



**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1972 et de nationalité péruvienne, travaillait pour le compte de B\_\_\_\_\_ Sàrl depuis le 10 décembre 2011 en qualité de peintre en bâtiment. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels auprès de la SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
2. Le 11 février 2013, alors qu'il était occupé, depuis un pont mobile, à effectuer des travaux de crépissage au quatrième étage dans une cage d'escaliers, l'assuré a fait une chute d'environ 2,3 mètres à 3 mètres. Il est tombé sur les marches de l'escalier, sur la tête dans un premier temps, puis sur la nuque, mais n'a pas perdu connaissance. Il est ensuite descendu au premier étage par ses propres moyens et a attendu l'arrivée de l'ambulance.
3. L'assuré a été emmené aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où il a, dans un premier temps, été surveillé au service des urgences avant d'être hospitalisé au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur (ci-après : service de chirurgie orthopédique) jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2013.

Selon le résumé du séjour au service des urgences, du 12 février 2013, et la lettre de sortie du service de chirurgie orthopédique, du 1<sup>er</sup> mars 2013, l'assuré avait chuté de 3 mètres, sans perte de connaissance ni amnésie circonstancielle, mais avec traumatisme crânien. Les diagnostics retenus étaient ceux de fracture des apophyses épineuses de C7, D1 et D2 avec atteintes des lames de C7, rupture du ligament supra-épineux de D1-D2 avec distraction des apophyses de D2-D3 et œdème du ligament inter-épineux entre C5 et D2, discrètes fractures-tassements des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8, dyskinésie post-traumatique de l'omoplate droite. A la sortie, la capacité de travail tout comme la capacité à la conduite automobile étaient nulles. Le traitement était le suivant : physiothérapie à sec et en piscine, antalgie médicamenteuse et port d'une minerve.

4. La suite de la prise en charge a été assurée par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, spécialisé en chirurgie de la colonne vertébrale à l'hôpital de la Tour. Selon son rapport intermédiaire du 14 avril 2013, le diagnostic était celui de fractures bénignes des C7, D1, D6 à D8 ainsi qu'une dyskinésie post-traumatique de l'épaule droite au niveau de l'omoplate. Le traitement actuel consistait en du reconditionnement musculaire.
5. Dans un rapport du 8 mai 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique des HUG, a rappelé les diagnostics évoqués dans la lettre de sortie et a précisé que l'incapacité de travail de l'assuré devait probablement durer trois mois.
6. Suite à des vertiges, un scanner cérébral a été effectué le 21 mai 2013 et s'est avéré normal.

7. L'IRM cérébrale effectuée le 27 mai 2013 pour les mêmes raisons était dans les limites de la norme, à l'exception d'un kyste arachnoïdien sous-tentorial, paramédian gauche banal qui a été découvert.
8. Lors de son premier entretien avec un représentant de la SUVA, l'assuré a expliqué présenter des vertiges, des pertes d'équilibre et des acouphènes depuis l'accident. Il avait mentionné ces atteintes lors de son séjour aux HUG mais aucun spécialiste n'était venu l'examiner. Ses vertiges s'étaient accentués lors d'une séance en piscine, au cours de laquelle de l'eau était entrée dans ses oreilles. En sortant, il avait des douleurs à l'oreille droite et des pertes d'équilibre plus importantes.
9. Dans son rapport intermédiaire du 21 juin 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a rappelé les diagnostics déjà évoqués par ses confrères. Il y a également précisé que les fractures étaient consolidées à trois mois d'évolution et que la minerve avait pu être enlevée. L'alignement de la colonne cervicale et thoracique haute était conservé. Il n'y avait pas de geste chirurgical à prévoir. Une dyskinésie de l'omoplate droite persistait toutefois, tout comme des contractures para-vertébrales et des vertiges. Par ailleurs, l'assuré était un migraineux connu. La capacité de travail était toujours nulle. De plus, un dommage permanent, sous la forme d'une arthrose post-traumatique des segments de la colonne concernée, ainsi que d'une atteinte vestibulaire, était prévisible.
10. Le 25 juin 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), invoquant quatre vertèbres fracturées.
11. Le 20 août 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a encore précisé que l'assuré n'était pas apte à reprendre une activité professionnelle telle que celle qu'il exerçait avant l'accident en raison des vertiges et des douleurs à l'épaule droite et à la nuque. Le médecin précité suggérait une formation afin que l'assuré puisse effectuer la part administrative de son métier (comptes, devis, etc.).

A la demande de la SUVA, l'assuré a été vu par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, lequel a relevé, dans son rapport du 16 septembre 2013, qu'il avait déjà examiné l'assuré durant l'automne 2010. Lors d'une séance de physiothérapie, en piscine, pour laquelle il avait enlevé, pour la première fois, sa minerve, il avait ressenti durant quelques secondes, un épisode vertigineux brusque, rotatoire. Ces vertiges avaient par la suite récidivé, devenant toutefois moins importants et fréquents. En outre, l'assuré souffrait d'acouphènes survenus dans les suites immédiates de l'accident. Après avoir procédé à un examen approfondi, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré que l'anamnèse de l'assuré était évocatrice d'un vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB). Globalement, le bilan oto-neurologique était normal, sans signe d'atteinte de l'appareil vestibulaire périphérique, à l'exception d'une légère hypovalence vestibulaire relative aux tests caloriques. La situation sur le plan des vertiges devait progressivement s'améliorer, notamment

grâce à la physiothérapie vestibulaire en cours. Les acouphènes s'expliquaient, quant à eux, par les traumatismes sonores subis par le passé. En annexe figuraient en effet :

- Un courrier du Dr F\_\_\_\_\_, du 8 octobre 2010, dont il ressort que l'assuré présentait, depuis quatre à cinq ans, une sensation d'instabilité aux mouvements, des sensations de tangage et de déviation prédominante à gauche, une augmentation de la fréquence des céphalées ainsi que des accès vertigineux très brefs, sans facteur déclenchant. L'assuré présentait également une baisse de l'acuité visuelle à gauche, laquelle aurait été attribuée à un traumatisme cranio-cérébral avec hématome intra-crânien selon l'assuré, subi au Brésil une vingtaine d'années plus tôt. C'était également suite à cet événement qu'étaient apparus les troubles de l'équilibre et les céphalées récurrentes. L'IRM pratiquée à la demande du Dr G\_\_\_\_\_ avait mis en évidence un important kyste arachnoïdien de la fosse postérieure. Se posait dès lors la question de savoir si cette atteinte était symptomatique de par sa taille, en engendrant des troubles compressifs à la jonction médullaire. Enfin, l'imagerie révélait une importante boucle vasculaire, en contact avec le paquet acoustico-facial du conduit auditif interne du côté droit, lequel était sujet à controverses. Si le tableau était certes atypique, un trouble de la fonction vestibulaire périphérique pouvait être exclu. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait adressé l'assuré à Monsieur H\_\_\_\_\_, physiothérapeute.
  - Un courrier de la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, daté du 29 novembre 2010, dont il ressort que l'assuré souffrait de céphalées chroniques rétro-orbitaires gauches, pulsatiles, accompagnées d'une phono-photo-phobie ainsi que parfois de nausées. L'intensité n'était pas très forte mais les céphalées étaient quasi-quotidiennes et évoquaient des migraines chroniques. Dans ces circonstances, un traitement médicamenteux de fond se justifiait. Il n'était pas impossible que les vertiges soient en relation avec les migraines. L'existence d'un kyste sous-arachnoïdien de la fosse cérébelleuse gauche était relativement fréquente et il ne semblait pas que cette atteinte soit en relation avec la symptomatologie évoquée.
12. Suite à des vertiges rotatoires, le Dr F\_\_\_\_\_ a revu l'assuré en consultation le 27 septembre 2013. L'examen clinique avait mis en évidence la présence d'une canalolithiase du canal semi-circulaire horizontal gauche, sous forme géotrope. La manœuvre libératrice de Lempert avait été enseignée à l'assuré, afin qu'il puisse la pratiquer lui-même.
13. Selon le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2013, les vertiges aigus rotatoires précités avaient disparu en quelques jours mais il persistait encore quelques petits décalages, lors des mouvements rapides de la tête. L'examen clinique avait conclu à une résolution de la canalolithiase. Le médecin précité reverrait l'assuré en cas de suspicion de récurrence.

14. Le 15 octobre 2013, l'assuré a été examiné par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport établi le 21 octobre 2013, les fractures des épineuses étaient consolidées mais l'assuré ressentait encore des douleurs para-scapulaires, la mobilité de l'épaule droite étant toutefois complète. En mai et septembre, l'assuré avait présenté des épisodes de vertiges rotatoires en rapport avec une canalolithiase bien améliorée après les manœuvres adéquates. Dans ces circonstances, il pouvait reprendre, dès le 21 octobre 2013, une activité professionnelle à 50% dans son emploi antérieur, toutefois sans montées sur des échelles ou des échafaudages.
15. Le même jour, l'assuré a expliqué au représentant de la SUVA que l'accident dont il avait été victime en 1990 et suite auquel il avait été blessé à la tête ne lui avait laissé aucune séquelle et notamment pas de problèmes de vertiges.
16. Le 21 octobre 2013, l'assuré a repris son activité professionnelle à 50%. Après une semaine de travail, il a présenté une récurrence de douleurs paravertébrales, prenant le trapèze et prédominant à droite de la nuque.
17. Le 28 octobre 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a marqué son accord avec une reprise progressive du travail.
18. A teneur des notes manuscrites du 30 octobre 2013 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, l'assuré souffrait de plusieurs dysfonctions vertébrales, pour lesquelles trois séances de thérapies manuelles étaient prévues.
19. Après avoir pris connaissance de l'avis précité du Dr F\_\_\_\_\_, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré, en date du 31 octobre 2013, que l'assuré pouvait reprendre une activité à 100% dès le 18 novembre 2013.
20. En raison de ses douleurs, qui l'empêchaient même de dormir, l'assuré a interrompu son travail et le Dr E\_\_\_\_\_ lui a délivré un certificat d'arrêt de travail à 100% jusqu'au 15 novembre 2013.
21. Par courrier du 4 novembre 2013, la SUVA a informé l'assuré que compte tenu de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle lui allouerait les indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 50 % jusqu'au 17 novembre 2013. A compter du 18 novembre 2013, il était considéré comme étant apte au travail à 100%.
22. Le 5 novembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a sollicité l'ouverture d'une procédure de reconversion professionnelle, dans une activité n'impliquant pas le port de charges, telle qu'une activité de chauffeur de bus ou de livreur.
23. Par courrier du 25 novembre 2013, la SUVA est revenue sur sa position et a accepté de prendre en charge l'incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 15 novembre 2013 conformément au certificat établi par le Dr E\_\_\_\_\_ le 5 novembre 2013.

24. A la demande du Dr J\_\_\_\_\_, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 5 février au 5 mars 2014. Selon le rapport du 7 mars 2014, les diagnostics étaient ceux de fractures des apophyses épineuses C7, D1, D2 avec atteinte de la lame de C7, ruptures des ligaments supra-épineux de D1 et D2 avec distraction des apophyses de D2 et D3, discrète fracture-tassement des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8 ainsi que des troubles dégénératifs du rachis. A titre d'antécédents, les médecins de la CRR ont évoqué une canalolithiase du canal semi-circulaire horizontal gauche, en mai et septembre 2013, ainsi qu'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) il y a vingt ans (avec probable hématome intracrânien).

Il ressort du rapport précité qu'à l'entrée, l'assuré se plaignait de cervicalgies permanentes, prédominant à gauche, cotées à 3/10 et à 7-8/10 selon la sollicitation de la musculature para-vertébrale cervicale et péri-scapulaire (positions statiques prolongées ou positions avec les membres supérieurs à niveau d'établi pour porter des charges ou faire des mouvements répétitifs, positions en hauteur). Il y avait des douleurs nocturnes en cas de sollicitation plus importante de la ceinture scapulaire durant la journée précédente. Le repos en décubitus dorsal avec utilisation du coussin adapté soulageait. Le sommeil n'était que peu perturbé. A cela s'ajoutaient quelques sensations vertigineuses à la mobilisation rapide et répétitive de la tête et en l'absence de repère visuel, en particulier dans l'obscurité. Le moral était bon.

L'IRM de la colonne, pratiquée le 27 février 2014, mettait en évidence des discopathies C4-C5 et C5-C6, les séquelles, sans œdème, de discrètes fractures tassements du plateau supérieur de D6, D7 et D8, sans recul du mur postérieur, une discopathie L5-S1 avec fissuration de l'anneau fibreux. Aucune hernie discale n'était décelée. En revanche, de légères altérations dégénératives étagées étaient encore visibles à l'étage dorsal.

S'agissant du syndrome vertigineux, à type de tangage, il avait été évalué par une posturographie. L'assuré bénéficiait de physiothérapie vestibulaire et des exercices à réaliser à domicile lui avaient été enseignés. En fin de séjour, les troubles étaient toujours présents lorsqu'il s'allongeait sur le dos, se tournait couché vers la droite et lorsqu'il réalisait une extension de la nuque en position debout. Une composante proprioceptive aux troubles était ainsi vraisemblable.

A titre de limitations fonctionnelles, les médecins de la CRR ont retenu les suivantes : pas de port de charge au sol de plus de 15 kg, en lever horizontal de plus de 22,5 kg, pas de port de charge taille-tête de plus 12,5 kg, pas de port de charges de plus de 15 kg de chaque côté, ne pas pousser ou tirer des objets très lourds, éviter l'extension prolongée de la nuque et les activités impliquant des rotations-extensions répétitives de la nuque, pas de maintien prolongé des bras au-dessus du niveau des épaules.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les anomalies objectives constatées durant le séjour.

La situation n'était théoriquement pas stabilisée du point de vue médical, une stabilisation devant intervenir trois mois plus tard. L'incapacité de travail était totale et définitive dans l'activité de peintre non qualifié. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ci-dessus semblait favorable.

25. En raison de la persistance de symptômes vertigineux, l'assuré a une nouvelle fois été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_. Selon un rapport du 7 mai 2014, une lente amélioration de la symptomatologie assez polymorphe, sans signe d'atteinte vestibulaire spécifique, avait été constatée. En raison de mouvements saccadés, répétés, « en bouffées » des yeux, un avis neuro-ophtalmologique était conseillé par ce médecin. La symptomatologie pouvait évoquer des migraines.
26. Par projet de décision du 3 juin 2014, confirmé le 21 octobre 2014, l'OAI a refusé le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, considérant que l'assuré était capable de travailler dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, compte tenu d'une perte de gain de 4%, déterminée selon les statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.

Sur recours, la chambre de céans a annulé la décision précitée du 21 octobre 2014, en tant qu'elle niait tout droit à une rente d'invalidité et a reconnu à l'assuré une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2014. En effet, selon les pièces du dossier, l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité du 11 février 2013 au 30 juin 2014. Toutefois, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014, une activité adaptée était exigible et le degré d'invalidité, après comparaison des revenus, s'élevait à 2,77%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations (ATAS/387/2016 du 17 mai 2016).

27. Comme préconisé par le Dr F\_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné par le professeur L\_\_\_\_\_, alors médecin-adjoint en neuro-ophtalmologie auprès de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin à Lausanne. Après avoir procédé à des examens, le médecin précité a considéré, dans son rapport du 17 juillet 2014, que l'assuré présentait des symptômes découlant de la dysfonction vestibulaire ainsi qu'un nystagmus battant dans la direction du regard dans les regards extrêmes gauche et droit, non épuisable, qui pourrait être séquellaire d'une vestibulopathie ou d'un traumatisme. Les plantes visuelles (oscillopsies horizontales) étaient à mettre en rapport avec la présence de multiples ondes carrées interrompant la fixation et résultant d'une dysfonction de la région ponto-cérébelleuse. Il s'agissait donc vraisemblablement d'une séquelle du traumatisme du 11 février 2013, pour laquelle il n'y avait pas de traitement. L'activité de peintre en bâtiment et tout travail sur chantier étaient contre-indiqués en raison des troubles de l'équilibre. Quant au travail de précision, lequel nécessitait une excellente stabilité de la vision, il était évidemment contre-indiqué compte tenu des ondes carrées. Un travail de bureau semblait être le plus adéquat.

- 
28. L'assuré a également été adressé à la Dresse I\_\_\_\_\_, laquelle a relevé, dans son rapport du 26 octobre 2014, que l'évolution concernant l'instabilité était satisfaisante, grâce à la physiothérapie vestibulaire. Il persistait encore une certaine instabilité lors des mouvements brusques de la tête, lors des rotations rapides et durant la nuit. L'évolution relative aux cervicalgies était également satisfaisante, avec des douleurs persistantes mais que l'assuré avait appris à gérer, évitant le port de charges et certains mouvements. L'assuré était surtout dérangé par l'oscillation de la vision. La Dresse I\_\_\_\_\_ partageait l'avis du Prof. L\_\_\_\_\_, à savoir qu'il s'agissait probablement d'une atteinte de la région ponto-cérébelleuse, très vraisemblablement post-traumatique bien que non mise en évidence sur l'IRM cérébrale (atteinte trop petite selon toute probabilité), étant rappelé que l'assuré avait décrit un impact occipital. Les symptômes étaient concordants avec la mise en évidence des ondes carrées interrompant régulièrement la fixation. La neurologue précitée suggérait à l'assuré de bénéficier d'une évaluation d'ergothérapie spécialisée dans les troubles visuels afin de rechercher quels moyens auxiliaires pouvaient être mis en œuvre pour pallier ce déficit. Sur le plan professionnel, les troubles visuels posaient des problèmes dans tout travail nécessitant une fixation visuelle dépassant quelques minutes. S'agissant plus précisément de l'activité de travail de bureau évoquée par le Prof. L\_\_\_\_\_, elle ne devait pas contenir d'effort visuel soutenu, notamment pas de lecture régulière de texte. Outre les limitations retenues par la SUVA, l'activité adaptée ne devait pas non plus impliquer des efforts de concentration visuelle. Ainsi, l'assuré ne pouvait pas conduire de manière professionnelle, travailler de nuit ou lorsque la lumière était trop vive.
29. A la demande de l'assuré, l'Association pour le bien des aveugles et malvoyants de Genève, sous la plume de Madame M\_\_\_\_\_, ergothérapeute spécialisée en basse vision, a établi un rapport d'évaluation basse-vision en date du 17 novembre 2014. Il en ressort notamment que ce qui dérangeait le plus l'assuré était la sensation permanente d'un mouvement visuel horizontal, le gênant pour toute activité impliquant la vision de précision, telle que la lecture ou le découpage d'aliments en tranches fines. Ce problème engendrait rapidement des maux de tête frontaux. Malgré la bonne acuité visuelle, la lecture était lente et saccadée. Même en agrandissant les caractères, la rapidité de lecture n'augmentait pas de manière considérable. Par ailleurs, l'endurance à la lecture était très diminuée par les maux de tête frontaux intervenant immédiatement. Même dans des conditions de lecture idéales (caractères, luminosité et contrastes), le mal de tête apparaissait, ce qui l'obligeait à s'arrêter après dix à trente minutes de lecture. A l'écran, l'assuré rencontrait une fatigue visuelle identique. Il n'avait pas besoin d'un éclairage plus soutenu que la norme mais de plus de sources de lumières en éclairage indirect, voire avec variateur, cachant la source lumineuse. La démarche de réadaptation se résumait essentiellement par l'apprentissage de la dactylographie à dix doigts pour une maîtrise du clavier d'ordinateur sans devoir regarder, la recherche de verres filtrants pour réduire l'éblouissement le plus possible et des essais de systèmes de

lecture. Dans ces circonstances, une réorientation professionnelle, avec possibilité d'effectuer des mises en situation devait être réalisée.

30. Le 8 janvier 2015, la société Opticpicto – consultations en basse vision, sous la plume de Madame N\_\_\_\_\_, opticienne diplômée, spécialisée en basse vision et diagnosticienne Irlen, a effectué un rapport d'évaluation Irlen, méthode permettant d'adapter des filtres sur mesure, de manière personnelle. Cette méthode était particulièrement appropriée en cas de troubles visuels secondaires à des traumatismes crâniens, lesquels pouvaient provoquer le développement d'un éblouissement particulier – l'éblouissement sélectif –, contre lequel les filtres traditionnels n'apportaient pas de solution satisfaisante. Les troubles visuels se manifestaient de la manière suivante pour l'assuré : augmentation des sensations de mouvements à la fixation, intolérance aux espaces blancs, à la luminosité des écrans, sensation d'effacement des lettres noires, comme diluées par le blanc de la page, stress visuel permanent, tensions importantes et fatigue visuelle extrême. Avec une teinte adéquate, l'éblouissement était diminué et la fixation facilitée. Par conséquent, la réalisation de verres correcteurs (n'augmentant toutefois pas l'acuité visuelle) et teints sur mesure Irlen devait permettre à l'assuré d'améliorer son confort visuel au quotidien et très probablement de diminuer les maux de tête.
31. Le dossier de l'assuré a été soumis au docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin-conseil de la SUVA, pour une appréciation neurologique. Selon son rapport du 26 mars 2015, l'assuré présentait les trois catégories de troubles suivantes :
- Les troubles de la fixation du regard à la lecture correspondaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la perception subjective des ondes carrées, lesquelles consistaient en des petites saccades involontaires interrompant la fixation. Selon la littérature médicale, de telles ondes n'étaient pas pathognomoniques d'une affection en particulier, et trouvaient leur origine dans la région du cervelet ou du tronc cérébral ou dans le cadre de maladies neurodégénératives ou, chez les personnes en bonne santé, en raison de l'âge. Pour le Dr O\_\_\_\_\_, les troubles relevés chez l'assuré sous forme d'ondes carrées n'étaient pas consécutifs à un accident, dès lors qu'il était déjà symptomatique trois ans avant l'événement et qu'aucune lésion structurelle de l'angle ponto-cérébelleux n'avait été mise en évidence. Un lien entre le kyste arachnoïdien de la fosse postérieure et les troubles de l'assuré n'était pas non plus établi au degré de la vraisemblance prépondérante.
  - L'assuré avait également souffert de vertiges paroxystiques positionnels bénins (VPPB) du canal semi-circulaire horizontal gauche en mai et septembre 2013. Par la suite, cette forme de vertige avait toutefois régressé et les symptômes vertigineux n'étaient désormais plus provoqués par des manœuvres de positionnement appropriées.

- Le Dr O\_\_\_\_\_ ne pouvait se prononcer, de manière concluante et d'un point de vue neurologique, sur les troubles vertigineux diffus de l'assuré. Il ressortait toutefois du dossier que ce dernier présentait déjà, en 2010, un état antérieur sans lien avec l'événement accidentel, sous la forme d'une hypoexcitabilité calorique.

Fort de ces constatations, le Dr O\_\_\_\_\_ est arrivé à la conclusion que d'un point de vue neurologique, les vertiges encore présents chez l'assuré n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'événement accidentel mais étaient consécutifs à un état antérieur. Par conséquent, du point de vue neurologique, le cas était stabilisé s'agissant des troubles mentionnés précédemment. Le Dr O\_\_\_\_\_ suggérait toutefois à la SUVA de soumettre le dossier de l'assuré à son service ORL afin de définir un profil d'exigibilité.

32. Comme préconisé par le Dr O\_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné par la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie. Il ressort du rapport du 20 juillet 2014 que l'assuré avait indiqué au médecin souffrir de vertiges oscillatoires depuis 2010. La physiothérapie avait permis de soulager les symptômes mais il ne s'était encore jamais senti complètement en équilibre. A l'époque, il avait pu travailler normalement. Il n'était pas sujet à des vertiges. Sa vision était normale et il n'avait jamais souffert de diplopie ou d'éblouissements devant les yeux. Après l'accident de février 2013, des vertiges importants étaient apparus. Le Dr F\_\_\_\_\_ lui avait montré la manœuvre libératoire. Deux jours plus tard, les vertiges étaient réapparus avec une forte intensité. Lors de l'examen, l'assuré ressentait des crises de vertiges d'une durée de une à deux secondes. Tout rentrait dans l'ordre après trois à quatre minutes. En revanche, en cas de va-et-vient des yeux, les vertiges étaient permanents. Après les épisodes de vertiges aigus, il ressentait fréquemment des céphalées dans la région du front, avec une difficulté à pencher la tête en avant et à loger la tête dans la nuque, car cela provoquait une sensation de chute. Il ne pouvait se pencher sans ressentir des vertiges. Par ailleurs, lorsqu'il était au calme, l'assuré entendait en permanence des acouphènes, sous la forme de sons de cloche. Lesdits acouphènes, uniquement signalés du côté gauche, l'empêchaient parfois de s'endormir mais ils ne le réveillaient pas. Subjectivement, il ressentait également une déficience auditive du côté gauche. Il entendait correctement du côté droit. L'odorat et le goût n'étaient pas altérés.

Après avoir procédé à des examens cliniques, la Dresse P\_\_\_\_\_ a considéré que l'examen oto-neurologique avait donné des résultats globalement normaux, à l'exception de l'hyposensibilité thermique du côté gauche, bien compensée au niveau central. En l'absence de résultats pathologiques structurels organiques – à l'exception de l'hyposensibilité calorique du côté gauche -, l'examen oto-neurologique permettait de supposer que la fonction vestibulaire périphérique et centrale était normale. L'hyposensibilité calorique du système vestibulaire du côté gauche était entièrement compensée au niveau central. Par conséquent, les problèmes d'équilibre et de vertiges revendiqués n'étaient pas imputables au degré

---

de la vraisemblance prépondérante à l'accident du 11 février 2013 et ils n'étaient pas décelables sur le plan organique. En outre, aucun trouble auditif d'origine accidentelle n'était relevé et l'acuité auditive des deux oreilles était quasiment normale au vu de l'âge de l'assuré. Par ailleurs, aucun corrélat organique d'origine accidentelle ne pouvait expliquer les acouphènes mentionnés par l'assuré. Aucune mesure thérapeutique n'était susceptible d'entraîner une amélioration de l'état de santé de l'assuré et les médicaments antivertigineux et la physiothérapie vestibulaire n'étaient plus indiqués. L'état de santé était stable du point de vue oto-neurologique. Du point de vue ORL, l'activité habituelle était exigible au taux habituel dans la mesure où elle était exercée au sol. Il en allait de même des travaux sur des échafaudages sécurisés. Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était due.

33. Le 3 août 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré que les seules suites organiques de l'accident, à savoir la fracture des épineuses C6-C7 et d'une lame de D7, justifiaient encore la prise en charge d'une consultation médicale de suivi par année, un traitement antalgique banal de type Paracétamol ainsi que d'une série de séances de physiothérapie par année.
34. Le 1<sup>er</sup> septembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a encore précisé qu'il n'existait aucun droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les seuls troubles en lien avec l'accident.
35. Dans un document interne du 1<sup>er</sup> septembre 2015, la SUVA a recensé, en Suisse romande, 196 postes compatibles avec les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 42'000.-, CHF 72'800.- et respectivement à CHF 54'972.-. Parmi eux, l'assureur a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré soit ceux de collaborateur de production (trois postes différents), conducteur de machine d'emballage et d'aide-mécanicien. En 2013, le revenu moyen tiré de ces cinq activités précitées était de CHF 52'840,55 (13<sup>e</sup> y compris) par année soit CHF 4'403,40 par mois (CHF 52'840,55 / 12 mois).
36. Compte tenu des conclusions de ses médecins-conseils quant à l'absence de lien de causalité entre les vertiges, les troubles ORL et ophtalmologiques et l'accident assuré, la SUVA a considéré, dans une décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015, que c'était à tort qu'elle avait pris en charge les frais liés à ces atteintes. A titre exceptionnel, l'assurance précitée renonçait toutefois au remboursement des prestations indûment versées.
37. Par communication du 1<sup>er</sup> septembre 2015 également, la SUVA a informé l'assuré qu'elle suspendait le versement des prestations pour frais de traitement dès lors qu'à teneur de l'appréciation médicale, la poursuite du traitement n'apporterait aucune amélioration significative à l'état de santé consécutif à l'accident. Cela étant, l'assurance précitée continuerait prendre en charge les coûts relatifs à une consultation médicale par année, un traitement antalgique banal (Paracétamol) et

une série de neuf séances de physiothérapie par année. Enfin, l'indemnité journalière allait encore être versée jusqu'au 31 octobre 2015. Par ailleurs, les conditions des autres prestations allaient être examinées.

38. Sous la plume de son conseil, l'assuré a formé opposition à la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015 par courrier du 21 septembre 2015. Il l'a complétée le 26 octobre 2015. A l'appui de son opposition, l'assuré a essentiellement contesté l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_, relevant que celui-ci concluait à l'absence de lien de causalité en raison du fait qu'il présentait déjà de tels troubles avant son accident, ramenant toute son analyse à cet antécédent. Son rapport n'était en outre pas complet dès lors qu'il n'avait pas pris en considération les rapports des deux derniers intervenants. Quant au rapport ORL de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 6 juin 2015 (recte : 20 juillet 2015), il ne pouvait être pris en considération. D'une part, il se fondait sur le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ et d'autre part, il ne portait pas sur les troubles ophtalmologiques. S'il avait certes pu manifester de tels symptômes par le passé, il était évident que ceux-ci avaient été aggravés par l'accident. S'agissant du Dr F\_\_\_\_\_, il avait déjà été amené à examiner l'assuré par le passé et avait transmis des informations recueillies lors d'un précédent mandat thérapeutique sans que le secret médical n'ait été levé. Au vu de ce qui précédait, il y avait lieu d'admettre que c'était à tort que la SUVA avait suspendu les prestations dues en lien avec les vertiges et les troubles ORL et ophtalmologiques. L'assuré concluait, dès lors, à l'annulation de la décision attaquée et à la poursuite des prestations en lien avec les vertiges, les troubles ORL et ophtalmologiques.
39. Par décision du 18 novembre 2015, la SUVA a nié le droit à une rente d'invalidité, considérant qu'il n'y avait pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident, l'assuré étant notamment encore à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition de ne pas trop mettre à contribution son dos. En outre, dans la mesure où il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité, aucune indemnité n'était due pour ce motif.
40. Le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_-du 26 octobre 2014, le rapport d'évaluation de l'association pour le bien des aveugles et malvoyants du 17 novembre 2014, les appréciations du Dr J\_\_\_\_\_ des 15 avril et 3 août 2015 et le rapport de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 22 juin 2015 ont été soumis au Dr O\_\_\_\_\_ qui a persisté dans ses précédentes conclusions, dans une appréciation complémentaire du 18 décembre 2015. Il a toutefois considéré que l'assuré n'était pas atteint dans sa santé, de manière latente ou manifeste, avant l'accident assuré.
41. Le 4 janvier 2016, sous la plume de son conseil, l'assuré a formé opposition à la décision du 18 novembre 2015, relevant qu'il appartenait à la SUVA de statuer, dans un premier temps, sur l'opposition du 21 septembre 2015 avant de se prononcer sur les questions de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Partant, la décision du 18 novembre 2015 devait déjà être annulée pour ce motif. En outre, cette décision se basait sur les DPT, sans toutefois remplir toutes les conditions de la jurisprudence (production de cinq DPT, communication du

nombre total de postes pouvant entrer en considération, indication du salaire le plus haut, le plus bas ainsi que du salaire médian). Enfin, dans son appréciation du 1<sup>er</sup> septembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ ne justifiait sa position par aucun argument médical.

42. Le 19 janvier 2016, le médecin précité a procédé à une nouvelle appréciation, notamment au vu des dernières pièces au dossier. Il en ressort que si l'assuré avait présenté un traumatisme au niveau du rachis cervical avec des fractures des épineuses de C7-D1 et D2 ainsi qu'une atteinte de la lame de C7, celles-ci s'étaient consolidées dans les délais habituels. Seules des douleurs para-scapulaires persistaient, la mobilité des épaules étant complète. Par conséquent, pour les seules suites somatiques de l'événement assuré, il n'y avait pas d'indication à l'attribution d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par ailleurs, compte tenu du type de lésion, il n'y avait pas d'aggravation prévisible.
43. Par courrier du 3 février 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle entendait joindre les deux causes. Les troubles faisant l'objet de la décision du 18 novembre 2015 devaient être écartés, ceux-ci n'étant pas liés, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une lésion traumatique physique structurelle. Même si lesdits troubles devaient être en lien avec une symptomatologie typique d'un traumatisme crânien simple, un lien de causalité adéquate devrait de toute manière être nié. Pour le reste, le refus de rente et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être confirmé. Par ailleurs, la SUVA transmettait un CD-Rom avec le dossier, contenant notamment le résultat de la recherche DPT et l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2016. Un délai était imparti à l'assuré pour faire part de sa détermination quant au sort de ses oppositions au vu des considérations qui précédaient.
44. Sous la plume de son conseil, l'assuré a maintenu ses oppositions par courrier du 18 mars 2016, relevant notamment que certaines des DPT et notamment les activités d'« ouvrière emballage couleur » (3h à 5h15 par jour de maniement d'objets légers / à motricité fine) et « monteuse en appareil » (5h30 à 8h00 par jour de maniement d'objets légers / à motricité fine), n'étaient pas compatibles avec l'une des limitations fonctionnelles retenues par Madame M\_\_\_\_\_, à savoir que la vision de précision était impossible.
45. Par décision sur oppositions du 23 mars 2016, la SUVA a écarté les oppositions des 21 septembre 2015 et 4 janvier 2016, dirigées contre les décisions du 1<sup>er</sup> septembre, respectivement 18 novembre 2015. A l'appui de sa position, l'assureur a notamment considéré que les rapports du Dr O\_\_\_\_\_ des 26 mars et 18 décembre 2015 et celui de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 22 juin 2015 étaient concluants, vierges de contradictions intrinsèques et ne laissaient subsister aucun indice contre leur bien-fondé. Les critiques de l'assuré ne suffisaient ainsi pas pour faire planer un doute sur ces conclusions. Dans la mesure où la symptomatologie n'était pas liée au degré de la vraisemblance prépondérante à une lésion traumatique physique structurelle, seule subsistait la question de savoir si elle pouvait être rapportée à un traumatisme

---

crânien en lien avec l'accident assuré. Cette question pouvait toutefois rester ouverte dès lors que la causalité adéquate devait quoi qu'il en soit être niée en l'absence de suffisamment de critères. S'agissant des séquelles somatiques, ni l'opposition ni le dossier ne fournissaient des rapports médicaux susceptibles de laisser planer un doute sur les conclusions de la CRR consignées dans son rapport du 7 mars 2014. Par ailleurs, sur le plan économique, la comparaison des revenus (CHF 46'384.- sans invalidité et CHF 53'400.- selon les DPT) ne concluait pas à une perte de gain. Au demeurant, la question du handicap visuel n'entraînait pas en considération dans les séquelles de l'accident. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni le dossier ni l'opposition n'apportaient d'avis médicalement motivé susceptible de jeter un doute sur les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_.

46. Le 3 mai 2016, sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur oppositions du 23 mars 2016, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à son audition ainsi qu'à celle de témoins et à la réalisation d'une expertise médicale s'agissant des troubles visuels et, principalement, à l'annulation de la décision sur oppositions querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A l'appui de ses conclusions, il a notamment relevé que l'existence d'ondes carrées était incontestée. Or, selon plusieurs médecins, dont un spécialiste en ophtalmologie, lesdites ondes étaient vraisemblablement liées à l'accident assuré. La SUVA (ci-après : l'intimée) ne pouvait dès lors s'écarter de l'appréciation du Prof. L\_\_\_\_\_ et de celle de la Dresse Q\_\_\_\_\_ au profit de l'avis d'un médecin non spécialisé dans la vision. Par ailleurs, suite à l'accident assuré, il souffrait de vertiges et de troubles auditifs, qui l'empêchaient de travailler, de sorte qu'il devait être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. Enfin, son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'avait été examiné que de manière sommaire, suite à l'exclusion du droit aux prestations. Son droit à une telle indemnité devait ainsi faire l'objet d'une instruction complète.
47. L'intimée a répondu en date du 7 juin 2016, concluant au rejet du recours, relevant que le Prof. L\_\_\_\_\_ et la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'avaient pas retenu de substrat somatique à ces symptômes, excluant au contraire le caractère objectivable de l'atteinte de la région ponto-cérébelleuse suspectée d'être à l'origine de ceux-ci. Or, l'intimée ne voyait pas quels critères jurisprudentiels étaient réunis pour retenir un lien de causalité adéquate. Par ailleurs, dans la mesure où les appréciations des médecins précités ne contenaient aucune anamnèse, elles n'étaient pas susceptibles de jeter le doute sur les conclusions du médecin-conseil. Il y avait d'autant moins de raisons de retenir un lien de causalité que la Dresse P\_\_\_\_\_ n'avait pas pu constater, lors de son examen, le 9 juin 2015, la symptomatologie rapportée par le Prof. L\_\_\_\_\_. S'agissant de l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ relative à l'atteinte à l'intégrité, si elle était certes succincte, il n'en demeurait pas moins qu'elle procédait d'un examen complet.

48. Par réplique du 15 août 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions, relevant qu'un élément déclencheur entre 2010 et 2014, vraisemblablement l'accident assuré, avait provoqué la présence d'ondes carrées, comme cela ressortait d'un avis du Prof. L\_\_\_\_\_ du 20 mai 2016 joint à la réplique. Cette question devait ainsi faire l'objet d'une instruction complémentaire. L'avis du médecin précité, lequel considérait qu'une lésion neurologique au niveau du tronc cérébral pouvait provoquer la présence des ondes carrées, mettait ainsi à mal la thèse de la Dresse Q\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, il y avait lieu de retenir le lien de causalité et, subsidiairement, de procéder à une instruction complémentaire. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ n'était pas complète dès lors qu'elle ne portait que sur les troubles cervicaux, à l'exclusion des troubles de la vision. Partant, une instruction complémentaire devait également être effectuée.

En annexe figurait l'appréciation du Prof. L\_\_\_\_\_ du 20 mai 2016, dont il ressort que pour ce médecin, c'était sur une simple impression que le Dr O\_\_\_\_\_ était arrivé à la conclusion que le recourant présentait des ondes carrées en 2010 déjà, dès lors que le dossier ne contenait aucun élément dans ce sens. Le fait que le Dr F\_\_\_\_\_ ait mis en évidence des mouvements oculaires anormaux spontanés en mai 2014 alors qu'il n'avait rien relevé de similaire en 2010 était assez suggestif d'un événement déclencheur entre 2010 et 2014, tel que le traumatisme de 2013, se manifestant par ces anomalies de la fixation. Quant à la Dresse P\_\_\_\_\_, elle avait objectivé, par vidéonystagmographie, des ondes carrées interrompant la fixation. Avec raison, elle considérait que les ondes carrées n'étaient pas imputables à une lésion vestibulaire. Cependant, un tel trouble pouvait se rencontrer en cas de lésion neurologique au niveau du tronc cérébral. En conclusion, le Prof. L\_\_\_\_\_ relevait que le recourant présentait des ondes carrées, lesquelles n'étaient visiblement pas présentes en 2010. Il y avait ainsi eu un événement entre 2010 et 2014 ayant provoqué la survenue de ces ondes carrées. S'il était impossible pour le médecin précité d'être plus précis, il considérait tout de même que le traumatisme aurait pu résulter en une dysfonction du tronc cérébral ayant pu se manifester d'abord par des anomalies oculomotrices (opsoclonus/flutter oculaire), s'améliorant par la suite et ne laissant que des ondes carrées. Un nouvel examen était nécessaire pour juger de l'évolution de ces ondes carrées.

49. L'intimée a déposé sa duplique en date du 2 septembre 2016 et a également persisté dans ses conclusions, à l'appui desquelles elle a encore relevé que le Prof. L\_\_\_\_\_ avait évoqué la possibilité d'un lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles de la vision. Or, une simple hypothèse n'était pas suffisante pour conclure au degré de la vraisemblance prépondérante au caractère accidentel des troubles en cause. Dans ces circonstances, l'appréciation du Prof. L\_\_\_\_\_ n'apparaissait pas de nature à jeter le doute sur les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_, lequel n'excluait pas l'existence d'un lien de causalité, mais considérait qu'un tel lien n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. L'intimée ne voyait pas non plus pour

quelle raison un examen complémentaire sous la forme d'un examen ORL devait être ordonné, dès lors qu'il ne s'agirait alors que de déterminer si des ondes carrées persistaient encore. Les troubles visuels n'étant pas à la charge de l'intimée, un tel examen était sans pertinence pour l'issue du présent litige.

50. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Les 1<sup>er</sup> septembre et 18 novembre 2015, l'intimé a rendu deux décisions, confirmées sur opposition le 23 mars 2016. La première porte sur le refus de prise en charge des vertiges et troubles ORL et ophtalmologiques, ceux-ci n'étant pas en lien de causalité avec l'accident assuré. Quant à la seconde décision, elle concerne le droit à une rente d'invalidité et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, lesquels ont été niés en raison de l'absence de perte de gain et d'atteinte dues aux seuls troubles somatiques (troubles cervicaux). Dans son recours du 3 mai 2016, l'assuré conteste en réalité essentiellement la première décision, à savoir le refus de prendre en charge les vertiges et troubles ORL et ophtalmologiques faute de lien de causalité. En effet, le recourant conclut à la réalisation d'une expertise portant sur les troubles visuels et, cela fait, à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison de ces troubles et des vertiges. Il conteste également l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, considérant, d'une part, que le Dr J\_\_\_\_\_ ne justifie aucunement son appréciation et d'autre part, que les troubles visuels et les vertiges auraient dû être pris en considération. Il ressort ainsi de ce qui précède que le recourant ne conteste pas l'appréciation de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dues aux seuls troubles somatiques.

---

Le litige porte ainsi, d'une part, sur l'existence d'un lien de causalité entre les vertiges et les troubles ORL et ophtalmologiques et, d'autre part, sur les prestations dues (rente d'invalidité en raison des troubles visuels et des vertiges et indemnité pour atteinte à l'intégrité due pour l'ensemble des troubles [somatiques et visuels ainsi que les vertiges]).

5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

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).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul 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. 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 (raisonnement *«post hoc, ergo propter hoc»*; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

A noter que selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indécidée dans la mesure

---

où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 ; 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5). Il en va à l'évidence de même en cas de symptômes non objectivables du point de vue organique.

c/aa. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En d'autres termes, en cas d'atteinte objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). A noter qu'on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). A noter qu'en cas de traumatisme cranio-cérébral, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C\_270/2011 du 26 juillet 2011 consid. 2.1 et les références citées). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de coup du lapin ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de

troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_310/2011 consid. 3).

c/bb. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-

même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

D'après la casuistique, les chutes d'une hauteur comprise entre deux (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 410/00 du 14 février 2002 consid. 2c) et environ quatre mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_316/2009) font partie des accidents de

---

gravité moyenne *stricto sensu* (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3). Par contre, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les références).

6. En l'espèce, le recourant considère que les vertiges, troubles ORL et ophtalmologiques dont il souffre sont en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré et conclut à une instruction complémentaire sur ce point.

a. En premier lieu, il convient d'examiner si le recourant souffre d'une atteinte objectivable du point de vue organique. En effet, dans l'affirmative, la causalité naturelle et la causalité adéquate se recouvrent, de sorte que la question de la causalité naturelle et, partant, celle de la valeur probante des divers rapports au dossier, doivent impérativement être tranchées. En revanche, en présence d'atteintes non objectivables du point de vue organique, la causalité naturelle et la causalité adéquate ne se recouvrent pas et il suffit que l'un des liens de causalité fasse défaut pour que l'assureur-accidents n'ait pas à prêter. Ainsi, si le lien de causalité adéquate n'est pas donné, il n'y a pas lieu d'examiner la causalité naturelle.

C'est le lieu de rappeler qu'on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013, consid. 4 ; SVR 2012 UV n° 5 p. 17).

Force est de constater, en l'espèce, qu'aucun des médecins consultés par le recourant n'a pu relier la symptomatologie litigieuse à une atteinte objectivable du point de vue organique :

- Pour le Dr G\_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'atteinte spécifique à l'appareil vestibulaire pouvant justifier les vertiges (voir rapports des 16 septembre 2013 et 7 mai 2014).
- Quant au Prof. L\_\_\_\_\_, il a estimé, dans son rapport du 17 juillet 2014, que les vertiges et troubles de l'équilibre découlaient d'une dysfonction vestibulaire mais il n'a pas mentionné d'atteinte objectivable. Quant au nystagmus, il pourrait être séquellaire de vestibulopathie ou du traumatisme. Enfin, les plaintes visuelles (oscillopsies horizontales) étaient à mettre en rapport avec la présence de multiples ondes carrées interrompant la fixation. Les ondes carrées, en nombre anormal, résultaient, généralement d'une dysfonction de la région ponto-cérébelleuse de sorte qu'il s'agissait vraisemblablement d'une séquelle du traumatisme du 11 février 2013.

Dans son rapport du 20 mai 2016, le Prof. L\_\_\_\_\_ a considéré que les ondes carrées pouvaient se rencontrer en cas de lésion neurologique du tronc cérébral.

- Enfin, la Dresse Q\_\_\_\_\_, a relevé que les ondes carrées résultaient probablement d'une atteinte de la région ponto-cérébelleuse, vraisemblablement post-traumatique, non mise en évidence sur l'IRM cérébrale (rapport du 26 octobre 2014).

Il ressort ainsi des considérations qui précèdent que les atteintes dont souffre le recourant ne peuvent être qualifiées de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique, dès lors que les résultats obtenus n'ont pas pu être confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie. Ainsi, l'IRM cérébrale effectuée le 27 mai 2013 n'a pas décelé d'atteinte de la région ponto-cérébelleuse susceptible d'expliquer les ondes carrées et, partant, les troubles de la vision. Les épreuves caloriques effectuées par les différents médecins n'ont pas permis de mettre en évidence une atteinte vestibulaire susceptible d'expliquer les vertiges.

On se trouve donc typiquement dans le cas d'une atteinte non objectivable du point de vue organique, aucune imagerie ou appareil diagnostic n'ayant pu mettre en évidence une atteinte permettant de justifier les troubles dont souffre le recourant. Or, dans une telle situation, les liens de causalité naturelle et adéquate ne se confondent pas et il y a lieu d'examiner le lien de causalité adéquate au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés au considérant 5c supra, critères applicables en cas d'atteinte non objectivable du point de vue organique.

b. À titre liminaire, force est de constater que le cas du recourant doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133, en tenant compte des seuls troubles physiques consécutifs à l'accident assuré. En effet, le dossier ne fait à aucun moment référence à un traumatisme du type « coup du lapin » et l'intensité du traumatisme crânien, très brièvement évoqué par le service des urgences, dans son résumé de séjour daté du 12 février 2013, n'a à l'évidence pas atteint le seuil de la contusion cérébrale, de sorte que les critères de l'ATF 117 V 359 ne trouvent pas application. Il convient donc d'examiner le cas du recourant au regard des critères de l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa compte tenu des seules atteintes somatiques.

Cela étant précisé, il y a désormais lieu de qualifier l'accident en question.

Au vu de la jurisprudence en la matière, l'accident dont a été victime le recourant doit être qualifié de gravité moyenne stricto sensu, le recourant ayant chuté d'une hauteur de comprise entre 2,5 et 3 mètres, ce qui n'est pas contesté.

c. L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu, au moins trois des critères jurisprudentiels doivent être remplis, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière.

c/aa. La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se

---

fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3 et les références citées).

En l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 11 février 2013 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. A ce propos, le Tribunal fédéral a par exemple nié que la condition du caractère impressionnant de l'accident fût remplie dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un élévateur d'une hauteur de 5,6 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_807/2008 du 15 juin 2009) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 144/05 du 27 décembre 2005; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 21/06 du 30 novembre 2005 consid. 4.5).

c/bb. Les lésions physiques occasionnées par l'accident assuré sont notamment les suivantes : fracture des apophyses épineuses des vertèbres C7, D1 et D2, avec atteintes des lames de la vertèbre C7, rupture du ligament supra-épineux des vertèbres D1-D2 avec distraction des apophyses de D2-D3, œdème du ligament inter-épineux entre C5 et D2, discrètes fractures-tassements des plateaux supérieurs des vertèbres D6, D7 et D8 et dyskinésie post-traumatique de l'omoplate droite, atteintes qualifiées de bénignes (voir rapport intermédiaire du Dr C\_\_\_\_\_ du 14 mars 2013). Lesdites atteintes ne peuvent ainsi être qualifiées de lésions graves, propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 2 octobre 2002 dans lequel notre Haute Cour a considéré que les lésions subies [fracture de la 5<sup>ème</sup> cervicale corporéale non déplacée et sans trouble neurologique ainsi que de l'arc postérieur C5, et une fracture de l'apophyse articulaire inférieure gauche de C4] ne s'étaient pas révélées graves. Dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_488/2011, le Tribunal fédéral avait au contraire retenu ce critère, dès lors qu'il existe un risque accru de paralysie lors de fracture de vertèbres et, par conséquent, d'interventions chirurgicales, l'assurée souffrant notamment d'une fracture par tassement du plateau vertébral de la 12<sup>ème</sup> vertèbre thoracique avec déchirure de la coiffe arrière ainsi que du ligament ayant nécessité trois opérations).

c/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts

---

8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré dix-huit mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical consistait en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, de sorte qu'il n'était objectivement pas continu et lourd.

c/dd. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C\_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

c/ee. Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour que les médecins d'arrondissement et les médecins de la CRR reconnaissent une incapacité de travail à tout le moins jusqu'au mois de juin 2014 (trois mois après la stabilisation évoquée par la CRR), ce qui constitue d'ailleurs une durée assez longue.

d. Force est donc de constater que seuls deux des critères énoncés par la jurisprudence (douleurs physiques persistantes et incapacité de travail de durée assez longue) sont remplis en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Cela est cependant insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 11 février 2014 et les éventuels troubles non objectivables du point de vue organique dont souffre le recourant. Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire d'examiner la problématique de la causalité naturelle et, partant, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. En effet, les deux liens de causalité doivent être retenus cumulativement et dès lors que le lien de causalité adéquate, qui est une question de droit, fait défaut, la question du lien de causalité naturelle, qui est une question de fait, peut rester ouverte (voir dans ce sens les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 et 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5).

7. Le recourant conteste également le degré d'invalidité retenu, considérant que certaines des DPT retenues n'étaient pas compatibles avec ses troubles ophtalmologiques.

Or, il ressort de ce qui précède que les vertiges ainsi que les troubles ORL et ophtalmologiques dont souffre le recourant ne sont pas en lien de causalité adéquate

avec l'accident assuré. Ils n'avaient donc pas à être pris en considération dans le choix des DPT.

Le recourant ne contestant pas, pour le surplus, les DPT retenues, ni le revenu avec invalidité, il y a lieu de confirmer la décision querellée sur ce point et de nier le droit à une rente d'invalidité, les troubles somatiques, seuls à être en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident assuré, n'entraînant pas d'incapacité de gain suffisante.

8. Enfin, le recourant conteste le refus de la SUVA de lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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

- b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs

---

(ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

9. a/aa. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

a/bb. A teneur de l'annexe 3 OLAA, une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale correspond à une atteinte à l'intégrité de 50%.

Se fondant sur ces éléments, la SUVA a établi la table 7, intitulée « Atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale », laquelle stipule ce qui suit :

Echelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles :

0	=	Pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minime et rare, survenant surtout aux efforts importants
+	=	Douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours)
++	=	Douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts
+++	=	Douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation

---

		Taux d'atteinte à l'intégrité			
		0	+	++	+++
Fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose	10°	0	0-5	5-10	10-20 (-25)
	10-20°	0-5	5-10	10-20	20-25 (-35)
	>21°	0-5	5-15	15-20	20-30 (-50)

b. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/00 du 22 septembre 2000, consid. 2; RAMA 1998 p. 602). Comme elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale de l'atteinte à l'intégrité, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001, consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

---

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

11. Comme indiqué précédemment, les vertiges et les troubles ORL et ophtalmologiques n'ont pas à être pris en considération pour déterminer les prestations dues par l'intimée. Par conséquent, c'est à juste titre que cette dernière a examiné le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des seuls troubles somatiques.

---

L'intimée s'est fondée sur les appréciations du Dr J\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> septembre 2015 et 10 janvier 2016 pour nier tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces appréciations.

Force est tout d'abord de constater que lesdites appréciations ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En effet, les conclusions contenues dans ces appréciations ne sont pas bien motivées et convaincantes, le Dr J\_\_\_\_\_ ne s'étant notamment pas prononcé au regard de l'annexe 3 OLAA et de la table 7 de la SUVA, alors que le recourant a souffert de fractures des apophyses des vertèbres cervicales et des lames de C7, ce qui correspond à la notion de fractures cervicales au sens de l'annexe 3 et de la table 7, et qu'il a fait état de douleurs permanentes, cotées 3/10 au repos et 7-8/10 en cas d'efforts (voir rapport de la CRR du 7 mars 2014), douleurs pouvant correspondre à des douleurs ++ au sens de la table 7, à savoir des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts. On ne sait ainsi pas pour quelle raison le Dr J\_\_\_\_\_ a nié toute atteinte à l'intégrité alors que la table 7 retient, dans des situations analogues, des atteintes comprises entre 5 et 20%.

Ensuite, le médecin d'arrondissement précité a considéré qu'aucune aggravation ne devait être envisagée compte tenu de la nature des lésions. Cela ne correspond toutefois pas à l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_, lequel a fait état, dans son rapport du 21 juin 2013, d'un dommage permanent prévisible sous la forme d'une arthrose post-traumatique des segments de la colonne concernée. Or, conformément à l'art. 36 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase OLAA, l'estimation de l'atteinte à l'intégrité doit prendre en considération les aggravations prévisibles. A nouveau, le Dr J\_\_\_\_\_ n'a pas expliqué pour quels motifs il considérait qu'aucune arthrose n'était prévisible.

Compte tenu des considérations qui précèdent, on ne peut que retenir que les appréciations du Dr J\_\_\_\_\_ sont incomplètes, non motivées et partant, non convaincantes. Ainsi, conformément à la jurisprudence en la matière (voir consid. 10b supra), une instruction complémentaire est nécessaire, dès lors que des doutes – aussi minimes soient-ils – subsistent sur le bien-fondé des appréciations du Dr J\_\_\_\_\_. La SUVA s'étant abstenue de procéder auxdites investigations, la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il appartiendra alors au médecin désigné de se prononcer, de manière détaillée, sur l'importance de l'atteinte à l'intégrité et de justifier sa position en se référant à l'annexe 3 OLAA et à la table 7 établie par la SUVA.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur oppositions du 23 mars 2016 sera annulée en tant qu'elle nie le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. La décision sur oppositions précitées sera toutefois confirmée pour le surplus.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision sur oppositions querellée en tant qu'elle nie le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants en ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité
4. Confirme la décision sur oppositions pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le