

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2510/2015

ATAS/1108/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 22 décembre 2016**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à 74100 ANNEMASSE (France),  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Agrippino  
RENDA

Recourant

contre

La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

Intimée

---

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.**

---



### **EN FAIT**

1. Monsieur A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), de nationalité française et né le \_\_\_\_\_ 1969, était employé depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 par la société B \_\_\_\_\_ SA en qualité d'ouvrier d'exécution B. À ce titre, il était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. L'assuré a été licencié avec effet au 29 août 2014.
2. Alors que l'assuré se trouvait, le 14 mars 2014, sur la partie supérieure du Sotens, à environ 3 mètres du sol, la passerelle métallique a cédé sous son poids. Il a alors chuté et atterri dans le jardin voisin du chantier.
3. Se plaignant de douleurs aiguës dans le dos, les jambes et à la cheville gauche, l'assuré a été emmené au service des urgences des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) où les diagnostics de contusions traumatiques post-chute et de traumatisme crânien sans perte de connaissance ont été posés.
4. Selon le compte-rendu de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la région lombaire, effectuée le 19 mai 2014, le scanner effectué après le traumatisme aurait mis en évidence une fracture des apophyses transverses de L5 des deux côtés. Ces lésions n'étaient toutefois pas bien visibles sur l'IRM. Actuellement, l'œdème et l'hématome du processus de réparation desdites fractures n'étaient plus reconnaissables. Aucune autre lésion osseuse n'avait été objectivée. Par ailleurs, des discopathies protrusives L4-L5 et L5-S1 avec des signes de l'annulus fibrosus avaient été objectivées. Enfin, aucun argument en faveur d'un conflit neurologique n'avait été constaté.
5. En raison de la persistance de douleurs et de sensations de blocage, une IRM du genou gauche a été effectuée le 2 juin 2014 et a mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne atteignant la surface inférieure jusqu'en proximité des bords libres, une lésion partielle à l'insertion proximale du muscle gastrocnémien interne, sans signe pour un arrachement ou une déchirure ainsi qu'un discret épanchement articulaire.
6. En raison de phénomènes paresthésiques au niveau de la main et de douleurs irradiant jusqu'au moignon de l'épaule droite, l'assuré a été adressé au docteur C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, lequel a mis en évidence, après avoir effectué un examen neurologique, une très discrète souffrance sensitivo-motrice du nerf médian au poignet droit. La mobilisation de la nuque n'engendrait aucune douleur de type radiculaire. En revanche, le médecin précité avait constaté un tableau de contractures musculaires douloureuses diffuses, dont la palpation pouvait engendrer des irradiations douloureuses au niveau du membre supérieur droit, réalisant ainsi un tableau de douleurs référées. L'atteinte au poignet était survenue

dans un second temps, ce qui rendait peu probable l'existence d'une relation cervicale. En revanche, le Dr C\_\_\_\_\_ considérait que cela était plutôt en lien avec l'utilisation continue de béquilles engendrant une irritation du nerf au niveau du poignet. S'agissant de la pathologie cervicale, aucune évidence clinique, neurophysiologique ou anamnétique évocatrice d'une atteinte radiculaire ou liée à une hernie post-traumatique n'avait été constatée. Le neurologue précité était dès lors d'avis que les douleurs s'intégraient dans le cadre d'un état de tension chronique, associé à une labilité émotionnelle et à une diminution du seuil de sensibilité de la douleur.

7. Dans son rapport intermédiaire du 26 juillet 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, a posé les diagnostics de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, lésion partielle de l'insertion du muscle gastrocnémien interne gauche, status post fracture des apophyses transverses en L5 des deux côtés (ddc), status post entorse cervicale, syndrome du tunnel carpien droit et état de stress post-traumatique (SSPT). Le médecin traitant avait notamment constaté une lente évolution des cervico-dorso-lombalgies et une discrète amélioration des amplitudes cervicales. L'assuré était incapable de travailler pour une durée indéterminée.
8. Le 3 septembre 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de déchirure symptomatique du ménisque interne du genou gauche. L'IRM avait montré une déchirure claire et instable du ménisque, pour laquelle une exploration arthroscopique et une résection a minima étaient selon lui indiquées.
9. Dans son rapport du 20 septembre 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics de gonalgies et de déchirure méniscale interne, rappelant pour le surplus les diagnostics déjà évoqués le 26 juillet 2014. Les gonalgies persistaient mais les douleurs cervico-lombaires s'étaient améliorées. L'assuré attendait la convocation des HUG pour une arthroscopie du genou gauche.
10. Le 18 décembre 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état d'une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne (CPMI) du genou gauche, nécessitant une arthroscopie dudit genou.
11. Le 18 décembre 2014 également, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI).
12. Dans son rapport intermédiaire du 6 janvier 2015, la Dresse D\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. L'évolution était défavorable en raison d'un mini-choc rotulien, d'une limitation de la flexion, de douleurs importantes en extension, les tests étant

positifs, ainsi que d'une douleur au membre inférieur. Le pronostic était toutefois bon après l'arthroscopie devant se dérouler le 12 janvier 2015.

13. Le dossier de l'assuré a été soumis au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a considéré, par avis des 5 décembre 2014 et 9 janvier 2015, qu'un séjour à la clinique romande de réadaptation (CRR) devait être effectué avant tout autre traitement, et notamment avant l'arthroscopie.
14. Par rapport du 22 janvier 2015, Madame H\_\_\_\_\_ et la Dresse D\_\_\_\_\_ ont expliqué suivre l'assuré depuis le 23 avril 2014 suite à son accident de travail du 14 mars 2013. Il présentait depuis lors de nombreuses douleurs au niveau du genou, de la colonne vertébrale (dos et cervicales), lesquelles étaient accompagnées par d'importantes angoisses, l'assuré se sentant isolé socialement, ses relations avec sa famille proche n'étant plus bonnes et sa perception de lui-même et de son avenir étant très négative. Il présentait des symptômes dépressifs et anxieux s'agissant de son avenir professionnel et familial, ayant notamment un fort sentiment qu'il aurait pu mourir en tombant non loin de structures métalliques avec des pics. En outre, son employeur et ses collègues doutaient de l'accident et lui avaient fait comprendre qu'ils pensaient qu'il s'était laissé tomber. Par la suite, il avait été licencié. Sa situation familiale s'était également dégradée, l'assuré vivant actuellement séparé de sa cellule familiale, son épouse et leurs quatre enfants étant domiciliés en France voisine alors que lui était obligé de rester à Genève, afin de rester proches de ses médecins. Ces troubles étaient en lien avec l'accident assuré et la suite des événements avec son employeur par la suite. L'accident et le licenciement avaient amené l'assuré à se dévaloriser fortement. Son état psychique était étroitement lié à l'évolution de ses douleurs au niveau cervical et dorsal et à la récupération de ses capacités.
15. Comme préconisé par le Dr G\_\_\_\_\_, l'assuré a séjourné à la CRR du 13 janvier au 10 février 2015 pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques du genou gauche. Selon le rapport du 17 février 2015, les diagnostics étaient les suivants : gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante des deux genoux, cervicalgies chroniques, hernie discale postéro-médiane C3-C4, lombalgies chroniques, discrets troubles dégénératifs lombaires bas, les comorbidités retenues étant une discrète souffrance sensitivo-moteur du nerf médian à droite, une obésité (BMI : 33kg/m<sup>2</sup>) et du tabagisme actif. Les médecins avaient également noté les antécédents suivants : status post-ablation de kyste synovial au niveau de la cheville droite en 2006, ablation d'hémorroïdes en 2005 et appendicectomie à l'âge de 13 ans.

A l'admission, l'assuré se plaignait de douleurs de localisations multiples : une douleur cervicale droite, cotée entre 6 et 7/10, irradiant dans l'épaule droite et dans

tout le membre supérieur droit, aggravée à l'effort, une faiblesse musculaire, une limitation des mouvements de la nuque et de l'épaule droites, des douleurs lombaires en barre, présentes à l'effort et au repos, un dos bloqué, qu'il ne pouvait pas trop mobiliser en raison des douleurs, cotées à 7, irradiant jusqu'au niveau de la région fessière des deux côtés et jusqu'au tiers proximal de la cuisse gauche. L'assuré ne signalait toutefois pas de décharges électriques ou de dysesthésies. Enfin, il faisait état de douleurs au genou gauche, localisées à la face interne, constantes, pouvant monter jusqu'à 8/10.

Lors de l'anamnèse réalisée lors de l'admission, l'assuré avait adopté un comportement douloureux très prononcé. En position assise, il portait une collerette. Le cou restait mobile. Il portait également encore une ceinture lombaire et marchait avec des béquilles. Le genou gauche était tenu immobile en extension. Enfin, durant l'examen, l'assuré faisait beaucoup de grimaces et de gémissements, avec beaucoup d'autolimitations. A la sortie, l'assuré se déplaçait toujours avec une canne anglaise et une boiterie de décharge du membre inférieur gauche mais il avait abandonné la collerette mousse.

Après avoir procédé à un examen clinique à l'entrée et à la sortie, qu'ils ont décrit dans leur rapport, précisant notamment que tous les signes et symptômes de Waddell avaient été retrouvés, les médecins de la CRR ont considéré que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. S'agissant du genou gauche, les discordances étaient importantes. L'assuré avait abandonné la collerette de mousse et retrouvé une mobilité normale, sans thérapie, l'hernie discale ne jouant pas de rôle lors du séjour. La corrélation radio-clinique était également mauvaise s'agissant du dos. Des facteurs contextuels (litige en cours avec l'employeur, problèmes familiaux, absence de contrat de travail, catastrophisation et kinésiophobie élevée, patient très centré sur la douleur) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles et influençaient négativement le retour au travail. Les douleurs au genou et du bas du dos étaient restées inchangées. Il y avait toutefois un point positif avec l'abandon d'une canne et du collier cervical. L'atteinte au niveau du tunnel carpien ne justifiait rien pour le moment et les plaintes y relatives étaient susceptibles de régresser avec le temps après sevrage complet des cannes. La participation de l'assuré aux thérapies avait été moyenne. Les médecins de la CRR avaient également relevé de nombreuses incohérences : discordances importantes entre les plaintes et les anomalies objectives, ce qui était confirmé par un score de 19 au questionnaire PACT, ce qui signifiait que l'assuré ne se sentait même pas capable de faire des activités correspondant au niveau sédentaire et/ou assis. Aucune intervention chirurgicale n'était indiquée pour le genou, une arthroscopie étant susceptible de déclencher un nouveau cycle de

douleurs, seul un programme de rééducation bien suivi pouvant entraîner une meilleure utilisation du genou. Le pronostic de réinsertion tant dans l'ancienne activité que dans une activité nouvelle moins exigeante physiquement était défavorable.

En annexe au rapport figuraient notamment les pièces suivantes :

- Le consilium neurologique, daté du 27 janvier 2015, à teneur duquel l'examen neurologique était dans la norme, sans évidence d'une atteinte radiculaire ou médullaire justifiant un bilan électrophysiologique. Les neurologues préconisaient un sevrage de la collerette et notaient que le syndrome du tunnel carpien débutant devait être suivi.
- Le consilium psychiatrique du 15 janvier 2015, dont il ressort qu'aucune pathologie psychiatrique franche n'était décompensée lors de l'examen. Les médecins n'avaient plus particulièrement pas retrouvé d'élément montrant une détresse psychologique marquée (impression d'avoir touché le fond, sentiment que l'assuré se laissait aller, qu'il était perdu), tels que décrits par Madame H\_\_\_\_\_. Au terme du séjour, l'assuré avait reconnu une amélioration des douleurs au genou et aux cervicales mais il ne comprenait pas la persistance des douleurs au dos et dans la main et ne semblait pas retenir une composante psychique et fonctionnelles à ses douleurs et limitations. Quand bien même aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu, les médecins ne pouvait exclure que des facteurs contextuels familiaux et professionnels puissent influencer négativement la symptomatologie.
- La consultation orthopédique du 19 janvier 2015, dont il ressort que l'assuré s'auto-invalidait et se plaignait beaucoup de douleurs cervicales, lombaires et du genou droit. S'agissant du genou, une arthro-IRM devait être réalisée.
- Le CR de la colonne cervical, du genou et de la charnière dorso-lombaire, ayant notamment mis en évidence de discrets troubles dégénératifs à type ostéophytaires au niveau de la charnière dorso-lombaire et une rétrolisthésis de C3 sur C4 de grade I majoré en rétroflexion.
- L'arthro-IRM du 21 janvier 2015, mettant en évidence une fissuration focale oblique à la jonction de la corne postérieure et du corps du ménisque interne avec dégénérescence du fragment distal, non opacifié par le produit de contraste vraisemblablement cicatricielle ainsi qu'une fissuration cartilagineuse superficielle patellaire et du compartiment interne.
- Le scanner de la colonne lombaire effectué le 26 janvier 2015 n'a pas mis en évidence de fracture sur l'ensemble du rachis lombaire. En revanche, il a décelé une minime discopathie à l'étage L4-L5.

- La consultation orthopédique du 2 février 2015, dont il ressort que l’IRM réalisée le 21 janvier 2015 montrait essentiellement un début de méniscope du compartiment interne, sans déchirure franche ni liquide entrant dans le cartilage ou encore œdème à proprement parler dans l’os sous-chondrale du compartiment interne. Dans de telles circonstances, l’orthopédiste considérait qu’il s’agissait plutôt d’une méniscope du compartiment interne que d’une déchirure méniscale, de sorte que l’arthroscopie envisagée n’était pas nécessaire, ce geste pouvant laisser un bord de ménisque irrégulier, léser le cartilage et redéclencher un nouveau cycle de douleurs. En revanche, un traitement avec du condrosulf pendant 6 mois et un anti-inflammatoire pendant 6 semaines associés à un programme de rééducation pouvait entraîner une meilleure utilisation du genou.
16. La SUVA a soumis le rapport de la CRR à ses médecins d’arrondissement et leur a demandé de se prononcer sur la question de la causalité naturelle :
- Dans son appréciation du 20 mars 2015, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que le rapport de la CRR avait été établi après le rapport de la psychologue de l’assuré. Dès lors que les médecins de la CRR n’avaient pas retenu de diagnostic sur le plan psychiatrique, il n’y avait pas lieu de se poser la question de la causalité naturelle.
  - Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il a considéré dans son appréciation du 25 mars 2015, que la symptomatologie présentée par l’assuré n’était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l’événement assuré du 14 mars 2014. Une incapacité de travail pourrait toutefois être retenue mais sans qu’elle ne soit liée à l’accident assuré, dans la mesure où l’assuré était porteur d’une gonarthrose des deux genoux, d’un syndrome du tunnel carpien et d’anomalies dégénératives de la colonne vertébrale, sans déstabilisation déterminante. Il partageait l’avis de l’orthopédiste de la CRR, lequel estimait qu’une intervention du genou gauche n’était pas indiquée. Enfin, dans les suites de l’accident assuré, la situation était stabilisée dès lors qu’il n’existait pas de lésion pouvant aggraver d’une façon déterminante une pathologie ancienne.
17. Par décision du 21 avril 2015, la SUVA mis un terme avec effet immédiat à la prise en charge du traitement médical et avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2015 pour les indemnités journalières dès lors que selon le Dr G\_\_\_\_\_, les troubles subsistant encore n’étaient plus dus à l’accident mais qu’ils relevaient d’une maladie. Par conséquent, la prise en charge de l’incapacité de travail et celle du traitement médical relevaient désormais de la compétence de l’assurance-maladie.

18. Le 18 mai 2015, sous la plume de son conseil, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, considérant que les conclusions de la SUVA étaient infondées et arbitraires dès lors qu'avant son accident du 14 mars 2014, il ne présentait aucun trouble, ni physique ni psychique. Il était dès lors objectivement acquis que les troubles résiduels étaient la conséquence directe de l'accident assuré. Par ailleurs, avant l'accident précité, sa capacité de travail était pleine et entière. Au vu de ce qui précède, il requérait la réalisation de nouvelles expertises médicales neutres.
19. La SUVA a écarté l'opposition précitée par décision sur opposition du 11 juin 2015, considérant en substance qu'au vu du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 25 mars 2015, la symptomatologie douloureuse n'était pas en lien de causalité naturelle pour le moins probable. Il n'existait en outre pas de lésion accidentelle pouvant aggraver de façon déterminante une pathologie ancienne. S'agissant des troubles psychiques, ils n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident dès lors que les critères jurisprudentiels n'étaient pas réunis.
20. Le 20 juillet 2015, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant sous suite de frais et dépens, après réalisation d'une ou plusieurs expertises complémentaires et audition de témoins (médecins et tiers), à l'annulation de la décision querellée, à la constatation que l'intégralité des prestations d'assurance (frais médicaux et indemnités journalières) était dues en raison de son incapacité de travail et qu'elle sera versée au-delà du 21 avril 2015 et ce pour une durée indéterminée. A l'appui de ses conclusions, il a repris les arguments d'ores et déjà invoqués dans son opposition.
21. Par complément au recours du 6 novembre 2015, le recourant a considéré, en se fondant sur les rapports de deux de ses médecins, les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, que les troubles dont il souffrait toujours étaient la conséquence unique et directe de l'accident assuré, étant donné qu'avant cet événement, il ne présentait aucune affection et était capable de travailler à 100%. Par ailleurs, contrairement à la position de la SUVA, sa chute revêtait un caractère particulièrement impressionnant et devait être considérée comme la cause unique de son handicap actuel et de ses importantes douleurs. L'examen effectué par la SUVA (ci-après : l'intimé) était par conséquent hâtif et lacunaire.

En annexe au recours figuraient les pièces suivantes :

- Un courrier du 26 octobre 2015 du Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort que le recourant avait été initialement soigné aux HUG où il avait effectué divers examens. La suite du traitement s'était avérée très difficile après la découverte tardive d'une fracture des apophyses transverses L5 et également d'une entorse cervicale. Lors de l'accident, il s'était également tordu le genou gauche. L'IRM

avait mis en évidence une déchirure du ménisque interne avec des blocages difficiles et une déambulation difficile sans cannes. Pour le Dr J\_\_\_\_\_, les lombalgies étaient la conséquence des fractures des apophyses, étant donné qu'auparavant, le recourant n'avait jamais souffert de douleurs ou de problèmes au niveau du dos ou du genou.

- Une attestation du 29 octobre 2015 du Dr K\_\_\_\_\_, médecin généraliste exerçant à Chalon-sur-Saône, selon laquelle il avait été le médecin traitant de l'assuré entre 1996 et 2010 et qu'il n'avait jamais dû le traiter pour un problème rachidien et ostéo-articulaire.
22. L'intimée a répondu en date du 15 janvier 2016 et a considéré que le recourant n'apportait aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause la décision sur opposition querellée de sorte que le recours devait être rejeté, étant précisé qu'il renonçait à produire une réponse en bonne et due forme, rappelant simplement que la décision contestée reposait sur l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, lequel avait considéré que la symptomatologie actuelle n'était pas en rapport de causalité avec l'accident assuré. Dans la mesure où son appréciation reposait sur un examen complet du dossier et qu'elle prenait en compte les plaintes du recourant et aboutissait à des conclusions claires, elle emportait pleinement la conviction. S'agissant des pièces produites par le recourant, force était de constater que le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ ne justifiait aucune incapacité de travail au-delà du mois d'avril 2015. En outre, on ne savait pas si le Dr J\_\_\_\_\_ avait examiné l'assuré. Ce médecin s'était toutefois prononcé en méconnaissance du rapport de la CRR, dès lors qu'il persistait à mentionner l'existence d'une déchirure méniscale et de blocages du genou, pourtant démentis par l'IRM du 22 janvier 2015 et les rapports du Dr O\_\_\_\_\_ des 20 janvier et 4 février 2015.
  23. Par réplique du 17 mai 2016, le recourant a sollicité la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire ainsi que l'audition des Drs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.
  24. Le 14 novembre 2016, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en leur impartissant un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions à lui soumettre.
  25. Le recourant n'a pas formulé d'observations concernant l'expert désigné ou les questions posées.
  26. L'intimée n'a pas fait valoir d'objection au questionnaire destiné à l'expert, mais a relevé que celui-ci était un spécialiste du rachis alors que le recourant présentait un problème de genou. Elle requérait qu'un spécialiste de ce domaine soit désigné à la place du Dr M\_\_\_\_\_ ou, à tout le moins, que ce médecin se voie attribuer mandat

de s'adjoindre les services d'un spécialiste du genou dans la réalisation de l'expertise.

### **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 1er 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. Le litige porte sur le droit de l'intimé à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical avec effet au 23 avril 2015 et au versement des indemnités journalières avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2015, singulièrement sur le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles résiduels et l'accident assuré.
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, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. 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.

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.

b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le *statu quo* est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également les arrêts 8C\_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3, 8C\_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3, et 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). Dans un arrêt 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008 concernant un cas d'hernie discale, décompensée par l'accident assuré, le Tribunal fédéral a considéré que la preuve médicale de la causalité naturelle était remplacée par cette présomption jurisprudentielle. Dans ce contexte, il y a encore lieu de préciser que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subi des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004, consid. 4.4.2, RAMA n° U 363, p. 45, consid. 3a).

S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres factures (étrangers à l'accident) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, avec références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002, avec références). Des plaintes consécutives à une simple contusion durant longtemps doivent en effet souvent être attribuées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations (Fehlentwicklung) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

c. Il y a également lieu de relever que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352

consid. 2.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2 et I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b notamment).

7. a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 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). 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 crano-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 crano-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 2001 consid. 2.1 et les références citées).
- b. 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).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut 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 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

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).

8. 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). 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. 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).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un

spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

À noter dans ce contexte que les rapports médicaux établis à l'étranger ne répondent souvent pas aux conditions posées par le droit suisse en matière de valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_952/2011 du 7 novembre 2012 consid. 2.3)

b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGA n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation.

b/cc. 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).

c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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).

9. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car 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 (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

c. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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 correspond 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, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

10. a. En l'espèce, la SUVA a mis un terme avec effet immédiat à la prise en charge du traitement et avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2015 en ce qui concerne le versement des indemnités journalières en se fondant principalement sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 25 mars 2015, lequel s'est prononcé en tenant compte des conclusions de la CRR du 15 février 2015.

Pour sa part, le recourant conteste la position de la SUVA et considère que les troubles dont il souffre encore sont en lien avec l'accident assuré étant donné qu'il ne présentait aucune atteinte au niveau du dos et du genou. Ce faisant, il remet en question l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ en tant que celui-ci retient l'absence de lien

de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs cervicales et lombaires ainsi qu'avec les douleurs au genou.

b. Il convient donc d'examiner, dans un premier temps, la valeur probante du rapport de la CRR et de l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ du 25 mars 2015.

b/aa. Concernant tout d'abord le rapport précité de la CRR, force est de constater qu'il ne s'agit pas d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (voir ATF 136 V 117). Cela étant, le fait qu'il ne s'agisse pas d'une expertise *stricto sensu* n'ôte pas toute valeur probante au rapport précité dès lors que ni l'origine, ni la désignation ne sont déterminantes mais son contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si ledit rapport répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Si les médecins ont pris en considération les plaintes du recourant, qu'ils ont au demeurant brièvement résumées dans leur rapport du 15 février 2015, ils n'ont pas établi d'anamnèse de sorte qu'on ne sait pas s'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant, celui-ci n'y étant pas résumé.

La chambre de céans est en outre d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, le rapport de la CRR ne se prononce à aucun moment sur la question du lien de causalité naturelle, éventuellement indirecte ou partielle, entre l'accident assuré et les atteintes d'origine dégénérative, telles que la hernie discale, les discopathies protrusives ou encore la gonarthrose, alors que cette question est d'une importance capitale pour la résolution du présent litige. En d'autres termes, les médecins de la CRR n'ont à aucun moment déterminé quels facteurs étrangers à l'accident assuré (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) avaient le cas échéant contribué, avec l'accident en question, aux atteintes somatique constatées, et dans quelle mesure, et de préciser si lesdits facteurs étrangers étaient devenus ou deviendraient, à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (*statu quo sine* ou *statu quo ante* atteint).

Enfin, les conclusions des médecins de la CRR ne sont pas motivées. On ne sait ainsi pas pour quels motifs des facteurs non médicaux influenceraient défavorablement le retour au travail ni lesquels. En outre, on peut s'étonner qu'aucune limitation fonctionnelle n'ait été énoncée au vu des diagnostics retenus.

Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le rapport de la CRR du 15 février 2015 est dénué de toute valeur probante de sorte que la SUVA ne pouvait se fonder sur lui pour trancher la question de la causalité naturelle. Reste à voir si l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ pouvait pallier les défauts du rapport précité.

b/bb. La chambre de céans constate, en premier lieu, que le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas examiné personnellement le recourant avant d'établir son rapport. Toutefois,

conformément à la jurisprudence susmentionnée, cela n'a en l'espèce aucune incidence sur la valeur probante de ses rapports, dans la mesure où son appréciation du cas est basée sur les rapports médicaux de médecins ayant quant à eux examiné le recourant.

Cela étant précisé, force est de constater que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante pour les motifs suivants. En premier lieu, il ressort de la liste des pièces étudiées que le médecin précité ne s'est pas fondé sur un dossier complet dans la mesure où les comptes-rendus relatifs au scanner effectué après la chute (mettant en évidence une fracture des apophyses transverses de L5 des deux côtés), aux clichés de la colonne cervicale et à l'IRM (montrant une hernie discale C4-C4 sans signe de myélopathie), ainsi qu'à l'IRM lombaire (montrant un canal pas extrêmement large dans le plan sagittal avec de la graisse partout autour des racines et un bon alignement des vertèbres) ne figurent pas au dossier. Les résumés succincts effectués par le Dr N\_\_\_\_\_ dans son consilium orthopédique du 19 janvier 2015 ne sont, à cet effet, pas suffisants. En second lieu, les conclusions ne sont pas motivées dans la mesure où le rapport en question rejette l'existence d'un lien de causalité sans fournir la moindre explication à ce propos. Il ne se prononce ainsi à aucun moment sur la question du *statu quo ante vel sine* alors que des états malades ont été diagnostiqués tant au niveau du rachis que du genou. On ne sait pas si la chute a décompensé un état malade et, dans l'affirmative, pendant combien de temps. En outre, il a été fait état, à plusieurs reprises dans le dossier d'une fracture des apophyses transverses en L5 des deux côtés (voir pièces SUVA 9, 21, 40 et 79 [prescriptions de physiothérapie], 35 [rapport de l'IRM lombaire du 19 mai 2014], 37 [rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 19 juin 2014], 52 [procès-verbal du premier entretien rédigé par la SUVA], 66 et 118 [appréciations du Dr G\_\_\_\_\_ des 5 décembre 2014 et 26 mars 2015]). Or, quand bien même il évoque la fracture des apophyses transverses précitée, le Dr G\_\_\_\_\_ ne se prononce à aucun moment sur l'évolution de ces fractures et un éventuel lien avec les douleurs encore présentées par le recourant. En ce qui concerne les troubles au genou gauche, les avis ne sont pas unanimes sur le diagnostic au niveau du ménisque, plusieurs médecins évoquant une déchirure vraisemblablement d'origine post-traumatique du ménisque alors que le Dr N\_\_\_\_\_ fait état d'une méniscope, à savoir un syndrome douloureux du genou consécutif à une fissuration dégénérative du ménisque interne survenant chez l'homme après 40 ans (GARNIER/DELAMARE, Dictionnaire illustré des termes de médecine, 2004, p. 550). A noter que les médecins de la CRR ont également évoqué une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante des deux genoux dans leur rapport du 17 février 2015. Dans de telles circonstances, en présence de diverses atteintes d'origine dégénérative, le Dr G\_\_\_\_\_ ne pouvait se

dispenser d'examiner la question d'une décompensation d'un état antérieur et, dans l'affirmative, celle du retour au *statu quo ante vel sine*.

c. Quant au recourant, il se fonde notamment sur les certificats du Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ pour considérer que, dans la mesure où les plaintes au niveau de la colonne lombaire étaient apparues après l'accident assuré, le lien de causalité était donné. Force est toutefois de constater que le Dr K\_\_\_\_\_ n'a jamais pris de conclusion sur un éventuel lien de causalité, se contentant à préciser qu'il n'avait jamais eu à traiter le recourant pour des douleurs au dos ou au genou avant l'accident. Quant au Dr J\_\_\_\_\_, il adopte un raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*» qui n'est pas reconnu en matière d'assurance-accidents (voir *supra* consid. 6a). Il convient au contraire d'en rechercher l'étiologie, ce que ce médecin précité n'a pas fait. Les rapports des médecins traitants du recourant ne permettent ainsi pas de se prononcer sur la question du *statu quo*.

d. Au vu de ce qui précède, il apparaît que la décision attaquée repose sur une instruction manifestement insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de se prononcer sur le retour à un *statu quo* avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. Dans ces circonstances, il y a lieu d'ordonner une expertise orthopédique, laquelle sera confiée au docteur M\_\_\_\_\_ et de l'inviter à examiner, lors de l'examen du recourant, s'il est nécessaire de le soumettre à un examen rhumatologique ou à un spécialiste du genou et, dans l'affirmative, d'en informer la chambre de céans afin qu'elle puisse ordonner une expertise complémentaire.

11. Reste à examiner si l'expertise orthopédique doit être complétée par une expertise psychiatrique en raison des troubles psychiques évoqués par les médecins traitants du recourant. Dans ce contexte, il convient de s'assurer d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'accident assuré et lesdites troubles psychiques.

a. En l'espèce, les problématiques du lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les éventuels troubles psychiques du recourant encore existant au jour de la décision querellée et, partant, de la valeur probante du rapport de la CRR et de l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, peuvent rester ouvertes étant donné que la causalité adéquate doit de toute manière être niée pour les motifs suivants.

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, l'intensité du traumatisme cranio-cérébral subi par le recourant n'a pas atteint le seuil de la contusion cérébrale pour que les critères de l'ATF 117 V 359, applicables notamment en cas de traumatisme cranio-cérébral, trouvent application.

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 au maximum être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*, le recourant ayant chuté d'une hauteur de trois 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. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moins décisive lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident que si elle en garde des souvenirs clairs (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 14 mars 2014 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).

b/bb. Concernant la gravité des lésions physiques et leurs conséquences, elles consistent tout au plus en une fracture des apophyses de la vertèbre L5, en des contusions et en la décompensation d'un état dégénératif antérieur au niveau de la colonne vertébrale et du genou droit, ce qui ne constitue pas des lésions 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 5ème 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>e</sup> vertèbre thoracique avec déchirure de la coiffe arrière ainsi que du ligament ayant nécessité trois opérations).

b/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 18 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.

b/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.

b/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 10 mars 2015, ce qui constitue d'ailleurs une durée assez longue.

c. 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 14 mars 2014 et les éventuels troubles psychiques dont souffre le recourant. Dans ces circonstances, il n'est donc pas

nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, l'absence de lien de causalité adéquate, étant quoi qu'il en soit une question de droit (et non de fait comme celle de l'existence d'un lien de causalité naturelle). La chambre de céans relève, à ce stade, que l'arrêt sur le fond qui sera rendu à l'issue de la procédure d'expertise, reprendra les considérations qui précèdent, relatives aux troubles psychiques.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise orthopédique de Monsieur A\_\_\_\_\_ et la confie au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
2. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.
  - c. Examiner l'assuré et déterminer s'il est nécessaire de le soumettre à un examen rhumatologique ou à un examen complémentaire par un autre spécialiste, notamment du genou. Dans l'affirmative, en informer la chambre de céans afin qu'elle puisse ordonner une expertise complémentaire.
  - d. Si nécessaire ordonner d'autres examens.
  - e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
    1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (anamnèse professionnelle et sociale - évolution et résultat des thérapies)
    2. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?
    3. Quel est le status clinique ?
    4. Quels sont les diagnostics ?

Depuis quand sont-ils présents et comment ont-ils évolué ?

Lesquels de ces diagnostics ont-ils une répercussion sur la capacité de travail ?
    5. Les atteintes à la santé sont-elles objectivables ?

6. Quelle est l'évolution de l'état de santé avant l'accident du 14 mars 2014 et après.
7. Le recourant présentait-il un état maladif antérieur au 14 mars 2014 ? Dans l'affirmatif, lequel ?
8. L'accident du 14 mars 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (« *condition sine qua non* ») de l'atteinte, respectivement des atteintes à la santé de la recourante ? Plus précisément, quel est le degré de probabilité du lien de causalité : est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident).
9. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 14 mars 2014 (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) qui ont contribué, avec ledit accident en question, à la survenance de l'atteinte, respectivement des atteintes à la santé du recourant ?
10. L'accident du 14 mars 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ? Motiver.
11. A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé de la recourante (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* »).
12. Quels ont été les traitements prodigués ? Sont-ils terminés ? Si non, quels traitements sont encore nécessaires ?
13. Peut-on attendre de la poursuite d'un traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la recourante ? Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la recourante (état final atteint) ?
14. Quelles sont les limitations fonctionnelles (mouvements, activités ou astreintes qui ne peuvent plus être exécutés par le recourant) liées à chaque diagnostic retenu, puis globalement ?
15. Quelle est la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et son évolution dans le temps depuis le 14 mars 2014, en pour-cent, en distinguant les diagnostics retenus (en lien de causalité ou non avec l'accident) ?
16. Y-a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure?
17. Les diagnostics retenus entraînent-ils une incapacité de travail durable?

18. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant? Si oui, à quel taux et depuis quand? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand? Donner une description des activités adaptées.
19. Pronostic global.
20. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
4. Réserve le sort des frais ;
5. Réserve le fond ;

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le