



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3350/2019

ATAS/970/2020

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

**Arrêt du 11 septembre 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o M. B\_\_\_\_\_, à LES ACACIAS,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc  
HOCHMANN FAVRE

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS – SUVA, Division juridique, Fluhmattstrasse 1,  
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1954, travaillait en qualité d'« account manager » pour le compte de C\_\_\_\_\_SA et était assuré à ce titre contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), lorsque, le 15 avril 2016, il a été blessé.

Les faits ont été décrits comme suit : il circulait au volant de son véhicule sur le parking extérieur de l'entreprise ; arrivé à la barrière du parking, il a débouclé sa ceinture pour prendre le ticket de sa main gauche ; comme il souffrait de fourmillements dans le bras gauche, il a laissé ce membre plié et a conduit de la seule main droite ; alors qu'il roulait au pas, à 10 ou 15 km./h. au maximum, il a voulu contourner un réverbère ; malheureusement, arrivé tout près de l'obstacle, le volant a glissé de sa main droite ; surpris, il n'a pu éviter l'obstacle et est entré en collision avec le réverbère, ce qui a causé une petite marque au pare-chocs mais n'a pas suffi à déclencher l'airbag ; il a alors heurté le volant de la tête ; dans un premier temps, il n'a plus senti ses bras ; ses collègues l'ont aidé à sortir du véhicule et l'ont allongé durant 30 minutes environ, laps de temps à l'issue duquel il a senti à nouveau ses bras, tout en souffrant toujours de fourmillements à gauche ; le dimanche matin, au lever, il a remarqué qu'il ne contrôlait plus ses membres supérieurs et qu'en plus des fourmillements dans le gauche, il ressentait des douleurs dans les deux bras ; depuis lors, les douleurs cervicales dont il souffrait depuis 2008 se sont accompagnées de douleurs dans les membres supérieurs (description des faits donnée par l'assuré lors d'un entretien, le 17 juillet 2016).

2. À la clinique et permanence d'Onex, où il s'est rendu le lendemain, le diagnostic de myélopathie cervicarthrosique a été posé. Les radiographies de la colonne cervicale ont révélé des troubles statiques (cervicarthrose et uncarthrose de C3 à C6 et discopathie de C6 à C7). Dans ce contexte dégénératif, il n'y avait pas de lésion traumatique visible.

3. Ont été versés au dossier :

- une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 18 mars 2008 permettant de documenter un état dégénératif antérieur (rétrécissement du canal cervical s'étendant de C3-C4 à C5-C6 et entraînant une compression médullaire, ainsi qu'une discarthrose pluri-étagée, avec présence de protrusions disco-ostéophytaires postérieures, s'accompagnant d'une uncarthrose à nette prédominance gauche entraînant un rétrécissement sévère des trous de conjugaison C4-C5, C5-C6 et C6-C7 prédominant du côté gauche) ;

- une IRM de la colonne cervicale réalisée le 20 avril 2016 montrant, notamment, des atteintes dégénératives étagées complexes en C3-C4, C4-C5, C5-C6 et, dans une moindre mesure, C6-C7, compliquée d'un débord discal postérieur global en C3-C4 à l'origine d'un rétrécissement du canal cervical; étaient également révélés une anomalie de signal du cordon médullaire compatible avec une myélopathie cervicarthrosique, ainsi que des rétrécissements des foramens d'origine mixte, discale et uncarthrosique ;
  - une échographie de l'épaule droite, pratiquée le 27 avril 2016, concluant à une réaction capsulaire gléno-humérale de cette épaule après traumatisme et immobilisation ;
  - une échographie du poignet droit, pratiquée le même jour, ne mettant en évidence aucun élément traumatique observable ;
  - des radiographies de la colonne cervicale pratiquées le 9 mai 2016, montrant une uncarthrose cervicale étagée et une arthrose facettaire du segment cervical moyen ;
  - un CT-scan cervical du même jour ne montrant aucune lésion traumatique du rachis cervical ;
  - une IRM de la colonne cervicale du 24 juin 2016 montrant un aspect globalement comparable à celui d'avril 2016.
4. Le 28 juillet 2016, l'assuré a subi une intervention (laminectomie C4 à C6 et partielle C3 inférieure et laminectomie partielle au niveau de la vertèbre C7 gauche, avec foraminotomie postérieure C6 à gauche). Le compte-rendu opératoire rappelle que le patient était connu pour une discarthrose multi-étagée cervicale basse, qu'il souffrait de fourmillements dans les membres supérieurs connus de longue date, qu'après l'accident, un bilan a mis en évidence un canal cervical étroit au niveau C3-C4 avec signes de myélopathie radiologique et que, dans ce contexte, lui a été proposée une décompression par discectomie C3-C4 avec mise en place d'une cage et d'une plaque.
5. L'évolution a été marquée par la persistance de cervicobrachialgies, avec sensation d'endormissement des épaules des deux côtés.
6. Ont encore été versés au dossier :
- une IRM de contrôle de la colonne cervicale pratiquée le 21 novembre 2016 ne montrant aucune complication (status post-opératoire avec ré-expansion du canal rachidien d'apparence satisfaisante, persistance de quelques altérations de signal du cordon médullaire, absence de conflit discoradiculaire décelable en regard des troubles dégénératifs et discopathiques, absence de conflit avec le cordon médullaire, absence de complication décelable au niveau du site opératoire) ;
  - un examen IRM de la colonne lombaire du 30 novembre 2016 montrant des altérations dégénératives (possible trouble statique du rachis et discopathie débutante D11 à L4, discarthrose L4-L5 et L5-S1 avec rétrécissement des foramens des deux côtés) ;

- une électroneuromyographie (ENMG) pratiquée le 20 décembre 2016 montrant une neuropathie ulnaire bilatérale pouvant expliquer la persistance de troubles sensitifs au niveau des deux derniers doigts des deux côtés ;
- un bref avis émis le 23 décembre 2016, par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, concluant à un important état antérieur aggravé par l'accident, lequel avait manifestement provoqué une myélopathie cervicale imposant une décompression chirurgicale rapide à prendre en charge par l'assurance accidents, le reste ne concernant pas celle-ci ;
- une seconde ENMG, le 28 mars 2017, montrant de discrets signes de perte axonale débutante aux membres inférieurs, insuffisants pour expliquer les pertes d'équilibre épisodiques ;
- le rapport rendu par la Clinique romande de réadaptation (CRR) à l'issue du séjour de l'assuré, du 3 mai au 21 juin 2017, concluant principalement à des cervicobrachialgies bilatérales chroniques, à une neuropathie ulnaire au coude, à une myélopathie cervicale C3-C5 sur canal cervical étroit et un traumatisme cervical indirect avec décompensation de cervicobrachialgies bilatérales ; l'incapacité de travail avait été totale dans l'activité habituelle du 3 mai au 21 juillet 2017 ; l'évolution subjective et objective était favorable, le patient rapportant un gain fonctionnel, une facilité plus grande dans les activités de la vie de tous les jours et la diminution des fourmillements en région cervico-scapulaire, voire un gain de mobilité de la nuque avec, malgré tout, la persistance de douleurs à ce niveau ; les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : éviter le port de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétés de flexion/extension ou rotation de la colonne cervicale ; la situation n'était stabilisée ni du point de vue médical, ni de celui des aptitudes fonctionnelles ; une stabilisation était attendue dans un délai de six mois ; le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable, mais limité par le manque d'endurance ; une reprise progressive du travail dès l'automne était envisagée ;
- un bref avis émis le 14 septembre 2017 par le Dr D\_\_\_\_\_, selon lequel la neuropathie ulnaire bilatérale ne pouvait être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident ;
- un rapport rédigé le 2 octobre 2017 par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et chirurgien de la colonne vertébrale, constatant des cervicalgies séquellaires après traumatisme et laminectomie étendue ; le médecin a déconseillé toute prise en charge chirurgicale chez un patient qu'il a décrit comme « entré dans un cercle de douleurs chroniques », « très démonstratif et très algique à la moindre palpation de la région cervicale » ; il a en revanche préconisé une consultation multidisciplinaire de la douleur ; le médecin notait l'absence de déficit moteur des membres supérieurs, des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques et un signe de Hoffmann positif des deux côtés ;

- un rapport du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, du 2 novembre 2017, concluant à des neuropathies du nerf ulnaire.
- 7. Le 31 octobre 2017, une libération du nerf ulnaire au coude gauche a été effectuée.
- 8. Le 22 janvier 2018, la Consultation ambulatoire de la douleur a indiqué que l'anamnèse et le status évoquaient des douleurs mixtes avec une composante neurogène et une hypersensibilisation centrale. Une consultation avec un psychiatre de l'équipe pluridisciplinaire était préconisée.
- 9. Le 15 février 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré.

Celui-ci s'est plaint d'une dégradation de son état : en plus de cervicalgies extrêmement pénibles, prédominants à gauche, avec une irradiation douloureuse dans les épaules, aggravées au moindre effort, il avait vu apparaître des troubles de l'équilibre l'obligeant à marcher avec une canne basse. Il était d'ailleurs tombé à plusieurs reprises. Il sursautait vivement au moindre bruit, éprouvait des difficultés à respirer. Il ne pouvait ni s'appuyer à un dossier, ni se coucher sur le dos. Il souffrait de fourmillements dans les deux derniers doigts des deux mains. Il se plaignait également d'une grande fatigue et décrivait une gêne dans la jambe et le pied gauches.

Objectivement, le médecin avait constaté une musculature nettement contractée et douloureuse à la palpation aux niveaux paravertébral et du trapèze, une cicatrice calme, une mobilité du rachis cervical passablement limitée dans tous les plans, une mobilisation sensible, mais sans irradiation douloureuse, ni paresthésie dans les membres supérieurs, une trophicité musculaire globalement conservée, tant au niveau des bras que des jambes, l'absence de déficit moteur évident au niveau supérieur.

En définitive, le médecin a indiqué ne pas savoir « trop quoi penser » d'un patient lui semblant avoir adopté une position d'invalidé dont il a souligné qu'elle ne trouvait pas forcément d'explication médicale et qu'elle n'avait pas été observée lors du séjour à la CRR. Il a également noté un déni total d'un état antérieur préexistant, l'intéressé mettant tous les troubles sur le compte de l'accident. Finalement, il a préconisé une nouvelle évaluation auprès de la CRR afin d'actualiser le bilan radiologique et de procéder à un examen neurologique détaillé ainsi qu'à une évaluation psychiatrique.

- 10. Le 20 mars 2018, une neurolyse endoscopique du nerf ulnaire droit a été pratiquée.
- 11. En mars 2018, un devis de CHF 5'850.- en vue de l'acquisition d'un scooter électrique a été présenté à la SUVA qui, par lettre du 27 mars 2018, a refusé d'entrer en matière, les conditions de prise en charge de ce moyen auxiliaire n'étant pas remplies.
- 12. Du 27 mars au 6 avril 2018, l'assuré a séjourné à nouveau à la CRR, en vue d'une évaluation pluridisciplinaire.

Les spécialistes ont noté que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées, mais qu'elles étaient aussi influencées par des facteurs contextuels et psychologiques pouvant jouer un rôle important et participer à la mauvaise évolution.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes ont été retenues : impossibilité de conserver une position statique de manière prolongée, nécessité d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg et les mouvements du rachis cervical.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée paraissait sombre chez un patient âgé de 64 ans et centré sur sa douleur.

Au terme d'un consilium psychiatrique, les 29 mars et 4 avril 2018, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a constaté que le champ de la conscience de l'assuré était totalement occupé par ses préoccupations, de sorte qu'il était incapable de porter son attention sur autre chose, quelle que soit l'activité envisagée.

Le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, a quant à lui indiqué ne pouvoir rien proposer d'autre qu'une évaluation et prise en charge psychologique pour tenter de comprendre la problématique de l'assuré, aider celui-ci à s'apaiser et réévaluer l'aspect somatique qui semblait être au second plan.

Sur le plan psychiatrique, les médecins ont indiqué qu'il était difficile de formuler un diagnostic précis chez un patient allant visiblement très mal au niveau psychique et exprimant de manière quelquefois théâtrale une grande souffrance ; ils ont indiqué hésiter entre un trouble somatoforme, un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, voire une décompensation d'un trouble mixte de la personnalité ; une décompensation d'une personnalité sensitive de Kretschmer a également été évoquée, en précisant que, dans ce contexte, toute tentative de réadaptation serait vouée à l'échec voire risquerait d'aggraver la symptomatologie du patient, qualifié de totalement incapable de travailler pour raisons psychiques.

13. Une consultation de psychiatrie de liaison au sein des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) a été effectuée le 13 avril 2018 pour une symptomatologie anxieuse au premier plan, possiblement dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent en lien avec les douleurs chroniques.
14. Une IRM de la colonne cervicale du 3 avril 2018 a conclu à un status postopératoire de C4-C7 sans canal étroit significatif, à une cervicarthrose étagée prédominant à la hauteur de C4-C5 et C6 sans œdème osseux significatif, à un pincement et à une ostéophytose au niveau intercorporel, à une uncarthrose des foramens C6-C7 et à une myélopathie étagée centrale de C3 à C5 avec prédominance gauche.
15. Dans un bref rapport daté du 31 mai 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que son patient avait perdu son autonomie suite aux douleurs cervicales irradiant jusque dans le dos. La station debout prolongée majorait ses douleurs,

allant jusqu'à provoquer des malaises, de sorte qu'il n'osait plus sortir seul de chez lui, ce qui favorisait un état dépressif et une perte de musculature et d'équilibre. Selon le médecin, son patient « bénéficierait grandement d'une chaise roulante électrique qui lui permettrait de récupérer de l'autonomie, améliorer son moral et diminuer ses douleurs ».

16. Le 10 août 2018, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a fait sienne les conclusions de ses confrères de la CRR en termes de limitations fonctionnelles. Le cas était désormais stabilisé : il n'y avait pas eu de lésion structurelle supplémentaire à la colonne cervicale, mais un ébranlement médullaire ayant justifié une intervention neurochirurgicale ; les troubles douloureux subsistant au niveau cervical pouvaient être imputés de façon pour le moins probable à l'accident initial. Il a évalué à 15% l'atteinte à l'intégrité imputable à l'accident (application de la table n°7 : cervicalgies persistantes dans les suites d'une laminectomie, sans arthrodèse).
17. Le 15 août 2018, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, a constaté que les plaintes de l'assuré semblaient plus liées à une problématique dégénérative qu'accidentelle et que, sur le plan psychique, l'atteinte était difficile à diagnostiquer, car les plaintes manquaient de cohérence et étaient aspécifiques. Le médecin a expliqué que, dans les faits, il n'y avait pas grand-chose de commun entre un trouble somatoforme et la décompensation d'un trouble de la personnalité, même sensitive. Il penchait pour sa part très fortement pour une situation où se mêlaient des plaintes du registre somatoforme et une majoration symptomatique avec une évolution résistante aux traitements qui aboutirait à une invalidation progressive et à exclure la causalité naturelle entre l'accident et la pathologie psychique.
18. Le 4 septembre 2018, la SUVA a annoncé la clôture du cas au 31 octobre 2018, vu l'absence de traitement susceptible d'améliorer l'état de santé.
19. Le 18 octobre 2018, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie travaillant au Centre de la douleur des HUG, répondant à une demande d'information de l'OAI du 18 octobre 2018, a conclu à un épisode dépressif moyen, expliquant que l'assuré était très limité dans son quotidien en raison du handicap provoqué par l'accident, qu'il se déplaçait avec difficulté à l'extérieur et restait la plupart du temps chez lui, que ses activités sociales étaient très restreintes en raison de la symptomatologie douloureuse, que l'épisode dépressif était en lien avec les conséquences de l'accident et que la capacité de travail était nulle depuis lors.
20. Le 30 octobre 2018, le docteur M\_\_\_\_\_, médecin associé auprès de l'unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud (CHUV), a relevé l'absence de trouble neurologique progressif et de compression médullaire, respectivement la présence d'une composante psychique majeure. Dans un tel

contexte, il a écarté toute indication chirurgicale et suggéré l'éventuelle pose d'un stimulateur contre les douleurs.

21. Dans une appréciation médicale complémentaire du 23 novembre 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ a confirmé la stabilisation du cas.
22. Dans une nouvelle appréciation psychiatrique du 25 janvier 2019, le Dr K\_\_\_\_\_ a constaté une différence d'appréciation majeure entre le Dr L\_\_\_\_\_ et lui-même. Il a expliqué que le traumatisme cervical indirect dont l'assuré avait été victime le 15 avril 2016 avait décompensé des cervicobrachialgies bilatérales sur canal étroit et que c'était donc cette pathologie qui était la plus importante, plus que l'accident en lui-même. Il a ajouté que, stricto sensu, une incapacité de travail pour épisode dépressif moyen ne serait pas de 100%, mais de 50% tout au plus.
23. Par décision du 15 février 2019, la SUVA a reconnu à l'assuré, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> novembre 2018, le droit à une rente d'invalidité de 34% calculée sur la base d'un gain annuel assuré de CHF 123'108.-, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) de 15%, correspondant à un montant de CHF 22'230.-. En revanche, elle a nié toute responsabilité de sa part s'agissant des troubles psychogènes.
24. Par décision du 13 mars 2019, la SUVA a refusé de prendre en charge un fauteuil roulant électrique, au motif que les conditions requises pour l'octroi d'un tel moyen auxiliaire n'étaient pas remplies.
25. Dans le délai utile, l'assuré a contesté ces deux décisions.

D'une part, il a contesté la stabilisation de son état de santé et jugé qu'il était totalement irréaliste de considérer l'exercice d'une activité comme exigible de sa part. Il a soutenu que les troubles psychiques étaient dus à l'accident et conclu à l'octroi d'une allocation pour impotent et à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité supérieure à 15%.

D'autre part, il a persisté à demander la prise en charge d'un fauteuil roulant électrique afin de préserver son autonomie.

26. Par décision unique du 31 juillet 2019, la SUVA a rejeté les deux oppositions.

S'agissant de la première, elle a rappelé que l'objet du litige portait, d'une part, sur les quotités respectives de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également sur son refus d'assumer les troubles de la sphère psychique.

La SUVA a relevé que le traitement par neurostimulation évoqué par le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait pas fait l'objet d'une annonce de la part de l'assuré. Quoi qu'il en fût, ce médecin avait écarté toute indication chirurgicale, faute de trouble neurologique progressif et de compression médullaire et vu la présence d'une composante psychique majeure. Dès lors, les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ du

23 novembre 2018 considérant le cas comme stabilisé ne pouvaient être remises en cause et le versement de l'indemnité journalière ne pouvait être réactivé.

S'agissant du degré d'invalidité, la SUVA a considéré que le sinistre du 15 avril 2016 devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la banalité. En effet, c'est en se déplaçant avec son véhicule à la vitesse du pas que l'assuré avait heurté un réverbère, de sorte qu'on ne pouvait qualifier cet événement de particulièrement impressionnant, d'autant moins que l'assuré avait vu l'obstacle. Il n'y avait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, les documents radiologiques n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique, mais simplement des troubles d'étiologie dégénérative décompensés lors du choc ; dès lors, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques n'était pas non plus rempli, pas plus que celui relatif à la durée anormalement longue du traitement médical, puisqu'abstraction faite de l'intervention du 28 juillet 2016, seul un traitement à visée conservatrice comprenant de la médication avait été prescrit. Il n'y avait pas non plus eu erreur dans le suivi thérapeutique, ni complications importantes. Quant à la capacité de travail, la SUVA a rappelé qu'une reprise de l'activité lucrative avait été envisagée lors du premier séjour de l'assuré à la CRR, au printemps 2017 déjà. Les critères n'étant pas remplis dans leur plus grand nombre ou de façon frappante, on ne pouvait reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les problèmes psychiques invalidants de l'assuré. Dès lors, la perte de gain subie et l'atteinte à l'intégrité devaient être examinées sur la base des seules séquelles physiques.

La SUVA a souligné que les douleurs cervicales alléguées n'avaient pas trouvé de substrat organique et que la CRR avait mis en évidence l'existence de facteurs contextuels et psychologiques. Dès lors, les troubles somatiques semblaient au deuxième plan. Or, il convenait de faire abstraction non seulement de la symptomatologie psychique - qui n'engageait pas sa responsabilité -, mais également des facteurs subjectifs. Dès lors, elle ne pouvait admettre d'incapacité de travail en se fondant essentiellement sur des douleurs dont le ressenti pouvait varier d'un assuré à l'autre.

La SUVA s'est référée aux conclusions de la CRR à l'issue du deuxième séjour de l'assuré et a retenu comme limitations fonctionnelles définitives le maintien prolongé d'une position statique, le port de charges supérieures à 5 kg et les activités impliquant des mouvements du rachis cervical. Elle a relevé que ces conclusions avaient été corroborées par le Dr J\_\_\_\_\_. Celui-ci avait estimé que, dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, avec un port de charges limité à 5 kg, sans mouvements de rotation répétés du rachis cervical et avec une part de conduite limitée à une heure par jour, on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaillât à plein temps et sans baisse de rendement.

La SUVA a retenu un revenu d'invalidé exigible de CHF 64'141.70 en se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; 2016, TA1, tirage\_skill\_level,

niveau de compétence 2 [tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité, la conduite de véhicules] = CHF 71'268.56 pour un horaire de 41,7 h./sem. en 2018, après indexation de 0,4% en 2017 et de 0,5% en 2018 et réduction supplémentaire de 10% pour prendre en compte les répercussions fonctionnelles des séquelles accidentelles). Elle a comparé ce montant au revenu annuel avant invalidité, soit CHF 97'000.-, ce qui l'a conduite à une perte de gain de 33,8%, arrondie à 34%.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la SUVA s'est référée à l'évaluation du Dr J \_\_\_\_\_ qui l'avait estimée à 15%, en se basant sur la table 7 (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale), correspondant à un tableau de cervicalgies persistantes dont les suites d'une laminectomie, sans arthrodeèse. Elle a constaté que l'assuré n'amenait aucun élément objectif permettant de contester l'estimation du spécialiste en chirurgie orthopédique et rappelé pour le surplus que l'assuré était déjà affecté de troubles dégénératifs vertébraux avant l'accident.

S'agissant de la demande d'allocation pour impotent de degré faible, la SUVA a constaté qu'elle dépassait le cadre de la décision querellée et devrait faire l'objet d'une instruction suivie d'une décision formelle sujette à opposition.

Enfin, s'agissant de la seconde opposition, formée contre son refus de prise en charge d'un système de propulsion électrique devisé à CHF 5'850.-, la SUVA a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'assimiler l'assuré à une personne souffrant du fait d'un accident assuré d'une paralysie ou d'une grave lésion cérébrale. À cet égard, elle a rappelé que, lors du premier séjour à la CRR, aucune limitation fonctionnelle au niveau des membres inférieurs n'était présente et qu'à l'issue du deuxième séjour à la CRR, l'assuré s'était plaint de douleurs diffuses au genou qu'il avait lui-même qualifiées de rhumatismales.

27. Par écriture du 13 septembre 2019, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant d'une part, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, d'autre part, à la prise en charge du fauteuil roulant tel que devisé.

Préalablement, il demande la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Le recourant soutient que le lien de causalité doit être reconnu entre son état psychique et l'évènement, puisque, lors de la consultation de psychiatrie du 13 avril 2018, l'absence d'antécédent psychiatrique connu a été notée. Selon lui, le fait que des troubles psychologiques soient apparus postérieurement à l'accident fait apparaître comme hypothèse la plus vraisemblable qu'ils en sont la conséquence.

Selon lui, on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne. Il ne conteste pas l'absence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, mais estime qu'il y a bel et bien gravité ou nature particulière des lésions physiques, puisqu'il a souffert d'une myélopathie cervicale, maladie grave de la moelle

---

épinière en relation avec l'accident. Il ajoute que le traitement médical débuté en avril 2016 se poursuit encore et que les douleurs physiques persistent. Il n'allègue en revanche pas qu'il y aurait eu erreur dans le traitement médical, mais estime que des difficultés sont apparues au cours de la guérison, puisqu'à l'issue de la première évaluation de la CRR, le pronostic était bon et que cela s'est inversé par la suite. Enfin, la durée de l'incapacité de travail a été particulièrement longue.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il reproche au Dr J\_\_\_\_\_ de s'être contenté d'un renvoi à la table 7, alors qu'il est pourtant très gravement atteint au niveau de sa colonne cervicale et qu'en découlent des limitations fonctionnelles importantes. Selon lui, c'est le taux 50% prévu en cas d'atteintes très graves et douloureuses au fonctionnement de la colonne vertébrale qui doit être appliqué.

Enfin, s'agissant de la prise en charge d'une chaise roulante électrique, il fait valoir que la demande d'un tel moyen est appuyée par son médecin traitant, qui atteste qu'il a perdu son autonomie suite aux douleurs cervicales qui irradient jusque dans son dos et que la station debout prolongée majore ses douleurs, allant jusqu'à provoquer des malaises, de sorte qu'il n'ose plus sortir seul de chez lui, ce qui favorise un état dépressif et une perte de musculature et d'équilibre.

A l'appui de sa position, le recourant produit, notamment :

- un rapport émis le 10 décembre 2019 par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, observant un patient très handicapé, des mobilités d'épaules limitées des deux côtés avec d'importantes douleurs à la mobilisation, une nuque très tendue et ajoutant : « Je n'ai pas l'impression d'une atteinte neurologique significative » ; le médecin explique avoir complété son bilan par des radiographies et une échographie de l'épaule qui – hormis une tendinopathie du sus-épineux gauche – n'ont révélé aucune pathologie et sont qualifiées de « sans particularités » ; a été retenu le diagnostic de capsulite rétractile à l'examen clinique, tout en précisant que, radiologiquement, il n'y avait pas d'élément inquiétant ; le médecin a émis l'avis que la pathologie semblait bien plus complexe et ne pas dépendre uniquement d'un problème orthopédique ;
  - une IRM du 11 novembre 2019 de la colonne vertébrale concluant à des troubles dégénératifs étagés du rachis cervico-dorso-lombaire, à une persistance de rétrécissements foraminaux C3-C4 droit, C4-C5 bilatéral et C6-C7 droits sur uncarthrose et arthrose interapophysaire postérieure, à l'absence de rétrécissement canalaire significatif et à un rétrécissement foraminal bilatéral en L5-S1.
28. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 novembre 2019, a conclu au rejet du recours, en reprenant en substance les arguments développés dans la décision litigieuse.

S'agissant plus particulièrement du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée constate que le recourant se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr J\_\_\_\_\_, mais qu'il ne saurait établir le taux de son propre chef, sans

référence à un avis médical contraire sur ce point. Elle rappelle que le recourant était déjà affecté de troubles dégénératifs vertébraux avant l'accident, qui n'a donc pas causé de lésions traumatiques propres.

S'agissant du moyen auxiliaire réclamé, l'intimée constate qu'il ne résulte pas des avis médicaux au dossier que l'assuré serait dans l'incapacité ou l'impossibilité de se déplacer. L'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, en particulier, ne fait mention que de lâchages occasionnels des membres inférieurs, auxquels on peut raisonnablement admettre que l'utilisation de cannes permettrait de parer. Le recourant n'établit pas en quoi un fauteuil roulant électrique lui permettrait de récupérer une autonomie. Elle rappelle qu'en vertu du principe de proportionnalité, un rapport raisonnable doit exister entre le but visé, le bénéfice supposé apporté par le moyen auxiliaire en question et le coût de celui-ci. En l'occurrence, les conditions requises pour l'octroi d'un fauteuil roulant électrique ne sont pas remplies.

29. Le 16 décembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.
30. Par écriture du 24 janvier 2020, l'intimée a fait de même.
31. Par écriture du 15 juin 2020, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de témoins à faire entendre.

### **EN DROIT**

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

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

2. 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le degré de la rente d'invalidité allouée, sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et, enfin, sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge les frais d'un fauteuil roulant.

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).

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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.

6. 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade

---

où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

7. 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En 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 cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

8. 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 140 V 356 consid. 5.3; 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 ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

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

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet,

à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

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

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

9. 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. 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 LPG), 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. A 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).

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).

c. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. En l'espèce, il convient, avant d'examiner le degré d'invalidité retenu, de qualifier la gravité de l'accident survenu et de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et les troubles encore présents au-delà du 1<sup>er</sup> novembre 2018, puisqu'il apparaît que les troubles psychiques sont désormais au premier plan.

La question de l'existence d'un lien de causalité naturelle revêt une moindre importance, celle d'un lien de causalité adéquate devant être niée pour les raisons qui suivent.

L'intimée a considéré que le sinistre du 15 avril 2016 devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la banalité. Le recourant soutient pour sa part qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne.

On rappellera que c'est en se déplaçant avec son véhicule à très faible vitesse (10-15 km/h. selon ses propres dires), que le recourant a heurté un réverbère, en effectuant une manœuvre et hors de toute circulation, de sorte que la Cour de céans ne peut que se ranger à la qualification retenue par l'intimée, soit celle d'accident moyennement grave à la limite de la banalité.

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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1 et 8C\_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1).

En l'occurrence, ce premier critère n'est pas réalisé, ce que le recourant admet au demeurant.

Il soutient en revanche que celui ayant trait à la gravité ou à la nature particulière des lésions physiques - compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques - le serait, ce que conteste l'intimée. A cet égard, le recourant fait valoir qu'il a souffert d'une myélopathie cervicale, maladie grave de la moelle épinière en relation avec l'accident, ce à quoi l'intimée répond que les documents radiologiques n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique, mais simplement des troubles d'étiologie dégénérative décompensés lors du choc.

S'agissant du degré de gravité de la lésion subie, il convient de souligner que ce n'est que dans certaines circonstances particulières que le Tribunal fédéral a reconnu qu'une atteinte à la colonne vertébrale constitue une lésion grave propre à entraîner des répercussions sur l'état de santé psychique de la personne qui en a été victime (cf. ATF 140 V 356 consid. 5.5.1 p. 261 et les arrêts cités). Dans un cas, l'atteinte en cause avait nécessité trois opérations chirurgicales; dans l'autre, il s'agissait d'une fracture instable de la colonne vertébrale. Or, en l'occurrence, selon les constatations médicales au dossier, il a suffi d'une intervention de décompression réalisée en juillet 2016, pour remédier à la myélopathie évoquée par le recourant. Au vu de la jurisprudence, on ne saurait ainsi la qualifier de lésion grave (arrêt 8C\_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.4). Qui plus est, les conséquences consistent essentiellement en des cervico-brachialgies, lésions physiques qui ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (8C\_383/2013 du 1er avril 2014 consid 7.2.3 et réf. citées).

On ajoutera que le fait que des séquelles accidentelles imposent à un assuré de changer de profession est insuffisant pour retenir ce critère, qui implique l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante; cf. en ce sens Erwin Murer/Hans Kind/Hans Ueli Binder : Kriterien zur Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges bei erlebnisreaktiven [psychogenen] Störungen nach Unfällen, in SZS 1993, p. 142).

Ce second critère ne peut donc être considéré comme rempli lui non plus.

S'agissant du critère relatif à la durée anormalement longue du traitement médical, le recourant rappelle que le traitement débuté en avril 2016 se poursuit encore. L'intimée relève quant à elle qu'abstraction faite de l'intervention du 28 juillet 2016, seul un traitement à visée conservatrice comprenant de la médication a été prescrit.

C'est le lieu de rappeler que, pour l'examen de ce critère, il ne faut pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel; 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\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et 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 (arrêts 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 ; 8C\_361/2007 consid. 5.3, U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Qui plus est, l'examen des critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident se fait en excluant les aspects psychiques.

En l'espèce, ce critère ne peut non plus être considéré comme rempli dès lors que, comme l'a relevé l'intimée, hormis l'intervention pratiquée en 2016, seul un traitement à visée conservatrice a été prescrit s'agissant des atteintes somatiques, les lésions bilatérales des nerfs ulnaires ne pouvant être imputées à l'accident (cf. avis non contesté du Dr D\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2017).

En ce qui concerne l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 p. 128).

Or, en l'occurrence, il y a eu une période d'amélioration significative dans les mois qui ont suivi l'accident, documentée lors du premier séjour du recourant à la CRR en 2017. Pour cette raison déjà, ce critère doit être considéré comme non rempli. S'y ajoute le fait que la surcharge psychique a exercé assez tôt une influence majeure sur le tableau algique, en particulier sur son ampleur. Or, la jurisprudence considère que les critères objectifs définis par la jurisprudence, en particulier celui des douleurs physiques persistantes, doivent être examinés en faisant abstraction des éléments psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409). Dans ces conditions, on ne voit pas que les douleurs physiques se soient manifestées d'une manière particulièrement marquante en l'occurrence et le critère des douleurs physiques persistantes n'apparaît dès lors pas réalisé.

Le recourant convient qu'aucune erreur dans le traitement médical n'a été commise qui aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident.

Le fait que le pronostic ait été d'abord favorable, avant que la situation ne se dégrade ne saurait suffire à considérer que des difficultés sont apparues au cours de la guérison, le pronostic défavorable apparaissant avant tout comme la conséquence de la surcharge psychique, revenue au premier plan et dont il convient de ne pas tenir compte à ce stade.

Quant au critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il convient de rappeler qu'il ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein

---

temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 et 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). Tel est précisément le cas en l'occurrence, puisqu'à la sortie de la CRR, en juin 2017, une reprise du travail était déjà envisagée et que, par la suite, l'incapacité durable n'a plus été justifiée que par des raisons psychiques.

Il résulte de ce qui précède que les critères n'étant pas remplis, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les problèmes psychiques invalidants de l'assuré. Dès lors, la perte de gain subie et l'atteinte à l'intégrité devront être examinées sur la base des seules séquelles physiques.

11. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'intimée s'est référée aux conclusions de la CRR à l'issue de son deuxième séjour et a retenu comme limitations fonctionnelles définitives le maintien prolongé d'une position statique, le port de charges supérieures à 5 kg et les activités impliquant des mouvements du rachis cervical, conclusions corroborées par le Dr J\_\_\_\_\_ qui a estimé que, dans une activité respectant les dites limitations, on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaillât à plein temps et sans baisse de rendement.

Le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ produit par le recourant ne permet pas de s'écarter de cette position dans la mesure où ce médecin reconnaît l'absence d'atteinte neurologique significative.

L'IRM pratiquée en novembre 2019 montre des troubles dégénératifs préexistants à l'accident.

Quant au fait qu'il existe des différences entre les avis exprimés par les Drs L\_\_\_\_\_ et Dr K\_\_\_\_\_, peu importe finalement, puisque le lien de causalité adéquat a été nié entre l'accident et les atteintes psychologiques et que celles-ci n'ont donc pas à être prises en considération. Pour la même raison, des investigations complémentaires sur ce plan sont dénuées de pertinence.

Le calcul du degré d'invalidité n'étant pas contesté en soi, il convient de confirmer le taux de 34% retenu. Le recours est rejeté sur ce point.

12. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant sollicite son augmentation à 50%.

- a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). Elle est également versée en

---

cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une

---

atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

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

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

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

13. En l'espèce, le recourant soutient qu'il est « très gravement atteint au niveau de sa colonne cervicale et qu'en découlent des limitations fonctionnelles importantes », ce serait donc un taux de 50% qui aurait dû être appliqué.

Force est de constater que le recourant se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr J\_\_\_\_\_, sans s'appuyer sur le moindre avis médical. On rappellera qu'en fait d'atteinte « très grave », il présente des troubles dégénératifs – déjà présents avant l'accident - entraînant les limitations habituelles destinées à préserver le rachis.

Là encore, c'est à juste titre que l'intimée a suivi l'avis du Dr J\_\_\_\_\_. Ce grief est également écarté.

14. Enfin, le recourant conteste le refus de l'intimée de prendre en charge les frais d'un système de propulsion électrique devisé à CHF 5'850.-.

a. En vertu de l'art. 11 al. 1 LAA, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction. Le Conseil fédéral établit la liste de ces moyens auxiliaires.

Le second alinéa de cette disposition précise que les moyens auxiliaires sont d'un modèle simple et adéquat.

L'art. 1<sup>er</sup> de l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents du 18 octobre 1984 (OMAA - RS 832.205.12) prévoit que l'assuré a droit aux moyens auxiliaires figurant sur la liste annexée, dans la mesure où ceux-ci compensent un dommage corporel ou la perte d'une fonction qui résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Le droit s'étend aux moyens auxiliaires nécessaires et adaptés à l'atteinte à la santé, d'un modèle simple et adéquat, ainsi qu'aux accessoires indispensables et aux adaptations qu'exige l'atteinte à la santé. Le nombre et les caractéristiques des moyens auxiliaires doivent répondre tant aux exigences de la vie privée qu'à celles de la vie professionnelle (al. 2).

L'annexe à l'ordonnance, en son chiffre 9.02 permet l'octroi de fauteuils roulants à moteur électrique lorsque des assurés incapables de marcher ne peuvent utiliser un fauteuil roulant usuel par suite de paralysies ou d'autres infirmités des membres supérieurs et ne peuvent se déplacer de façon indépendante qu'en fauteuil roulant mû électriquement.

Tel n'est manifestement pas le cas du recourant qui ne saurait être assimilé à une personne souffrant de paralysie, étant rappelé que, lors du premier séjour à la CRR, aucune limitation fonctionnelle au niveau des membres inférieurs n'a été constatée et qu'à l'issue du deuxième séjour à la CRR, l'assuré ne se plaignait que de douleurs diffuses au genou. Il ne résulte pas des avis médicaux au dossier que l'assuré serait dans l'incapacité ou l'impossibilité de se déplacer. L'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, en particulier, ne fait mention que de lâchages occasionnels des membres inférieurs, auxquels on peut raisonnablement admettre que l'utilisation de cannes permettrait de parer.

Au surplus, à l'instar de l'intimée, on rappellera qu'en vertu du principe de proportionnalité, un rapport raisonnable doit exister entre le but visé, le bénéfice supposé apporté par le moyen auxiliaire en question et le coût de celui-ci. En l'occurrence, les conditions requises pour l'octroi d'un fauteuil roulant électrique ne sont pas remplies.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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