

## **GE\_GERICHTE A/795/2014 vom 16. Dezember 2014**

GE Cour de justice, 2014-12-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_795\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_795_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/795/2014 du 16 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/795/2014 del 16 dicembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ETIER Guillaume recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1959, originaire du Portugal, est employé auprès de B\_\_\_\_\_ & Cie SA (ci-après : l'employeur) depuis le 2 octobre 1995 et assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).! [endif]>! [if> 2. Le 6 août 2010, alors qu'il séjournait au Portugal, l'assuré est tombé d'une échelle dans sa maison et s'est fracturé la colonne lombaire (L2). Il a été transporté aux urgences, Tras Os Montos E Alto Douro Lordelo, où il a séjourné du 6 au 9 août 2010 puis au centre hospitalier de Vila Real où il a séjourné jusqu'au 16 août 2010.! [endif]>! [if> 3. L'assuré a été opéré le 6 août 2010 au Portugal.! [endif]>! [if> 4. Le 16 août 2010, l'employeur a rempli la déclaration de sinistre LAA et le cas a été pris en charge par la SUVA, soit une indemnité journalière versée dès le 9 août 2010 ainsi que le paiement des frais médicaux.! [endif]>! [if> 5. L'assuré a été rapatrié en Suisse le 5 septembre 2010 et a été suivi par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG), puis par la doctoresse D\_\_\_\_\_, FMH médecine générale.! [endif]>! [if> 6. Le 15 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.! [endif]>! [if> 7. Le 19 octobre 2010, la SUVA a communiqué le cas à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).! [endif]>! [if> 8. Le 13 décembre 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire selon lequel l'assuré présentait une fracture L2 sans déficit neurologique, des difficultés à la marche, des douleurs dorsales et des gonalgies gauches ; une réévaluation était prévue en février 2011 aux HUG ; il fallait probablement envisager un post adapté, tel celui de magasinier, moins physique. L'incapacité de travail était totale depuis le 6 août 2010.! [endif]>! [if> 9. La Dresse D\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail totale les 17 janvier 2011, 21 février 2011, 23 mars 2011, 24 avril 2011, 17 mai 2011, 30 mai 2011, 25 juillet 2011, 15 août 2011, 22 septembre 2011, 27 octobre 2011, 21 décembre 2011, 31 janvier 2012, 27 mars 2012, 24 mai 2012, 15 juin 2012, 23 juillet 2012, 22 août 2012 et 24 septembre 2012.! [endif]>! [if> 10. Le 12 janvier 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical initial LAA attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 6 août 2010.! [endif]>! [if> 11. Le 25 janvier 2011, l'OAI a relevé que l'assuré ne s'était pas montré preneur pour un cours de français et qu'aucune mesure IP ne serait organisée.! [endif]>! [if> 12. Par communication du 26 janvier 2011, l'OAI a refusé une mesure de réadaptation professionnelle.! [endif]>! [if> 13. Le 9 février 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré ne pouvait retravailler comme maçon (interdiction de

porter des charges de plus de 5 kilos et de maintenir les positions prolongées). Il était recommandé qu'il puisse bénéficier d'une réorientation professionnelle ou d'une adaptation dans son poste actuel.![endif]>![if> 14. Le 9 février 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a constaté une amélioration mais des douleurs persistantes empêchant une reprise de travail. Il y avait également une gonarthrose du compartiment interne du genou gauche et un kyste de Baker qui nécessitaient une consultation en chirurgie orthopédique.![endif]>![if> 15. Lors d'un entretien avec la SUVA le 16 mars 2011, une réunion a eu lieu avec l'employeur, la SUVA et la Prévention et maintien de la santé en entreprise (PMSE SA) et un éventuel séjour à la CRR a été évoqué.![endif]>![if> 16. Lors d'un entretien du 6 mai 2011, l'assuré a indiqué qu'il ne ressentait pas d'amélioration, son dos était gonflé et il avait le genou gauche enflammé.![endif]>![if> 17. Le 17 mai 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué un état stationnaire et peu d'évolution sur le plan des douleurs ; il fallait s'attendre à un syndrome douloureux, une rigidité lombaire avec une diminution de la mobilité.![endif]>![if> 18. Le 30 mai 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travailler comme manoeuvre.![endif]>![if> 19. Le 7 juin 2011, l'assuré a signalé à la SUVA une amélioration du dos mais des troubles du sommeil en raison de douleurs dorsales.![endif]>![if> 20. Le 7 juillet 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté de lombalgies et d'une incapacité de travail totale.![endif]>![if> 21. Le 12 juillet 2011, l'assuré a signalé une aggravation (éventuel œdème).![endif]>![if> 22. Le 26 juillet 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire, de lombalgies et d'une incapacité totale de travail comme maçon.![endif]>![if> 23. Le 19 septembre 2011, l'assuré a signalé des douleurs au coccyx irradiant jusqu'à la tête, des gaz dans le ventre, des rougeurs de la peau et de l'arthrose au genou.![endif]>![if> 24. Le 26 septembre 2011, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation médicale proposant un séjour à la CRR.![endif]>![if> 25. Le 12 octobre 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH cardiologie, a attesté d'hypertension artérielle depuis le 23 septembre 2010 n'entraînant aucune incapacité de travail. ![endif]>![if> 26. Du 2 au 22 novembre 2011, l'assuré a séjourné à la CRR.![endif]>![if> 27. Le 3 novembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que son traitement était terminé et que l'assuré présentait des lombalgies persistantes.![endif]>![if> 28. Le 10 novembre 2011, un CT colonne lombaire a conclu à une consolidation partielle de la fracture de l'apophyse épineuse de L1 ; une consolidation partielle de la fracture-tassement du plateau supérieur de L2 (persistance de quelques traits de fracture corticaux) ; perte de hauteur de 30% ; pas de fracture-tassement des autres corps vertébraux sus et sous-jacents ; un status post-ostéosynthèse par voie postérieure avec vis transpédiculaires L1, L2 et L3 sans signe de résorption osseuse au voisinage immédiat du matériel mis en place ; un bon alignements des murs antérieur et postérieur ; pas de recul du mur postérieur et des parties molles sp.![endif]>![if> 29. Le 29 novembre 2011, la CRR a posé les diagnostics de lombalgies chroniques - chute d'une échelle le 6 août 2010 avec burst-fracture de L2, traitée par fixation postérieure de L1 à L3 et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. La prise en charge interdisciplinaire n'avait pas eu d'impact sur les plaintes. Il y avait une discordance entre les anomalies objectives et l'intensité des plaintes et du handicap fonctionnel. La situation était stabilisée. Il y avait une incapacité de travail définitive comme maçon. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, port de charge de plus de 10 kilos, travail au sol le tronc incliné en avant, flexion-torsion répétée du tronc, impossibilité d'alterner les positions debout et assise et exposition du corps entier aux vibrations.![endif]>![if> L'incapacité de travail était totale du 23 novembre au 22 décembre

2011. 30. Les 19 décembre 2011, 3 février 2012 et 27 avril 2012, l'assuré a signalé à la SUVA qu'il ne présentait aucune amélioration physique et avait des douleurs permanentes au dos.![endif]>![if> 31. Le 17 janvier 2012, le SMR a estimé qu'une instruction complémentaire auprès de la CRR et de la Dresse D\_\_\_\_\_ était nécessaire.![endif]>![if> 32. Le 5 mars 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué un état de santé stationnaire depuis novembre 2010, un pronostic mauvais et une incapacité définitive comme maçon. Elle s'est référée au rapport de la CRR. ![endif]>![if> 33. Un procès-verbal de séance tripartite du 6 mars 2012 relève que l'employeur pourrait mettre fin au contrat dès lors que l'assuré ne se voyait pas travailler, même deux heures par jour.![endif]>![if> 34. Le 12 avril 2012, l'employeur a licencié l'assuré pour le 31 mars 2012.![endif]>![if> 35. Le 30 avril 2012, à la demande de l'OAI, la CRR a précisé qu'il n'y avait pas, dans les limitations fonctionnelles, une impossibilité d'alterner les positions debout/assise mais qu'une telle alternance devrait permettre un rendement plus élevé. Il existait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.![endif]>![if> 36. Le 19 juin 2012, l'assuré a signalé à la SUVA une cheville et genou droits gonflés, des douleurs au dos irradiant jusqu'à la nuque et une perte de force et de musculature.![endif]>![if> 37. Le 27 juin 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré.![endif]>![if> Celui-ci se plaignait de douleurs au bas du dos, d'irradiation dans la jambe droite et d'hypertension. La situation était stabilisée ; il fallait surveiller les dysesthésies et le déficit sensitif du membre inférieur droit. Une évaluation neurologique avec ENMG était proposée. Le travail de maçon était exclu ; la capacité était totale dans une activité légère, avec changement de position, sans mouvement en porte-à-faux ou flexions/torsions répétées du tronc et le travail incliné en avant. Les diverses comorbidités HFMS, hypertension, stéatose hépatique, pouvaient impacter sur l'état général du patient. Une IPAI de 15 % se justifiait. 38. Le 12 juillet 2012, la doctoresse H\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de s'aligner sur la décision de la SUVA et de déterminer les mesures professionnelles adaptées à la situation de l'assuré. ![endif]>![if> 39. Le 31 juillet 2012, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 16,48 % en retenant un revenu sans invalidité 2011 de CHF 66'523.- et un revenu d'invalidité 2011 de CHF 55'560.- (soit selon l'ESS 2010, TA1, homme, niveau 4 pour 41,6 heures de travail par semaine avec une déduction de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, indexé en 2011).![endif]>![if> 40. Le 6 août 2012, la SUVA a versé à l'assuré une IPAI de CHF 18'900.-.![endif]>![if> 41. Par projet de décision du 6 août 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2011 au 29 février 2012. Le degré d'invalidité était de 16 % dès le 29 novembre 2011, date à partir de laquelle l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.![endif]>![if> 42. Le 23 août 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution difficile sur le plan fonctionnel, avec des douleurs chroniques lombaires et une d'impotence fonctionnelle majeure. L'assuré était gêné dans les moindres gestes de la vie quotidienne. L'incapacité de travail comme maçon était totale et une réinsertion professionnelle limitée du fait du contexte psychologique, du déconditionnement prolongé et de comorbidité (HTA, hypercholestérolémie et stéatose hépatique).![endif]>![if> 43. Le 11 septembre 2012, l'assuré a signalé à la SUVA qu'il ne pouvait rester assis plus de 30 minutes et souhaitait faire un stage professionnel.![endif]>![if> 44. Le 19 octobre 2012, il a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions du rapport de la CRR. ![endif]>![if> 45. Le 9 novembre 2012, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le courrier de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 23 août 2012 n'apportait aucun nouvel élément médical.![endif]>![if> 46. Le 28 janvier 2013, la SUVA

a informé l'assuré qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2013 et qu'elle se prononcerait sur une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.!

47. Par décision du 7 mai 2013, l'OAI a alloué à l'assuré une rente mensuelle de CHF 1'321.- du 1<sup>er</sup> août 2011 au 29 février 2012.!

48. Par décision du 8 mai 2013, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de CHF 872,90 depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 fondée sur un taux d'invalidité de 19 %. Le revenu d'invalidité était de CHF 4'478.- par mois. Il correspondait à la moyenne des salaires de cinq professions, soit collaborateur de production (au Brassus, à Sainte-Croix et à Renens), employé d'horlogerie aux Bioux et praticien en logistique à Nyon. Le revenu sans invalidité était de CHF 5'559.- par mois. Une IPAI de 15 % était également due.!

49. Le 4 juin 2013, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à la décision du 8 mai 2013 de la SUVA au motif qu'il était incapable de travailler. Il a complété son opposition le 9 juillet 2013 en relevant que la SUVA avait méconnu, à tort, ses troubles dépressifs réactionnels et d'anxiété et le fait qu'il était illettré, sans permis de conduire ; par ailleurs une IPAI de 20 % était justifiée pour les troubles physiques et une IPAI de 20 % pour le trouble dépressif et l'anxiété, de sorte qu'un taux de 40 % était dû au total. !

50. Le 10 juin 2013, la Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté que sur le plan général l'évolution était défavorable avec la persistance de lombalgies chroniques. Le patient était gêné dans tous les gestes de la vie quotidienne, ne pouvait rester longtemps assis, changeait sans cesse de position, avait aussi des douleurs la nuit, déambule dans l'appartement. Le traitement antalgique était régulièrement adapté sans changement sur les plaintes. Une anxiété et un état dépressif s'étaient installés secondairement à la persistance d'un syndrome douloureux, la perte de l'emploi et la dégradation sociale. Un traitement antidépresseur avait été associé sans changement notable. Actuellement, à presque trois ans de l'accident, il persistait des douleurs chroniques et une aggravation de la thymie marquée par des idées dépressives et la présence de ruminations. Une réinsertion dans un autre domaine que la main-d'œuvre, pour laquelle il était jugé inapte à 100 % était illusoire. Le peu d'éducation, le contexte psychologique et le déconditionnement prolongé aboutissaient à une chronicité des symptômes vouant à l'échec tout essai de réinsertion même occupationnelle. L'incapacité liée à l'accident était reconnue à 16 %. Du point de vue médical, l'assuré était en incapacité totale depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013 pour une durée indéterminée. !

51. Par décision du 17 juin 2013, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.!

52. Le 27 janvier 2014, l'assuré a informé la SUVA qu'il était en dépression, avait mal en permanence, restait très souvent couché et marchait au maximum 30 minutes par jour.!

53. Le 7 février 2014, l'assuré a observé qu'il avait été victime d'un accident grave et que même qualifié de moyen, l'accident permettait, notamment au vu de la longue durée des soins, des douleurs persistantes et de la nature de la lésion, d'admettre le lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques. Une rente d'invalidité entière et une IPAI de 40 % étaient dues.!

54. Par décision du 12 février 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que l'accident était de gravité moyenne, même si l'assuré avait chuté d'une hauteur de trois mètres et que les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident ; par ailleurs, le manque de formation, de connaissance linguistique et l'âge, ne pouvaient être pris en considération. Le revenu d'invalidité n'était pas contesté mais les DPT retenus n'étaient pas exemptes de toutes critiques ; cependant les données statistiques, également pertinentes, aboutissaient même à un revenu supérieur (ESS 2010, TA1, niveau

4, adapté à l'horaire usuel dans les entreprises, indexé en 2013, avec une déduction de 10 %). Quant à l'IPAI, elle était fondée sur l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, qu'aucun autre avis médical ne contestait. 55. Le 17 mars 2014, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % et d'une IPAI de 40 % ; préalablement il a requis sa comparution personnelle et l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et orthopédique. Le médecin de la SUVA avait lui-même admis qu'une reprise de travail était théorique ; la caisse de chômage l'avait considéré inapte au placement et la CRR avait évoqué un mauvais pronostic en terme de réintégration professionnelle ; il était totalement incapable de travailler ; sans formation, il ne pouvait retrouver un autre emploi ; ses troubles psychiques l'empêchaient également de travailler ; l'accident était grave mais même considéré comme moyen, les critères jurisprudentiels étaient remplis pour reconnaître une causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident ; la chute était imprévisible, la lésion à la colonne restreignait ses mouvements et lui faisait craindre une paralysie, le traitement médical était très long, les douleurs physiques persistantes et l'incapacité de travail également longue. L'atteinte grave et douloureuse à la colonne vertébrale justifiait une IPAI de 20 % et l'atteinte psychique une IPAI de 20 %, de sorte qu'une IPAI de 40 % était due. 56. Le 15 avril 2014, la SUVA a conclu au rejet du recours. Tous les médecins convergeaient vers l'estimation d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le dossier était suffisamment instruit. Une capacité de gain était exigible au sens des emplois cités dans les DPT, ce d'autant que l'OAI l'admettait également ; le calcul du taux d'invalidité de 19 % n'était pas remis en cause. Il n'existait pas de lien de causalité adéquat entre l'accident et les troubles psychiques de l'assuré ; même si l'accident était qualifié de moyen, il n'existait pas de critère jurisprudentiel pour admettre l'existence d'un tel lien, enfin, aucun élément médical n'était avancé pour contester le taux de l'IPAI. Le dossier était complet et une expertise médicale n'était pas nécessaire. 57. Le 29 avril 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI. 58. Le 26 mai 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « Je me sens mal et je n'arrive pas bien à dormir. J'ai des douleurs au dos qui irradient dans la jambe droite. J'ai des douleurs dans la jambe dès que je reste en position assise ou debout dès que je reste debout 10 à 15 minutes. J'ai des douleurs permanentes dans le dos qui entraînent des troubles importants du sommeil et je dois prendre du Dafalgan pour pouvoir dormir. Durant la journée je fais quelques petites promenades de 10 à 15 minutes puis je retourne chez moi en raison des douleurs et je regarde la télévision allongé sur mon canapé. Je ne fais aucune tâche ménagère. Je suis toujours suivi par la Dresse D\_\_\_\_\_. Je la vois chaque mois. Je prends un médicament pour le cœur, pour le diabète, et du Dafalgan contre les douleurs. Lors de mon séjour à la CRR j'ai fait des exercices à la piscine et sur un vélo mais mon état de santé ne s'est pas amélioré. Je m'estime totalement incapable de travailler même dans une activité en position assise car je dois régulièrement me lever en raison des douleurs. J'ai été manœuvre chez B\_\_\_\_\_ depuis 1995. Je suis titulaire d'un permis B. Je n'ai pas contesté la décision de l'OAI du 7 mai 2013. Je ne suis plus suivi par le Dr I\_\_\_\_\_. Je dois tout le temps me déplacer avec ma canne, même pour effectuer des petits gestes. Avant l'accident je n'avais aucun problème au dos. J'étais bien. Je n'avais pas de problème pour travailler. Egalement du point de vue psychique j'allais bien avant l'accident alors que maintenant je ne me sens

pas bien et je n'ai plus la même envie de vivre ma vie. Le jour de l'accident j'étais en haut d'une échelle de 4 mètres et j'ai fait une chute de 3 mètres. Le matin j'ai besoin de plus de temps qu'avant pour me réveiller et m'habiller. Avant d'être engagé chez B\_\_\_\_\_ en 1995, j'ai travaillé durant 9 années dans les vignes à J\_\_\_\_\_. J'habitais à l'année chez mon employeur. Je tiens à signaler que je me sens chaque fois de pire en pire. » 59. Le 13 juin 2014, la SUVA a précisé que les DPT avaient été jugés comme non exempts de toute critique car elle entendait tenir compte du fait que c'était dans la branche économique de la construction que l'assuré pourrait le mieux mettre à profit ses connaissances professionnelles et sa capacité de travail, que la déduction opérée sur le salaire statistique était justifiée par les limitations fonctionnelles et la situation personnelle de l'assuré et que la méthode statistique aboutissait à un taux d'invalidité de 16 %, inférieur à celui retenu de 19 %.

60. Le 16 juillet 2014, l'assuré a observé que la SUVA reconnaissait que les DPT n'étaient pas adaptées à sa situation, qu'il ne pourrait, vu ses limitations, trouver un emploi dans le domaine de la construction, domaine que la SUVA considérait comme adapté pour sa réinsertion, que son invalidité était totale, compte tenu de son absence de formation, que l'abattement de 10 % opéré ne tenait pas compte du fait qu'il était illettré, parlait très mal le français, avait 55 ans et présentait des séquelles physiques importantes, de sorte qu'un abattement de 25 % se justifiait, que ses douleurs étaient reconnues par les médecins et que, compte tenu des séquelles physiques, elles l'empêchaient d'exercer la moindre profession, qu'enfin une expertise orthopédique et psychologique se justifiait.

61. Le 6 octobre 2014, à la demande de la chambre de céans, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'était pas d'accord avec la conclusion par le CRR d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, aucune activité n'étant envisageable; elle n'était pas non plus d'accord avec l'estimation du Dr G\_\_\_\_\_, soit une pleine capacité de travail dans une activité légère; l'évolution était défavorable avec l'apparition d'un syndrome douloureux chronique, une adynamie totale ne répondant pas aux différents traitements antidépresseurs. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident.

62. Le 3 décembre 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr J\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et leur a fixé un délai pour faire valoir leurs observations.

63. Le 8 décembre 2014, l'assuré a approuvé la mission d'expertise.

64. Le 12 décembre 2014, la SUVA a approuvé la mission d'expertise en se réservant le droit de poser des questions à l'expert à réception du rapport de celui-ci.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en

vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à 19% et une IPAI supérieure à 15 % . Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

## **E. 7**

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

## **E. 8**

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

## **E. 9**

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

## **E. 10**

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

## **E. 11**

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point

de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du

#### **E. 15**

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

#### **E. 16**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

#### **E. 17**

En l'espèce, vu les avis très divergents, d'une part, de la CRR et du Dr G\_\_\_\_\_, d'autre part, de la Dresse D\_\_\_\_\_, quant à l'estimation de la capacité de travail exigible de la part du recourant, il convient d'ordonner une expertise judiciaire. Il sera également posé à l'expert des questions relativement aux critères jurisprudentiels du Tribunal fédéral permettant d'établir un lien de causalité adéquat entre des troubles psychiques, invoqués en l'espèce par le recourant, et l'accident, afin d'évaluer si une expertise psychiatrique est également nécessaire. Partant, une expertise rhumatologique sera confiée au docteur J\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : I. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr J\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :!

1. Prendre connaissance du dossier de la cause.!
2. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant), notamment les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.
3. Examiner le recourant.!
4. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :!

a) Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? b) Quelles sont les plaintes du recourant ? c) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre le recourant (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? d) Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? e) Le recourant suit-il un traitement adéquat ? f) Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ? g) Les atteintes à la santé sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 6 août 2010 ? h) 1) Compte tenu de vos diagnostics, le recourant pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si

oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? 2) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle possible ? Si oui, depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? 3) Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 4) En particulier, une activité de collaborateur de production employé d'horlogerie ou praticien en logistique (selon les DPT de la SUVA) est-elle exigible ? Si oui, depuis quelle date et à quel taux ? i) Quel est le pronostic ? j) Êtes-vous d'accord avec les rapports de la CRR des 29 novembre 2011 et 30 avril 2012 ? En particulier, avec les limitations fonctionnelles mentionnées et l'estimation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ? k) Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ du 27 août 2012 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles mentionnées et l'estimation d'une pleine capacité de travail dans une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles, ainsi qu'avec la fixation d'une IPAI de 15 % ? Si non, pourquoi ? l) Êtes-vous d'accord avec les avis la Dresse D\_\_\_\_\_ des 10 juin 2013 et 6 octobre 2014 ? En particulier, avec l'estimation d'une incapacité de travail totale depuis l'accident ? Si non, pourquoi ? m) 1) Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ? 2) Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ? 3) Le recourant a-t-il subi une administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ? n) Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? o) Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Alicia PERRONE La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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