

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1477/2017

ATAS/224/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 mars 2018**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE

recourant

contre

SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther  
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1979, travaillait en qualité d'employé d'entretien pour B\_\_\_\_\_ SA à raison de 80 % depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2010 et pour C\_\_\_\_\_ Sàrl à raison de 20 % dès le 2 février 2013. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assurance).
2. Le 24 octobre 2013, alors qu'il était occupé à pousser un meuble, l'assuré est tombé en arrière sur son épaule gauche (cf. déclarations de sinistre des 7 et 14 novembre 2013), tout en faisant un mouvement brusque de compensation du cou. Il avait immédiatement ressenti des douleurs à l'épaule gauche, qui avaient été suivies d'un engourdissement de la main gauche. Une tendinopathie de l'épaule gauche avait alors été diagnostiquée dans un premier temps (cf. prescription de physiothérapie du 24 octobre 2013 et expertise du 6 juin 2016).
3. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assurance.
4. Le 27 novembre 2013, l'assuré a repris son activité professionnelle à 100 %.
5. L'assuré a été licencié de l'entreprise C\_\_\_\_\_ SA pour le 31 décembre 2013. Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2014, il a été occupé à 100 % par B\_\_\_\_\_ SA.
6. Le 6 janvier 2014, l'assuré a consulté la docteure D\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH. Il ressentait en effet les troubles neurologiques suivants : hypoesthésie au niveau du membre supérieur gauche, dans le territoire C8, au niveau du membre inférieur gauche dans le territoire L5 ainsi qu'au niveau du tronc et thermo-algésie au niveau du membre inférieur droit (cf. rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 3 juin 2014).
7. À la demande de la Dresse D\_\_\_\_\_, une IRM cervico-dorso-lombaire a été réalisée le 7 janvier 2014 et a mis en évidence une importante lésion intra-médullaire de la moelle cervicale à la hauteur du disque inter-vertébral C5-C6, latéralisée à gauche, associée à une tuméfaction et un œdème intra-médullaire, ainsi qu'une composante nodulaire en son sein, prenant le contraste de manière homogène, évoquant en premier lieu un processus expansif de type épéndymome. La latéralisation du côté gauche de la lésion ainsi que la prise de contraste homogène parlaient en défaveur d'une myélite transverse. La taille de la lésion et l'absence d'autres lésions intra-médullaires objectivables sur le reste du cordon médullaire parlaient en défaveur d'une maladie démyélinisante. Le reste du bilan cervical illustre une spondylo-discarthrose sévère C5-C6 et C6-C7 compliquée d'un canal cervical étroit modéré d'origine constitutionnelle et d'une sténose foraminale serrée des trous de conjugaison C5-C6 et C6-C7 des deux côtés, d'origine disco-uncarthrosique. L'hypothèse d'une myélopathie post-traumatique sur un canal cervical étroit était peu probable en raison de la composante nodulaire précédemment décrite et de l'absence de traumatisme à haute énergie à l'anamnèse du patient. Le reste du bilan de la colonne vertébrale illustre une spondylo-discarthrose sévère L5-S1, ainsi

---

qu'une discopathie dégénérative modérée L4-L5, sans évidence de conflit disco-radiculaire, de canal lombaire étroit ou de sténose foraminale serrée.

8. Depuis le 8 janvier 2014, l'assuré a été à nouveau en incapacité de travail à 100 %.
9. Les suites de cette incapacité de travail ont été prises en charge par la SUVA à titre de rechute de l'accident précité du 24 octobre 2013 (cf. déclaration de sinistre du 21 mai 2014 et appréciation de la doctoresse E\_\_\_\_\_ du 12 juin 2014).
10. L'assuré a été hospitalisé au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 13 au 14 janvier 2014.

Au cours de ce séjour, une IRM cérébrale et cervicale a été réalisée le 14 janvier 2014. Elle a mis en évidence une augmentation de la prise de contraste au niveau de la lésion cervicale intramédullaire en regard d'un débord discal au niveau C5-C6, évoquant en premier lieu une contusion intramédullaire sur canal cervical étroit, en l'absence de syndrome inflammatoire. Il n'y avait pas d'argument radiologique pour une maladie démyélinisante. Un contrôle à trois mois était préconisé pour juger de l'évolution de cette lésion, seule l'évolution dans le temps étant à même de confirmer le diagnostic (cf. rapport de l'IRM cérébrale et cervicale du 15 janvier 2014).

Compte tenu des résultats, des examens complémentaires (potentiels évoqués moteurs [PEM]) et potentiels somesthésiques [PES] et IRM avec un protocole myélopathie et images du tenseur de diffusion [DTI]) ont été proposés à l'assuré, afin qu'un diagnostic définitif soit posé et que soit par la suite entreprise une prise en charge chirurgicale de la protrusion discale cervicale accompagnée d'une myélopathie et d'une contusion médullaire. L'assuré devait également être revu, le 15 avril 2014, en consultation ambulatoire, par le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique et médecin interne au département des neurosciences cliniques des HUG (lettre de sortie des HUG du 5 février 2014).

11. Le 2 avril 2014, l'IRM de la colonne cervicale préconisée par les médecins du service de neurologie des HUG a été réalisée et a montré une évolution favorable confirmant une origine traumatique de la lésion médullaire C5-C6 présentée par l'assuré sur débords disco-ostéophytaires C5-C6 et C6-C7.
12. À teneur du rapport du 8 mai 2014, notamment établi par le Dr F\_\_\_\_\_ suite à la consultation de l'assuré du 30 avril 2014, l'évolution favorable de la contusion intra-médullaire sur canal cervical étroit C5-C6 symptomatique, sur débords disco-ostéophytaires C5-C6 et C6-C7, en confirmait l'origine traumatique. L'électro-neuromyographie (ENMG) avait confirmé une atteinte de la conduction cortico-spinale, avec un ralentissement de conduction centrale à destination du membre supérieur gauche, avec une image de bloc de conduction destiné au membre inférieur droit et une hyperréflexie rotulienne électro-physiologique droite. L'ensemble du tableau était cohérent avec la lésion constatée à l'IRM et l'anamnèse de l'assuré. Celui-ci ne présentait plus de déficit moteur ni de cervicalgie. Il disait conserver une hyposensibilité des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rayons de la main droite (ou gauche

selon un autre passage de ce rapport), de la partie latérale du bras et de l'avant-bras, de la cuisse droite de la partie latérale de la jambe droite, ainsi que du pied droit. Il disait ne pas bien parvenir à reconnaître le chaud-froid au niveau de son membre inférieur droit, et ressentir une douleur intermittente au niveau des hallux droits, ainsi qu'une diminution de force intermittente du membre inférieur droit. Le Dr F\_\_\_\_\_ notamment avait constaté une régression des symptômes au niveau du membre inférieur droit, mais l'apparition d'un déficit thermo-algique de ce membre, avec une concordance radiologique et électro-physiologique.

13. Le 9 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI). Celui-ci a pris en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, les frais liés à un test d'aptitude en horlogerie, s'étant déroulé du 15 au 17 juillet 2014 auprès de l'entreprise G\_\_\_\_\_ SA (cf. communication du 5 août 2014), les frais d'un cours de formation pour une « Attestation certifiante de Gestionnaire de stock » chez Sight & Sound à Genève, du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 14 février 2015 (cf. communication du 26 août 2014) et les frais pour une « préparation individuelle à la recherche d'emploi et à l'entretien d'embauche », à raison de cinq leçons particulières (cf. communication du 10 mars 2015). Par projet de décision du 30 avril 2015, confirmé le 9 juin 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, sa capacité de travail étant entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
14. Le 12 août 2014, la SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, la doctoresse E\_\_\_\_\_, laquelle a considéré, dans une note datée du 13 août 2014, que la spondylo-discarthrose évoquée par la Dresse D\_\_\_\_\_ dans son courrier du 3 juin 2014 devait être qualifiée de trouble dégénératif antérieur à l'accident du 24 octobre 2013, et que selon l'IRM du 2 avril 2014, l'aggravation due à l'évènement traumatique était quasiment terminée, raison pour laquelle le *statu quo* avait été atteint à la fin mai 2014.
15. Par décision du 14 août 2014, la SUVA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et traitement) avec effet au 31 août 2014. En effet, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles dont l'assuré souffrait encore n'étaient plus dus à cet accident, mais étaient exclusivement de nature malade. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint sept mois après ce dernier. Pour le cas où un traitement médical supplémentaire serait nécessaire, il lui fallait s'adresser à son assureur maladie.
16. Par courrier du 22 août 2014, après avoir pris l'avis de son médecin traitant, l'assuré a contesté la décision précitée de la SUVA de mettre fin à ses prestations. Il ne comprenait pas le lien entre la spondylo-discarthrose, qui était une maladie dégénérative, et la contusion médullaire, dont il avait souffert suite à l'accident assuré. Il souffrait déjà de la spondylo-discarthrose avant l'accident mais n'en avait pas conscience. L'existence de cette atteinte avait été diagnostiquée, par hasard, lors des investigations menées en lien avec les troubles neurologiques dont il

souffrait. Or, lesdits troubles étaient consécutifs à une contusion intra-médullaire apparue suite à l'accident assuré. Des examens et l'évolution clinique avaient confirmé l'origine traumatique de la lésion. Les médecins lui avaient expliqué que la contusion avait développé la formation d'un liquide dans sa colonne cervicale, causant la destruction de certains nerfs et fibres. L'assuré éprouvait toujours ces troubles. Lors du dernier rendez-vous qu'il avait eu avec le neurologue aux HUG le 30 avril 2014, il lui avait été expliqué que la capacité à recouvrer la sensibilité dépendait de chaque patient, et qu'il pouvait soit rester avec la perte de sensibilité du côté droit, soit en récupérer 80 % à 90 %. Les médecins lui avaient en outre expliqué que le liquide présent dans sa colonne cervicale se résorbait progressivement et qu'il récupérerait par conséquent une partie des troubles neurologiques. Il devait continuer son traitement de physiothérapie pendant encore trois à six mois, puis faire une nouvelle IRM et un nouveau point de la situation. Il était dès lors étrange que le médecin d'arrondissement de la SUVA conclue que l'aggravation due à l'évènement traumatique était quasiment terminée et le *statu quo* atteint à la fin mai 2014.

17. Par courrier recommandé du 2 septembre 2014 à la SUVA, l'assuré a déclaré formellement faire opposition à la décision précitée. Les suites de son accident n'avaient pas pris fin. Il demandait à pouvoir compléter son opposition après la consultation qui était fixée au 16 septembre 2014 avec le Dr F\_\_\_\_. Il a indiqué que ce dernier ne partageait pas l'appréciation de la SUVA et il a joint à sa lettre un courrier du 29 août 2014 de la docteure H\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, invitant la SUVA à revoir sa position. Selon ladite médecin, l'assuré présentait encore une symptomatologie liée à son accident du 24 octobre 2013. Il souffrait de troubles sensitifs au niveau du membre inférieur droit, qui se manifestaient par une mauvaise discrimination du chaud-froid et une hypoesthésie lors de l'examen clinique, et qui étaient consécutifs à la contusion intra-médullaire. Le tableau clinique était cohérent avec les résultats de l'examen radiologique (IRM du 2 avril 2014, faisant état d'une contusion intra-médullaire sur canal cervical étroit C5-C6) et de l'examen électrophysiologique (qui mettait en évidence un bloc de conduction au niveau du membre inférieur droit). Un travail dans le nettoyage n'était plus adapté et une réorientation s'imposait.
18. Faisant suite à une consultation du 16 septembre 2014, le Dr F\_\_\_\_ a établi, en date du 23 septembre 2014, un rapport adressé à la Dresse D\_\_\_\_, dont il ressort que l'assuré, même s'il allait beaucoup mieux, gardait un manque de sensibilité du côté droit au niveau du thorax, de l'abdomen et du membre inférieur droit, ainsi que des hypoesthésies dans la main gauche. Il était dans l'attente d'une reconversion professionnelle, son activité dans le nettoyage ne semblant pas adaptée en raison des séquelles traumatiques, avec une myélopathie cervicale très importante. Le traitement conservateur (physiothérapie, natation régulière pour renforcer la musculature du corps et antalgiques en réserve) devait être continué.

---

19. Dans un rapport du 24 septembre 2014 destiné à la SUVA, le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué que si l'assuré présentait une évolution globalement favorable, il avait toujours de clairs troubles thermo-algiques du côté droit, avec une hypoesthésie également dans le membre supérieur gauche. Ceci était confirmé par l'ENMG, qui montrait une atteinte de la conduction cortico-spinale avec un ralentissement de la conduction centrale pour le membre supérieur gauche avec une image de bloc de conduction pour le membre inférieur droit et une hyperréflexie clinique rotulienne électro-physiologique droite. Du fait que, pour des lésions dégénératives présentes depuis un certain temps révélées par l'IRM du 14 janvier 2014 (débords disco-ostéophytaires C5-C6 et C6-C7 avec une tendance de cyphotisation segmentaire C5-C6), l'assuré était asymptomatique jusqu'à l'accident du 24 octobre 2013 avec une rechute le 8 janvier 2014, il était quasiment impossible qu'il ait une myélopathie cervicale avec une telle contusion avant cet évènement. Il était clair, au vu de l'imagerie et du suivi de l'assuré, que cette lésion intra-médullaire avec hyper signal important représentait une contusion médullaire, qui était une séquelle du traumatisme, et non une séquelle de dégénérescence discale mono ou multi-étagée. Le Dr F\_\_\_\_\_ demandait par conséquent à la SUVA de revoir sa décision.

20. Le 30 septembre 2014, la SUVA a demandé à son médecin d'arrondissement, la Dresse E\_\_\_\_\_, si elle maintenait que le *statu quo* avait été atteint à la fin mai 2014, en étayant son point de vue.

La Dresse E\_\_\_\_\_ a répondu le même jour qu'il fallait obtenir du Dr F\_\_\_\_\_ tous les rapports d'examens complémentaires effectués et les clichés des IRM, afin que le cas puisse être évalué par les neurologues de la SUVA, aux fins de déterminer notamment si les séquelles thermo-algiques étaient les suites de la contusion médullaire ou étaient en relation avec les troubles dégénératifs.

21. En date du 3 décembre 2014, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès de la SUVA, a rendu son appréciation neurologique en se basant sur le dossier de l'assureur-accident, relevant que celui-ci ne comprenait pas de document médical contemporain de l'accident du 24 octobre 2013. Le spécialiste notait qu'à aucun moment, l'assuré n'avait mentionné de choc à la tête dans la déclaration d'accident qu'il avait remplie. La documentation médicale ne débutait qu'au moment de la première consultation de l'assuré auprès de la Dresse D\_\_\_\_\_ le 6 janvier 2014, soit deux mois après l'accident. De plus, si l'assuré souffrait de douleurs du rachis cervical depuis le 24 octobre 2013, l'hypoesthésie de l'extrémité supérieure gauche, correspondant au dermatome C8, de l'extrémité inférieure gauche affectant le dermatome L5, et de la région du tronc, ainsi que le trouble de la thermoesthésie et l'algésie au niveau de l'extrémité droite n'avaient été relevés pour la première fois que le 6 janvier 2014.

Le service de radiologie des HUG avait noté, suite à la prise en charge des 13 et 14 janvier 2014, que l'assuré avait ressenti de vives douleurs « sans traumatisme », en déplaçant un meuble. L'analyse que les spécialistes de la SUVA avaient faite des

examens IRM venait confirmer les constatations précédemment décrites, à savoir un signal de myélopathie en C5-C6 dans le contexte d'un canal rachidien étroit constitutionnel, associé à des modifications dégénératives de la partie inférieure du rachis cervical.

À propos de l'IRM du rachis du 7 janvier 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ avait indiqué que des déficits neurologiques étaient apparus trois semaines avant cet examen radiologique, vers mi-décembre 2013, quelque six semaines au moins après l'accident. Le Dr I\_\_\_\_\_ expliquait qu'une contusion médullaire correspondait à une lésion de la substance de la moelle épinière et se traduisait par des troubles des fonctions neurologiques, se manifestant de manière aiguë, très rapidement par rapport à l'élément déclenchant, tout en persistant par la suite. Une commotion médullaire était par contre caractérisée par des troubles transitoires des fonctions neurologiques, sans lésions substantielles durables. En cas de contusion médullaire, un corollaire de nature organique devait être mis en évidence dans les examens d'imagerie. Dans le cas d'espèce, aucun déficit neurologique n'était mentionné dans les documents médicaux contemporains de l'accident. Par conséquent, si l'assuré avait souffert d'une contusion médullaire, il fallait s'attendre à ce que des déficits neurologiques associés à une symptomatologie douloureuse se fussent immédiatement manifestés. Or, selon les documents à disposition du spécialiste, lesdits déficits neurologiques ne s'étaient manifestés qu'à mi-décembre 2013.

En conclusion, la contusion médullaire suite à l'accident ne pouvait être qualifiée que de possible au vu du dossier. Du point de vue du diagnostic différentiel en effet, la lésion médullaire en C5-C6 avait pu se développer ultérieurement et de manière progressive, dans un contexte d'un canal rachidien étroit de nature constitutionnelle et de modifications dégénératives affectant la partie intérieure du rachis cervical (myélopathie cervicale chronique). Aucune blessure de la région de la tête en rapport avec l'accident n'avait été mentionnée, et l'on ne pouvait par conséquent que supposer qu'une lésion cérébrale traumatique ait fait suite à l'accident, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis.

Répondant aux questions de la SUVA, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué qu'aucun fait nouveau ne permettait de rendre une appréciation différente de celle du 13 août 2014, même en tenant compte des rapports médicaux des Drs H\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Les troubles dont souffrait l'assuré n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient de nature exclusivement malade. La décision du 14 août 2014 devait être maintenue. Aucune mesure médicale complémentaire n'était nécessaire.

22. Par décision sur opposition du 18 décembre 2014, la SUVA a rejeté l'opposition que l'assuré avait formée contre sa décision du 14 août 2014. Le dossier avait été soumis au Dr I\_\_\_\_\_ du centre de compétence de la division médecine des assurances de la SUVA. Celui-ci avait certifié qu'il ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré avait présenté une contusion médullaire lors de son accident du 24 octobre 2013. Si tel avait été le cas, il aurait immédiatement manifesté une symptomatologie douloureuse et des déficits

---

neurologiques ; or, ceux-ci ne s'étaient manifestés qu'à la mi-décembre 2013, ensuite de quoi l'assuré avait à nouveau consulté, le 6 janvier 2014. La lésion médullaire avait pu se développer après l'accident de manière progressive, en raison du canal rachidien étroit de nature constitutionnelle dont il souffrait, ainsi que de ses lésions dégénératives. Un raisonnement fondé sur l'adage *post hoc ergo propter hoc* (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales, et ne pouvait être admis comme moyen de preuve. Les éléments du dossier ne permettaient pas d'établir que l'assuré avait subi un traumatisme cervical lors de son accident. En outre, le fait de pousser un meuble n'avait rien d'extraordinaire pour l'assuré au vu de son activité professionnelle. La SUVA rejetait l'opposition formée par l'assuré, et elle renonçait à examiner dans le cadre de l'opposition si les conditions étaient remplies pour procéder à une *reformatio in pejus* de sa décision.

23. Le 28 janvier 2015, l'assuré, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 18 décembre 2014, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la réalisation d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et au constat que les maux dont il souffrait encore résultaient de l'accident du 24 octobre 2013 (procédure A/295/2015).
24. Dans le cadre de cette procédure, la chambre des assurances sociales a procédé, en date du 15 septembre 2015, à l'audition comme témoin du Dr F\_\_\_\_\_ et à la comparution personnelle des parties.

Le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué différents termes médicaux figurant dans des rapports médicaux versés au dossier, dont ceux de myélite (pathologie inflammatoire pouvant affecter la moelle épinière), de maladie démyélinisante (maladie dégénérative, notamment la sclérose en plaque), de myélopathie (maladie affectant la moelle épinière, dont un type – la radiologique – se voit à l'imagerie mais ne s'accompagne pas de signes cliniques, et dont l'autre type – la clinique – se voit aussi à l'imagerie mais se traduit également par des signes cliniques, comme des paresthésies, des troubles de la perception avec les mains, des difficultés à contrôler la motricité fine, des troubles sphinctériens et des troubles des membres inférieurs, et qui peut être causée par un problème dégénératif ou par un traumatisme), d'épendymome (lésion tumorale de la moelle épinière), de spondylodiscarthrose (maladie dégénérative au niveau généralement d'abord lombaire, puis cervical et quelquefois dorsal, comportant le développement de becs), de sténose foraminale (compression dans le foramen).

Le délai d'apparition de déficits neurologiques consécutifs à une contusion pouvait être très variable (de quelques secondes à quelques mois), en fonction de l'intensité et de la localisation du traumatisme, des séquelles de suite pouvant succéder à de premières séquelles s'estompant. Dans le cas de l'assuré, le témoin a affirmé catégoriquement que les quelque six semaines s'étant écoulées entre sa chute sur l'épaule gauche du 24 octobre 2013 et l'apparition de ses déficits neurologiques

(s'étant manifestés dans un second temps, après les premières douleurs l'ayant amené à consulter le 24 octobre 2013) n'autorisaient aucunement à nier un rapport de causalité entre ledit événement accidentel et les déficits en question. Avec l'écoulement du temps, les diagnostics différentiels émis, de façon plutôt large, par le radiologue à la suite de l'IRM du 7 janvier 2014 avaient pu être écartés, en particulier une maladie tumorale de la moelle épinière et une maladie démyélinisante, en faveur d'une myélopathie, et les symptômes ressentis par l'assuré, le fait qu'il avait été asymptomatique jusqu'à l'événement du 24 octobre 2013, la diminution de son œdème et le jeune âge de l'assuré (34 ans) permettaient de la qualifier, à un très haut degré de vraisemblance, de myélopathie post-traumatique, et non de myélopathie dégénérative, nonobstant la découverte, par l'imagerie, de quelques signes d'une dégénérescence antérieure au niveau des vertèbres C5-C6, courantes chez des personnes dès l'âge de 20-25 ans et restant durablement stables et asymptomatiques. En outre, une ENMG, effectuée le 6 mars 2014, avait établi une diminution, attribuable à l'œdème consécutif audit traumatisme, de la conduction cortisospinale (soit un ralentissement des signaux partant du cerveau en direction de la moelle épinière).

Quant à la question de savoir durant combien de temps l'événement traumatique considéré était susceptible de produire les troubles constatés, il ne pouvait y être répondu que sur la base, conjointement, des symptômes ressentis par l'assuré et des résultats d'une IRM plus récente que celle du 2 avril 2014, sinon d'une nouvelle ENMG. Le témoin a affirmé qu'en septembre 2014, lors de sa dernière consultation, l'assuré était encore symptomatique, et il a émis l'hypothèse qu'encore actuellement une imagerie radiologique pourrait révéler quelques signes résiduels de la myélopathie de l'assuré.

Après avoir pris connaissance du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ de la SUVA, du 3 décembre 2014, le témoin en a contesté les développements et conclusions.

25. Par arrêt du 29 septembre 2015 (ATAS/727/2015), la chambre de céans a annulé la décision sur opposition du 18 décembre 2014 et a renvoyé la cause à l'assurance-accident pour instruction complémentaire sur la question de la survenance et le cas échéant de la date d'un éventuel *statu quo sine*. À l'appui de son arrêt, la chambre de céans a notamment relevé que l'ensemble des médecins, à l'exception du médecin-conseil de la SUVA, retenaient le diagnostic de myélopathie post-traumatique consécutive à l'événement accidentel du 24 octobre 2014. Les explications fournies à l'appui de ce diagnostic, telles qu'explicitées par le Dr F\_\_\_\_\_ lors de son audition, étaient convaincantes. C'était donc à juste titre que la SUVA avait accepté la prise en charge des suites dudit événement accidentel du 24 octobre 2013. Il n'était cependant pas établi à un degré de vraisemblance prépondérante qu'un *statu quo sine* serait intervenu à fin août 2014. Cela ne signifie toutefois pas qu'un tel *statu quo* ne serait pas intervenu par la suite, au-delà du 31 août 2014. Aucun élément du dossier ne permettait de se prononcer sur ce point. Dans de telles conditions, l'instruction devait être

complétée, sur des faits susceptibles de s'être produits postérieurement à la décision attaquée, qui établiraient possiblement une date de *statu quo sine*.

26. Une nouvelle IRM cervicale effectuée le 22 octobre 2015, a conclu à une myélopathie à hauteur de C5-C6 en regard de débords disco-ostéophytaires.
27. Un examen électrophysiologique réalisé le 7 décembre 2015 n'a décelé aucune anomalie de la conduction corticospinale à destinée des quatre membres. Par rapport à l'examen initial du 6 mars 2014, les médecins notaient en particulier une restauration de l'amplitude des PEM au membre inférieur droit et de leur latence au membre supérieur gauche. Une trace de dysfonction pyramidale asymétrique subsistait encore cliniquement sous forme d'un signe de Babinski gauche, étant précisé que l'hyperréflexie observée n'atteignait pas un niveau certainement pathologique.
28. L'assuré a une nouvelle fois été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_ le 26 décembre 2015. Selon le bref compte-rendu y relatif, le diagnostic était celui de persistance de troubles thermo-algésiques global de l'hémicorps droit et du membre inférieur droit avec une hypoesthésie dans le territoire de C8 à gauche. L'assuré ne mentionnait pas de douleurs spécifiques. Pour compléter le diagnostic, un suivi évolutif des PES était proposé.
29. Le suivi des PES a été réalisé le 13 janvier 2016. Selon le rapport y relatif, les PES des membres supérieurs suggéraient essentiellement une atteinte cervicale des deux côtés, à prédominance à gauche et avec une composante radiculaire à gauche. Quant aux PES des membres inférieurs, ils suggéraient une atteinte corticale gauche, éventuellement aussi à droite, mais la latence des réponses corticales à droite étaient à la limite de la norme vu la taille du patient. Une amélioration par rapport à février 2014 avait été constatée.
30. Suite au renvoi de la cause, la SUVA a mandaté pour expertise le professeur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin adjoint à la Clinique universitaire de neurologie de l'Hôpital de l'Île à Berne. Après avoir résumé les pièces du dossier dans son rapport établi le 6 juin 2016, l'expert précité a procédé à une anamnèse et a décrit les plaintes actuelles de l'assuré. Celui-ci ressentait encore des douleurs de la partie droite du corps, qui débutaient dans la région de la poitrine et irradiaient vers le bas. En outre, il ne ressentait pas les différences de températures. Ainsi, lorsqu'il touchait des objets froids ou quand il était en contact avec de l'eau froide, il disait éprouver des sensations douloureuses fulgurantes très intenses et désagréables. Sa force musculaire et la sensibilité de ses mains étaient normales. Il pouvait effectuer des travaux manuels normalement. Sa capacité de rendement était bonne mais ses médecins lui avaient déconseillé de faire des travaux physiques pénibles, une telle activité risquant d'aggraver le problème de la moelle épinière.

Suite à l'examen clinique, le Prof. K\_\_\_\_\_ a relevé, s'agissant du tronc et du rachis, que la sensibilité au tact et la sensibilité thermique étaient diminuées au niveau de

la partie droite du corps. Ce déficit sensitif débutait dans une zone paramédiane droite, à 3 cm environ de la ligne médiane du corps, à partir du dermatome D3 et se prolongeait vers le bas du corps, tout en comprenant l'extrémité inférieure droite. Par ailleurs la douleur était accrue dans cette région.

Après examen de l'imagerie à disposition, l'expert a considéré que les constatations radiologiques étaient compatibles avec une myélopathie subaiguë, au stade de l'atteinte de la barrière « sang-liquide cérébrospinal », avec dilatation centromédullaire asymétrique prédominant à gauche. Cette constatation était évocatrice d'une myélopathie par compression, dont la répartition résultait éventuellement d'une compression vasculaire locale.

L'assuré avait été victime d'un accident le 24 octobre 2013, à l'occasion duquel il avait chuté sur le dos tout en faisant un mouvement brusque de compensation du cou. Il avait immédiatement ressenti des douleurs de l'épaule gauche, suivies d'un engourdissement de la main gauche, raison pour laquelle une tendinite avait été diagnostiquée et soignée de manière symptomatique. Rétrospectivement, cet engourdissement ne pouvait être attribué à une « tendinite » mais était évocateur d'une symptomatologie neurologique déficitaire. L'examen d'imagerie de la moelle épinière n'avait été demandé que lorsque les troubles de l'assuré s'étaient aggravés, sous la forme d'une faiblesse des extrémités inférieures. L'IRM cervicale réalisée le 7 janvier 2014 révélait une modification pathologique de la moelle cervicale. Dans la mesure où cette altération avait un aspect tuméfié, les médecins avaient dans un premier temps pensé à une tumeur. Toutefois, dès lors que le volume de tuméfaction avait diminué, une tumeur avait pu être exclue. En effet, une telle atteinte aurait au contraire grossi continuellement. Pour le Prof. K\_\_\_\_\_, c'était l'accident assuré qui avait entraîné cette tuméfaction au degré de la vraisemblance prépondérante. Cela était conforté par la chronologie de la problématique et l'évolution clinique. Par ailleurs, dans la mesure où l'assuré présentait encore une symptomatologie résiduelle, le *statu quo ante* n'avait pas été atteint au jour de l'expertise et il ne le serait pas dans le futur.

Les IRM avaient également mis en évidence un rétrécissement du canal rachidien à hauteur de la tuméfaction médullaire. À cet endroit particulier, la moelle épinière était comprimée depuis l'extérieur par des structures osseuses et discales. Cette coïncidence ne relevait probablement pas du hasard et ne faisait vraisemblablement pas suite à l'accident assuré. Il s'agissait en réalité de modifications dégénératives du squelette du rachis cervical, préexistantes à l'accident. Pour le Prof. K\_\_\_\_\_, il y avait probablement une sensibilité particulière de la moelle épinière (persistant encore aujourd'hui) à des influences externes à ce niveau-là, en raison du resserrement préexistant du canal rachidien. De ce fait, l'assuré présentait vraisemblablement un état antérieur asymptotique d'un point de vue clinique, ayant favorisé la manifestation de la contusion médullaire. Dans ces conditions, le *statu quo sine* n'avait vraisemblablement pas été atteint au jour de l'expertise.

L'assuré devait toutefois s'attendre à ce que le rétrécissement du canal cervical s'accroisse à l'avenir, avec une péjoration de la symptomatologie ou de nouveaux symptômes. Toutefois, les nouveaux symptômes qui se manifesteraient à ce moment-là ne devraient plus être considérés comme les suites de l'accident assuré mais comme des conséquences de la progression des modifications dégénératives du rachis cervical. L'assuré devrait à l'avenir être examiné régulièrement d'un point de vue neurologique, afin que l'aggravation de la sténose du canal rachidien puisse être traitée chirurgicalement à temps.

31. Le rapport du Prof. K\_\_\_\_\_ a été soumis au docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, lequel a procédé, en date du 14 décembre 2016, à une appréciation de l'atteinte à l'intégrité qu'il a arrêtée à 5 % conformément à la table 21. Pour le médecin précité, il s'agissait d'une tétraplégie incomplète de type ASIA E avec mobilité complète et restrictions mineures (comparables à des restrictions pendant les loisirs).
32. Par courrier du 3 janvier 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle annulait la décision du 14 août 2014 et reprenait le versement des indemnités journalières pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 29 juillet 2016, sous déduction des indemnités déjà versées par d'autres assurances sociales et intervenants pour la perte de gain. Par ailleurs, la SUVA lui versait également un montant de CHF 6'300.- correspondant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.
33. Le 13 janvier 2017, le Dr L\_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation neurologique de la situation. Après avoir résumé partiellement les antécédents sur la base des documents médicaux à disposition et les conclusions du Prof. K\_\_\_\_\_, le Dr L\_\_\_\_\_ a considéré, sans autres explications, que les constatations du médecin précité, faites à 21 mois de l'accident, étaient l'expression d'une stabilisation médicale. Par ailleurs, une pleine capacité de travail dans l'activité d'employé d'entretien était exigible dès la date de l'expertise.
34. Par décision du 27 (*recte* 24) février 2017, l'assurance-accidents a formellement octroyé à l'assuré l'indemnité de CHF 6'300.- et lui a confirmé la reprise du versement des indemnités journalières pour la période du 14 août 2014 au 29 juillet 2016. Cela étant, son médecin-conseil a constaté, sur la base du rapport d'expertise du 29 juillet 2016, que l'assuré était apte à reprendre son activité d'entretien dès le 29 juillet 2016.
35. L'assuré a marqué son opposition avec les termes de la décision du 27 (*recte* 24) février 2017 par courrier du 27 février 2017, considérant que ladite décision allait totalement à l'encontre de l'expertise du 29 juillet 2016. Pour l'assuré, il était extrêmement choquant que la SUVA retienne la date de l'expertise alors qu'au jour de ladite expertise, le Prof. K\_\_\_\_\_ considérait qu'il n'était pas possible de fixer la fin de l'incapacité.

36. Par décision sur opposition du 8 mars 2017, l'assurance-accidents a écarté l'opposition du 27 février 2017, relevant que quand bien même le Prof. K\_\_\_\_\_ n'avait pas été mandaté pour se prononcer sur la capacité de travail, il n'avait pas prétendu que la situation ne serait pas stabilisée et qu'il existerait un traitement pouvant améliorer notablement la capacité de travail de l'assuré. Interrogé à ce propos, le Dr L\_\_\_\_\_ a considéré, dans son appréciation du 13 janvier 2017, que les constatations du Prof. K\_\_\_\_\_ étaient l'expression d'une stabilisation médicale. C'était donc à juste titre que la SUVA avait accepté de verser l'indemnité journalière jusqu'à la date de l'expertise. Au vu des constatations de l'expert, une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé d'entretien pouvait être admise dès la date de l'expertise.
37. Sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours par écriture du 24 avril 2017 et a conclu à l'annulation de la décision sur opposition querellée, sous suite de frais et dépens. Après avoir résumé les faits et notamment la teneur de l'expertise du 29 juillet 2017, le recourant a considéré qu'il était incongru de retenir qu'au jour de l'expertise, une stabilité des troubles avait été atteinte alors que l'expert avait retenu qu'il devait s'attendre à ce que le rétrécissement du canal cervical s'accroisse à l'avenir, avec une péjoration des symptômes ou avec l'apparition de nouveaux symptômes. Dès lors qu'il avait été médicalement et judiciairement établi que l'atteinte dont il souffrait était la conséquence de l'accident subi et que le *statu quo* n'avait pas été atteint à ce jour, l'assurance-accidents (ci-après : l'intimée) devait continuer à prendre en charge les suites de l'accident comme précédemment.
38. L'intimée a répondu par écriture du 21 juin 2017 et a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. À l'appui de sa position, la SUVA a notamment considéré que l'expertise du Prof. K\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2016 et l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2017, sur lesquelles elle s'était fondée, répondaient aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, de sorte qu'on ne pouvait lui reprocher d'avoir retenu que le recourant ne subissait plus d'incapacité de travail dès le 29 juillet 2016 et que son état de santé s'était stabilisé.
39. Le recourant n'a pas formulé d'observations après que la chambre des assurances sociales, en lui communiquant cette écriture, leur en eut donné la possibilité s'il le souhaitait.
40. 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), 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. À 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.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations en faveur du recourant avec effet au 29 juillet 2016.
5. 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 et 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). 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).

6. a. 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester 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).

7. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

b. 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).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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).

8. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne

supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

9. a. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales,

un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise du Prof. K\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2016 et sur l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2017 pour mettre un terme à ses prestations avec effet au 29 juillet 2016. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces documents.

a. S'agissant tout d'abord de l'expertise du Prof. K\_\_\_\_\_ datée du 29 juillet 2016, elle remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Elle contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, le Prof. K\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de myélopathie subaiguë, au stade de l'atteinte de la barrière « sang-liquide cérébrospinal », avec dilatation centro-médullaire asymétrique prédominant à gauche, en lien de causalité avec l'accident assuré. Pour l'expert, il n'y avait pas eu de retour à un *statu quo ante*, dès lors que le recourant souffrait encore d'une symptomatologie résiduelle. Le *statu quo sine* n'avait pas non plus été atteint au jour de l'expertise étant donné qu'il était impossible de savoir ou d'évaluer quel aurait été le développement de l'état antérieur (rétrécissement du canal rachidien) sans la survenance de l'accident. Le

recourant devait toutefois s'attendre à ce que le rétrécissement canalaire s'accroisse à l'avenir, avec une péjoration de la symptomatologie ou avec de nouveaux symptômes, la date de ce changement étant toutefois impossible à prévoir. Cela étant, pour le Prof. K\_\_\_\_\_, ces nouveaux symptômes ne constitueront plus les suites de l'accident assuré mais il s'agira de conséquences de la progression des modifications dégénératives du rachis cervical.

Force est ainsi d'admettre que l'expertise du 29 juillet 2016 répond à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, conformément à cette expertise, il y a lieu de retenir que le *statu quo* n'avait pas encore été atteint en juillet 2016.

b. Le Prof. K\_\_\_\_\_ ne se prononce toutefois pas sur la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant et sa capacité de travail, qui ont fait l'objet de la décision sur opposition querellée. Au lieu de demander ces compléments à l'expert, l'intimée a sollicité son médecin-conseil, le Dr L\_\_\_\_\_. Celui-ci a répondu aux questions de la SUVA dans une appréciation datée du 13 janvier 2017. Il convient donc également d'examiner la valeur probante de ce document.

Si cette appréciation effectuée sur dossier comporte bien une anamnèse, celle-ci n'est que partielle. Les plaintes du recourant ne sont pas résumées. On ne sait par conséquent pas si le médecin de l'intimée a pris en considération la situation réelle du recourant pour examiner sa capacité de travail. Les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ ne sont pas motivées et convaincantes, ce médecin se contentant de retenir une stabilisation à la date de l'expertise et une capacité de travail entière dans l'activité habituelle sans autre explication. Or, il ressort du dossier que le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré, dans un rapport du 23 septembre 2014, qu'une reconversion professionnelle devait être envisagée, une profession dans le nettoyage ne semblant pas adaptée étant donné les séquelles traumatiques, avec une myélopathie cervicale très importante. De son côté, l'OAI a mis en œuvre des mesures d'ordre professionnel (cf. communications des 5 et 26 août 2014 ainsi que du 10 mars 2015) afin de permettre au recourant de se reconvertir professionnellement. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2014 et la mise en œuvre, par l'OAI, de mesures d'ordre professionnel plaident ainsi en faveur d'une reconversion professionnelle, ce qui constitue un doute suffisant quant au bien-fondé de la position non motivée du médecin de la SUVA s'agissant de la reprise de l'activité habituelle. Dans ces circonstances, la SUVA ne pouvait se fonder sur l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2017 pour nier toute prestation à compter du 30 juillet 2016. En effet, vu les doutes, l'intimée aurait dû poser des questions complémentaires (stabilisation et capacité de travail) au Prof. K\_\_\_\_\_, l'expert qu'elle avait mandaté pour la question du lien de causalité.

11. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire par l'intimée. En effet, si l'intimée a effectivement mandaté le Prof K\_\_\_\_\_ pour expertise, elle ne lui a pas posé les questions pertinentes en matière de stabilisation du cas et

d'incapacité de travail, réservant celles-ci à son médecin-conseil le Dr L\_\_\_\_\_, lequel n'a absolument pas motivé ses réponses. Vu les doutes relatifs au bien-fondé de la position du médecin de la SUVA, cette dernière aurait dû solliciter un médecin externe, conformément à la jurisprudence en la matière. L'intimée s'en étant abstenu, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour complément d'expertise sur ces points (stabilisation et capacité de travail) auprès du Prof. K\_\_\_\_\_ ou d'un autre expert.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 8 mars 2017 sera annulée en tant qu'elle met un terme à toute prestation avec effet au 29 juillet 2016. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

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]), à la charge de l'intimée.

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 opposition.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'000.-.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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