience clinique de l'expert, le métier de polisseur était adapté pour les patients souffrant d'arthrose ou de cervicarthrose opérés de la hanche. Souvent d'ailleurs, elle a expliqué qu'on réadaptait les patients travaillant dans des activités lourdes dans le métier de polisseur moyennant des adaptations. Pour déterminer la capacité résiduelle de 80%, elle avait tenu compte, outre les nombreuses limitations fonctionnelles, du fait que l'activité permettait l'alternance des positions. S'agissant des vibrations, elles devaient être de faible intensité, entre 4 à 10 hertz. Elle s'était dit que si la polisseuse émettait des vibrations, cela

était délétère pendant quelques heures. L'expert s'était efforcée de mettre les limitations maximales, étant donné que la capacité de travail en tant que polisseur était contestée. Elle avait confirmé que la capacité résiduelle de 80% dans une activité adaptée de polisseur ne subissait aucune diminution de rendement et que le 20% restant permettait de respecter un temps de repos supplémentaire. Elle considérait avoir été extrêmement prudente en retenant un taux de 20%. Le 18 août 2010, Madame O\_\_\_\_\_ a été entendue par le TCAS. Elle a expliqué connaître le recourant depuis les années 1992-1993 et avoir été sa cheffe d'atelier dès l'année 1999 jusqu'à son licenciement. Elle a confirmé que le recourant avait été engagé par Z\_\_\_\_\_ SA en tant que polisseur-terminer de boîtes de montres et que ce travail consistait à polir tous les composants d'une montre, en métal précieux ou en acier. Le recourant était un polisseur qualifié. Cette activité s'exécutait principalement en position assise, le polisseur ayant un établi et devant prendre les pièces dans les mains et les amener sur le disque à polir. Le polisseur devait appuyer ses pièces contre la machine servant à polir, la pression étant plus forte selon que la pièce était en or ou en acier. Dans cette activité, tout le haut du corps était sollicité, jusqu'aux reins, et la nuque, les épaules et les poignets étaient particulièrement sollicités. Le témoin a précisé que l'activité de polisseur dans cette position pouvait être exécutée 8 heures par jour moyennant des pauses, mais qu'il était rare en pratique que le polisseur reste 8 heures à sa place de travail. L'activité de polisseur impliquait également d'autres tâches, de sorte que le travailleur pouvait être amené à se déplacer pour utiliser d'autres supports et d'autres outils. Lorsque le polisseur se déplaçait, les pièces apportées sur le plateau variaient entre 200 grammes et un kilo. Normalement, le polisseur ne portait donc pas de pièces lourdes et un chariot était d'ailleurs utilisé pour déplacer de telles pièces. L'activité de polisseur se déroulait ainsi principalement en position assise, puis un peu en position debout et en position alternée. Le témoin ne pouvait pas donner de pourcentage. Concernant les autres tâches du polisseur, il pouvait par exemple devoir utiliser le lapidaire, où la position était également assise. Dans cette activité, la position du corps pouvait être un peu désaxée sur le côté et c'était toujours la partie supérieure du corps qui travaillait. Le polisseur pouvait également devoir utiliser le toboggan qui était un tour à satiner et dans cette activité, la position était principalement debout. Quant au lavage des pièces, cette activité s'exécutait également en position debout. Toutes ces autres tâches pouvaient représenter entre 5% et 40% de l'activité de polisseur, selon les pièces. Les pièces 70 et 71 du chargé de la SUVA ont été soumises au témoin qui a indiqué que la description de ces tâches ne provenait pas d'elle et qu'elle n'en avait pas souvenir. Madame O\_\_\_\_\_ ne savait pas pour quelles raisons le recourant n'avait plus été en mesure de continuer son travail. Elle se souvenait toutefois qu'il avait repris le travail et qu'il avait des absences et des difficultés à rester assis et à être optimum à 100% dans son travail. Elle n'avait pas souvenir d'un aménagement du poste de travail du recourant et ni ce dernier, ni son employeur n'avaient examiné cette question. Le témoin a encore indiqué qu'elle était chargée de la répartition des tâches dans son atelier ainsi que de l'organisation en fonction des priorités. Dans son atelier, les activités restaient essentiellement devant le tour à polir et il n'y avait pas de possibilités de mettre le recourant par exemple au contrôle parce que les postes étaient déjà repourvus par d'autres personnes. Il n'était pas forcément possible de diversifier les activités de polisseur et de mettre par exemple un travailleur sur une tâche plus physique. Le témoin a précisé que le polissage sur acier était une activité plutôt physique et plus fatigante vu la matière à travailler et que cette activité était exécutée plutôt par des hommes en fonction de ce qu'elle avait à disposition. A l'heure actuelle, il y avait deux départements de polissage, un spécialisé dans l'acier et

l'autre dans les métaux précieux. Dans son département or, il y avait actuellement plus d'hommes que de femmes et elle ne savait pas quelle était la répartition dans le département acier. Le témoin a indiqué avoir eu des expériences professionnelles dans d'autres entreprises horlogères, par exemple chez Y \_\_\_\_\_, les ATELIERS XA \_\_\_\_\_ et les ATELIERS XB \_\_\_\_\_ et que les étapes et les outils utilisés étaient les mêmes dans toutes les entreprises. Le polissage était un métier à part entière et le recourant, qui travaillait à l'époque beaucoup sur l'acier, était un bon polisseur. Le même jour, Monsieur P \_\_\_\_\_ a été entendu par le TCAS. Il a expliqué qu'il travaillait au sein de l'entreprise Z \_\_\_\_\_ SA depuis treize ans et qu'il y exerçait l'activité de polisseur. Il faisait d'ailleurs ce métier depuis vingt ans. Cette activité se déroulait en position assise, devant un établi, et consistait à mettre des pièces devant un tour. Le haut du corps était penché en avant et les parties du corps sollicitées étaient le dos, les épaules et les mains. Lors du polissage, il y avait des vibrations mais le témoin ne pouvait pas les qualifier. Il y avait cependant une différence entre l'or et l'acier car lorsqu'on devait polir de l'acier, les vibrations étaient plus fortes et il fallait plus de force. Lorsqu'il polissait de l'or, cela était moins physique mais la position était la même. Le témoin a confirmé que l'activité de polisseur comportait aussi la tâche de laver les pièces avant de faire la finition et que sur une série de 25 pièces, le lavage représentait environ dix minutes. Les pièces n'étaient pas lourdes, un plateau de 25 pièces pouvant peser environ 300 grammes, de sorte qu'il n'y avait pas de charges lourdes à porter en polissage. Le témoin a expliqué qu'en tant que polisseur, il ne se déplaçait pas beaucoup et que son chef n'aimait pas qu'il se déplace. L'activité de polisseur était exercée la majeure partie du temps en position assise et comportait différentes opérations, soit le lapidage et l'émerissage qui étaient des opérations un peu moins physiques à faire avant le polissage. Cette préparation pour le polissage prenait plus de temps que le polissage lui-même et était très importante, car c'était ce qui déterminait le polissage. Monsieur P \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il faisait 60 pièces en moyenne par jour, cela dépendant toutefois de la nature des pièces. C'était une quantité habituelle pour un polisseur certifié ou non, mais opérationnel dans ce domaine. A l'époque où le recourant travaillait au sein de l'entreprise, la machine à polir était un peu plus basse. Actuellement, elle était positionnée un peu plus haut mais le témoin n'avait pas l'impression que cela avait changé grand-chose pour lui. Il avait pris l'habitude car cela fait trois ans que l'entreprise avait changé de machines. La machine avait été changée pour l'acier mais pour l'or, elle était restée la même. Le siège était en bois, réglable en hauteur, le dossier étant lui aussi réglable. Dans la phase de préparation des pièces avant le polissage, il y avait d'autres machines à utiliser qui étaient dans l'atelier mais pas à l'établi. Cette activité se déroulait aussi en position assise. Actuellement, le témoin travaillait dans le secteur acier et il avait travaillé durant sept ans dans le secteur or. Il ne savait pas si cela entraînait une différence de salaire, mais lorsqu'il était passé de l'or à l'acier, son salaire avait changé. Le témoin avait en effet décidé de passer au secteur acier et était parvenu à un accord avec son employeur quant au salaire, l'activité sur acier étant plus dure. Sur question, le témoin a indiqué que le recourant travaillait principalement sur acier. A l'époque, il n'y avait qu'un seul département et actuellement, il y avait environ 15 polisseurs dans le secteur acier, soit 3 femmes et 12 hommes. Au terme de l'audience du 18 août 2010, le recourant a conclu à ce que le Docteur I \_\_\_\_\_ soit entendu et a renoncé à l'audition du Docteur S \_\_\_\_\_. En date du 27 octobre 2010, le Docteur I \_\_\_\_\_ a été entendu par le TCAS. Il a précisé avoir une spécialisation en médecine manuelle reconnue et certifiée par la société suisse de médecine manuelle (SSMM). Il s'agissait d'une formation post-grade

qui devait comporter environ 500 heures et s'achevait par l'obtention d'un certificat de capacité. Le témoin a confirmé avoir eu le recourant comme patient du 2 mars 2006 au 13 mai 2009, date de la dernière consultation. La pièce 25 du chargé du recourant a été soumise au témoin qui a indiqué que le patient était venu le voir pour des problèmes cervicaux à la suite d'un accident survenu le 23 février 2004 sur la voie publique. Les examens radiologiques avaient démontré une arthrose cervicale inférieure habituelle chez les gens de 50 ans et plus, mais également une arthrose cervicale supérieure, en revanche inhabituelle dans la population standard. Après interrogation du patient sur ses conditions de travail, le médecin avait constaté qu'il travaillait en flexion de la colonne cervicale inférieure et en extension de la colonne cervicale supérieure, ce qui pouvait expliquer l'arthrose de la colonne cervicale supérieure. Le témoin a confirmé la teneur de son courrier du 27 avril 2006 et a rappelé que selon lui, le traumatisme était venu décompenser une situation arthrosique sur le plan global. Sans le traumatisme, le patient n'aurait pas de douleurs invalidantes et sans arthrose, il aurait récupéré complètement du traumatisme. La description de l'activité de polisseur faite par le témoin O \_\_\_\_\_ lors de l'audience du 18 août 2010 a été communiquée au témoin qui a expliqué qu'il était difficile de répondre précisément à la question de savoir si cette activité pouvait être exercée dans ces conditions par l'assuré. Cependant, il avait estimé à l'époque que le patient avait une capacité de travail de 50% et que l'on pouvait éventuellement attendre une récupération, mais que compte tenu de son état, il resterait un handicap. Il était selon lui normal qu'il y ait des séquelles douloureuses et une perte de la capacité de travail de 20% sur la durée. Il a précisé que lorsqu'il avait vu le recourant en 2006, il y avait des périodes où il était totalement incapable de travailler et d'autres où il pouvait travailler à 50% lorsqu'il allait mieux, depuis le début de l'année 2008. Sur le long terme, le médecin pensait que le recourant aurait pu travailler à 80% dans sa profession de polisseur, mais il ne pouvait pas préciser depuis quand. Dans tous les cas, cette capacité de travail n'existait pas avant le 13 mai 2009, date de la dernière consultation, bien que le médecin n'ait pas noté dans son dossier de modification de la capacité de travail lors de cette consultation. Selon le Docteur I \_\_\_\_\_, si le recourant avait augmenté sa capacité de travail dans son activité de polisseur, cela aurait augmenté la fréquence des douleurs en raison de l'instabilité cervicale, mais il ne pouvait pas dire que cela aurait aggravé les troubles dégénératifs. Les pièces 29 et 30 du chargé du recourant, à savoir le courrier de Me MONTAVON au Dr I \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2009 et sa réponse du 16 février 2009, ont été soumises au témoin. S'agissant de la réponse à la question numéro 10, il a expliqué qu'elle était fondée sur des données de 2008 et non de 2009. La capacité de travail évoluait en fonction des plaintes du patient et s'il avait répondu que la capacité de travail n'était que de 30% dans l'activité de polisseur, c'est qu'il le pensait. D'après ses notes au dossier, il avait vu le patient le 27 février 2008, date à laquelle ce dernier lui avait parlé de l'expertise de la Doctoresse J \_\_\_\_\_. Ce jour-là, le médecin avait constaté des dysfonctions lombaires et il n'avait pas été question de la nuque. Le patient venait avec des plaintes cervicales, des hanches et de la colonne lombaire. C'était un patient poly-algique. S'agissant de la capacité de travail, il était très difficile de la fractionner en fonction de chaque atteinte (cervicale, lombaire et autre). S'agissant en particulier de la capacité de travail de 30%, elle tenait compte de l'ensemble des atteintes à la santé. Le témoin avait eu un entretien avec l'expert qui lui avait affirmé que l'incapacité de travail globale n'était pas une addition de différentes incapacités de travail mais qu'il s'agissait d'un taux global et que c'était en fait la plus grande incapacité de travail qui constituait le degré d'invalidité pour l'AI. Il était donc difficile, en relisant ses

notes, de savoir ce qu'il avait pris en compte pour répondre à la question 10. Sur question, le témoin a indiqué qu'il n'avait jamais dit à l'expert que l'activité de polisseur effectuée par le patient était exécutée en position debout. Il n'avait pas eu connaissance du descriptif du poste de travail autre que celui décrit par le patient qui ne lui avait jamais indiqué travailler debout. Il travaillait assis. S'agissant de l'exigibilité de 80% sur le long terme, le médecin a indiqué que le patient ne pouvait pas aller au-delà de ce taux sans connaître des problèmes douloureux dans le meilleur des cas, pour autant qu'il récupère de façon optimale. Le recourant, avec l'accident qu'il avait subi et les problèmes qu'il avait rencontrés, ne pouvait pas récupérer une capacité de travail supérieure à 80% dans l'activité de polisseur, toujours concernant sa nuque. Sur question, le témoin a indiqué ne jamais s'être occupé des problèmes de hanches, de sorte qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la question d'une éventuelle incapacité de travail de ce point de vue. Les problèmes lombaires pouvaient être inclus dans l'exigibilité de 80%. Dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, tel que gardien dans un parking à condition d'éviter les marches prolongées, la capacité de travail serait entière, selon le Docteur I\_\_\_\_\_, depuis le début 2008. A la question de savoir si l'accident avait décompensé de façon durable et définitive les troubles dégénératifs cervicaux, il a répondu par l'affirmative. Le patient avait subi un scanner de la charnière cervico-occipitale deux ans après l'accident, le 24 mars 2006, et cet examen avait montré un déplacement pathologique des axes de rotation de la région cervico-occipitale, correspondant à un trouble de la fonction de cette charnière. Le fait que l'on n'ait pas objectivé de lésions somatiques de la colonne cervicale n'excluait pas des lésions minimales ligamentaires, que l'on ne pouvait toutefois pas prouver du vivant du patient. Il était possible d'objectiver ces lésions lors d'une autopsie par examen microscopique. Le témoin a précisé que lors de traumatismes subis par décélération, on voyait souvent apparaître chez les personnes présentant une arthrose préexistante des douleurs absentes avant l'accident. Sur question, le Docteur I\_\_\_\_\_ a enfin expliqué que le recourant était suivi depuis avril 2009 par un confrère ayant la même formation, le Docteur S\_\_\_\_\_. Le témoin s'était en effet absenté pendant une période prolongée et son confrère avait pris le relais. Le 2 février 2011, le Docteur S\_\_\_\_\_ a été entendu par la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Il a déclaré que le recourant lui avait été adressé par le Docteur I\_\_\_\_\_ et qu'il l'avait soigné depuis 2006, de manière intermittente. Depuis 2008, il l'avait traité plus régulièrement, à savoir tous les 15 jours. Il avait soigné le recourant pour des problèmes de dos, à savoir des lombalgies et des cervicalgies, suite à divers accidents, et avait été frappé par la limitation des amplitudes des mouvements de la colonne cervicale. La situation ne s'améliorait pas. Il espérait toutefois que les traitements anti-inflammatoires quasi quotidiens dont avait besoin le patient lui permettraient de maintenir une plus grande mobilité. Le témoin a expliqué que la rotation cervicale était plus assurée par les cervicales supérieures, mais que toutes les cervicales y participaient, les cervicales supérieures étant plus importantes pour le mouvement de rotation. Il y avait plus facilement des atteintes aux cervicales supérieures car elles étaient plus mobiles et s'usaient au fil des ans. Le recourant se plaignait de cervicalgies supérieures et de contractures musculaires importantes, notamment au niveau des trapèzes. Le témoin se souvenait que le patient avait été victime d'un accident nécessitant la pose d'une prothèse de hanche et qu'il avait subi en 2004 un nouvel accident qui avait plutôt touché le haut du rachis. Il a expliqué que depuis 2008, s'agissant des limitations fonctionnelles, le patient présentait des limitations cervicales plus

qu'importantes, à savoir une capacité de rotation de 20° d'un côté et 5° de l'autre. La capacité de rotation se situait entre 20 et 30° en flexion, entre 3 et 10° en extension et était de 5° en latéroflexion. S'agissant du degré de mobilité, le témoin faisait référence à ses dernières consultations, notamment fin décembre. Il n'avait pas mesuré avec la réglette mais de visu, précisant qu'il n'avait pas besoin de réglette et avait ses repères visuels pour bien mesurer la mobilité. Avec le temps, il avait acquis une expérience profitable lui permettant d'aller vite, mais le cas du recourant restait quelque chose de particulier. Le témoin avait lu l'expertise de la Doctoresse J\_\_\_\_\_ et était très étonné de ses conclusions, notamment quant à la mobilité de la nuque vu que les amplitudes retrouvées par l'experte en 2008 ne lui semblaient pas possibles. A la question de savoir s'il était possible qu'un patient limite sa mobilité lors de la consultation, le médecin a répondu par la négative car l'expérience lui apprenait à sentir le faux du vrai. Il n'avait pas été trompé par des simulacres, bien que le patient présente un côté démonstratif, lié peut-être à sa personnalité. Dans l'activité de polisseur, le médecin a estimé la capacité de travail résiduelle entre 0 et 20%, expliquant que les muscles trapèzes étaient très sollicités dans cette activité comme stabilisateurs du haut du rachis. La position asymétrique était contraindiquée et l'utilisation d'un outil vibrant gênait le patient, car la répétition de vibrations pourrait nuire à la musculature. Concernant la hanche, il l'avait examiné mais avait des réticences à traiter ce problème en raison de la prothèse. Le patient utilisait une canne pour marcher, ce qui mobilisait aussi fortement le muscle trapèze, et la première plainte du recourant lorsqu'il venait chez le témoin était d'ailleurs de se plaindre de douleurs au muscle trapèze. S'agissant des origines des problèmes de dos rencontrés par le patient, le témoin a indiqué, premièrement, que le métier de polisseur-sertisseur avait beaucoup sollicité le haut du dos et l'accident de 2004 aggravé l'usure naturelle des cervicales. Deuxièmement, la prothèse de hanche, bien posée, avait induit une charge sur le bas du corps et l'utilisation de la canne sollicitait les muscles trapèzes de façon répétée et en surcharge. Ainsi, les contractures musculaires étaient selon lui liées à l'état actuel de la hanche et l'activité de polisseur-sertisseur, non aménagée, pourrait aggraver la symptomatologie douloureuse. Il a confirmé avoir eu un entretien téléphonique avec l'expert mais ne se souvenait pas lui avoir dit à cette occasion que l'activité du recourant s'exerçait debout. Sur question, le Docteur S\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement qu'il dispensait actuellement au patient consistait en la prescription de médicaments anti-inflammatoires et antalgiques et qu'il pratiquait des étirements musculaires, neuroméningés et des manipulations. Il prescrivait également des myodécontractants mais pas de physiothérapie. Le médecin a encore précisé qu'il n'était pas rhumatologue et que la médecine manuelle consistait en des traitements fonctionnels sur les articulations du dos et des extrémités, qui étaient soit des manipulations directes, des étirements ou des traitements neuroméningés consistant à faire coulisser les structures, les muscles et les nerfs des articulations les unes par rapport aux autres. Dans sa pratique, le témoin ne voyait pas beaucoup de personnes avec une prothèse de la hanche et il n'était pas fréquent que les patients utilisent une canne plusieurs années après la pose d'une prothèse de la hanche. La canne du recourant aidait néanmoins ce dernier car elle déchargeait le membre et, sans l'utilisation de cette canne, l'autonomie serait moins bonne. Sur question, il était exact qu'une physiothérapie pratiquée dans l'eau serait bénéfique au recourant, ce que le médecin avait certainement dû lui proposer, dans la mesure où cela permettrait un bon maintien mais pas une récupération motrice. La chronicité de l'affection présentée par le patient montrait que les traitements seraient peut-être moins performants. Le recourant a expliqué, lors de

l'audience de comparution personnelle des parties qui a suivi, qu'après la pose de la prothèse de hanche, il avait effectué au moins une cinquantaine de séances de physiothérapie en piscine qui lui avaient été prescrites par le Docteur C\_\_\_\_\_. Suite à l'accident de 2004, le Docteur I\_\_\_\_\_ ne voulait toutefois pas que le physiothérapeute touche les cervicales. Le 2 mars 2011, le recourant a transmis à la Cour de céans ses conclusions après enquêtes. Il a rappelé l'existence de différences marquantes entre les évaluations médicales versées à la procédure et a estimé que l'expertise de la Doctoresse J\_\_\_\_\_ n'emportait pas pleine valeur probante. En définitive, le recourant a conclu, préalablement, à la nomination d'un expert indépendant et, principalement, à l'annulation de la décision du 28 août 2009 et à l'octroi des prestations prévues par la loi, notamment d'une rente d'invalidité à compter du 14 décembre 2005. Dans ses conclusions après enquêtes du 20 juillet 2011, l'intimée a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Après communication aux parties des écritures après enquêtes, la cause a été gardée à juger. Dans le litige opposant le recourant à l'assurance-invalidité, la CJCAS a, par arrêt du 31 août 2011 ( ATAS/800/2011 ), annulé la décision de l'OAI du 29 septembre 2009 et constaté que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2006 au 30 septembre 2006 et à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2006. Pour le surplus, elle a renvoyé la cause à l'OAI pour décision sur les mesures professionnelles. La CJCAS a considéré en substance que le poste de travail habituel de polisseur, même aménagé ou adapté, ne respectait pas les limitations fonctionnelles du recourant, de sorte qu'il fallait retenir une capacité de travail nulle dès le 18 janvier 2004, ce de façon définitive. En revanche, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et il résultait de la comparaison des revenus un degré d'invalidité de 41%, ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 28 août 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et concerne d'éventuelles prestations postérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2003. La LPGA, de même que la LAA, sont donc applicables au présent litige, dans leur teneur actuelle. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable au sens des art. 56, 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10). Le litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a d'une part refusé de prendre en charge les troubles cervicaux du recourant et d'autre part nié son droit à une rente d'invalidité. Le présent litige ne doit pas être tranché sous l'angle d'une

révision de l'arrêt entré en force du TCAS du 16 août 2006 ( ATAS/739/2006 ). En effet, le TCAS n'avait à l'époque pas formellement tranché la question de la prise en charge par l'intimée des troubles cervicaux, faute de décision sur ce point, et la décision présentement litigieuse est intervenue suite à une nouvelle rechute et une nouvelle intervention chirurgicale du recourant non examinées en 2006. 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. 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 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). S'agissant plus particulièrement de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette 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. Étant 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 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Concernant tout d'abord le refus de prise en charge des troubles cervicaux, l'art. 6 al. 1 LAA dispose que 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). A teneur de l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGa) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 OLAA, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part. Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). a) Le droit aux prestations suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C\_628/2007). 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. Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C\_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références). b) La réglementation légale sur les maladies professionnelles se fonde quant à elle sur un système combiné d'une liste (art. 9 al. 1 LAA; annexe I de l'OLAA) et d'une clause générale (art. 9 al. 2 LAA). La clause générale de l'art. 9 al. 2 LAA répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral est chargé d'établir en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 141 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, pour qu'on puisse admettre l'existence d'une maladie professionnelle, il faut que l'affection présentée ait été provoquée, ou le cas échéant aggravée, pour plus de 50% par l'action des substances nocives de la liste en cause (cf. ATF 119 V 200 consid. 2a et la référence) ou pour plus de 75% par l'exercice de l'activité professionnelle (cf. ATF 126 V 189 consid. 4b; ATFA non publié du 12 janvier 2006, U 35/05). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général pour que l'on puisse considérer que la maladie a été causée de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 116 V 143 consid. 5c; RAMA 2000 n° U 408 p. 407; ATFA non publié du 31 janvier 2006, U 195/05). Si les données statistiques font défaut, il faut utiliser les données cliniques (cf. arrêt du 22 septembre 2000 dans la cause U 235/99). S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve dans un cas concret de la causalité qualifiée au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (cf. ATF 126 V 183 ). L'aggravation d'un état maladif antérieur par des substances ou des travaux figurant sur la liste établie par le Conseil fédéral conformément à l'art. 9 al. 1 LAA ou par l'exercice de l'activité professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est assimilée à une affection provoquée par ces mêmes causes (ATF 117 V 354 , 108 V 158 ). Lorsque l'aggravation d'origine professionnelle est de nature temporaire, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'au décours complet de l'aggravation. En cas de maladie qui survient par accès (telle une crise d'eczéma), il a l'obligation de prêter si et dans la mesure où le nouvel accès est dû à l'activité pour laquelle l'intéressé est assuré auprès de lui (RAMA 1994 n° U 202 p. 273). En l'espèce, le recourant requiert de l'intimée qu'elle prenne en charge ses troubles cervicaux, considérant qu'ils sont imputables à ses accidents des 10 novembre 1995 et 23 février 2004, ainsi qu'à son activité professionnelle de polisseur. Selon l'intimée, ces troubles n'engagent nullement sa responsabilité, dès lors qu'ils ne peuvent pas être mis en relation de causalité avec les accidents du recourant et ne peuvent pas être imputés de manière nettement prépondérante à l'exercice de son activité professionnelle. Le Dr B\_\_\_\_\_ a examiné le recourant en date du 16 novembre 2004 à la demande de l'intimée. Au terme de son analyse, il est parvenu à la conclusion claire qu'au niveau cervical, aucune lésion traumatique n'avait été identifiée mais qu'une arthrose était manifestement préexistante. Selon lui, les conséquences délétères de l'accident du 23 février 2004 pouvaient donc être considérées comme éteintes. La Dresse J\_\_\_\_\_ a réalisé une expertise rhumatologique le 17 mars 2008 à la demande de l'OAI. Au terme de son analyse, elle a notamment retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail une cervicarthrose associée à une spondylo-discarthrose étagée sans radiculopathie ni myélopathie et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail un status après traumatisme cranio-cervical bénin en

2004 avec contusions thoraciques et cervicales. Concernant la cervicarthrose du recourant, il s'agissait d'une découverte fréquente dans la population à partir de la quarantaine, atteignant selon les auteurs 50 à 75% de la population dans cette tranche d'âge. Un sujet atteint de cervicarthrose pouvait présenter des troubles musculo-squelettiques lors d'une hypersollicitation que l'on pouvait voir chez les musiciens et certains sportifs. Le métier de polisseur exigeait une position fixe de la tête plusieurs heures d'affilée et des vibrations à faible fréquence étaient délétères. Le Dr K\_\_\_\_\_ a réalisé une appréciation médicale à la demande de l'intimée. Au terme de son analyse, il est parvenu à la conclusion claire qu'il fallait récuser un lien de causalité probable entre l'accident de 2004 et les troubles cervicaux chroniques du recourant, dans la mesure notamment où la situation radiologique de ce dernier ne s'était pratiquement pas modifiée entre mars 2004 et novembre 2007. La cervicarthrose présentée par le recourant n'était pas non plus une maladie professionnelle, étant donné que cette affection était d'origine multifactorielle et qu'on ne pouvait pas conclure à un lien de cause à effet direct entre le métier exercé et cette atteinte dégénérative courante dans la sixième décennie de l'existence. Le Dr I\_\_\_\_\_, médecin-traitant du recourant, a quant à lui estimé que l'accident de 2004 avait décompensé une arthrose cervicale sévère par le biais d'une entorse cervicale, cette arthrose cervicale étant fréquente chez les travailleurs de professions où l'on devait rester des heures sans bouger, la tête penchée en avant et le menton relevé pour regarder à travers des loupes ou autres oculaires. L'utilisation d'une canne à gauche suite à l'accident du 10 novembre 1995 avait quant à elle aggravé la situation par tension quasi permanente du trapèze gauche. a) La Cour de céans relève qu'en définitive, à l'exception du médecin traitant du recourant, les différents médecins s'accordent pour nier que les troubles cervicaux du recourant sont imputables à l'accident du 23 février 2004. Ces troubles ne sont pas non plus imputables à l'accident du 10 novembre 1995. Si l'utilisation d'une canne suite à cet accident n'a pas amélioré ces troubles, elle ne les a en effet pas pour autant causés. Le TCAS avait d'ailleurs relevé dans son arrêt entré en force du 16 août 2006 que les douleurs cervicales du recourant ne devaient pas être prises en compte par la SUVA car l'arthrose était clairement préexistante. Le rapport médical établi par le Dr I\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause ces conclusions. A ce propos, il convient de rappeler que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. b) Le point litigieux restant à trancher à ce stade consiste donc à déterminer si les troubles cervicaux du recourant constituent une maladie professionnelle. A cet égard, il est évident pour la Cour de céans que l'activité de polisseur n'est pas adaptée aux troubles cervicaux du recourant et qu'elle a sans doute entraîné une péjoration de son état. Néanmoins, le recourant n'est pas parvenu à établir que ses troubles cervicaux sont dus pour 75% au moins à l'exercice de son activité professionnelle, soit que les troubles cervicaux chez les polisseurs sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général. Au contraire, les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ont relevé que la cervicarthrose est une découverte très fréquente dans la population à partir de la quarantaine, atteignant selon les auteurs 50 à 75% des personnes dans cette tranche d'âge. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que les troubles cervicaux du recourant ne sont pas à la charge de l'intimée, que ce soit au titre d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Sur ce point, le recours sera dès lors rejeté. Concernant ensuite le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, l'art. 18 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, il convient de comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente : les revenus avec et sans invalidité sont déterminés par rapport à un même moment; les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, sont également prises en compte (ATF 128 V 174 ). D'après l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Par ailleurs, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur qui doit se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit et/ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée de manque d'objectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d, 119 V 474 consid. 4a; voir aussi VSI 2004 p. 185 consid. 3). Le Tribunal fédéral des assurances avait précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Récemment, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288 , avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549 ). En l'espèce, le recourant considère que son activité habituelle de polisseur

n'est plus exigible et qu'il en découle une perte de gain lui donnant droit à une rente d'invalidité de la part de la SUVA. L'intimée estime quant à elle que les limitations fonctionnelles induites par la pose d'une prothèse totale de hanche n'empêchent pas le recourant d'exercer son activité habituelle de polisseur, de sorte qu'elle n'a pas à lui verser de rente d'invalidité. Dans son arrêt du 31 août 2011 ( ATAS/800/2011 ), la CJCAS a considéré que le poste de travail habituel de polisseur, même aménagé ou adapté, ne respectait pas les limitations fonctionnelles du recourant liées à ses troubles cervicaux, les enquêtes ayant mis en évidence qu'il y avait dans cette activité des vibrations et que tout le haut du corps jusqu'aux reins était sollicité, particulièrement la nuque, les épaules et les poignets. En revanche, ainsi que l'a allégué l'intimée à juste titre, les limitations fonctionnelles induites par la pose d'une prothèse totale de hanche n'empêchent pas le recourant d'exercer son activité habituelle de polisseur. Sous cet angle, le TCAS avait d'ailleurs retenu dans son arrêt entré en force du 16 août 2006 qu'à compter du 1<sup>er</sup> février 2005, le recourant ne présentait plus d'incapacité de gain dès lors qu'il pouvait reprendre son ancienne activité de polisseur à plein temps, cette activité s'effectuant en majorité en position assise et permettant à l'assuré de se lever et de faire quelques pas de temps en temps. En définitive, la Cour estime donc que si l'activité habituelle du recourant n'est plus exigible, c'est uniquement en raison de ses troubles cervicaux, lesquels ne sont pas à la charge de l'intimée. Cette dernière ne saurait donc être contrainte de verser une rente d'invalidité au recourant. Compte tenu de tout ce qui précède, le recours sera rejeté dans le sens des considérants. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette dans le sens des considérants. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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