

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4600/2017

ATAS/713/2018

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

**Arrêt du 22 août 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, anciennement à GENÈVE, actuellement sans  
domicile ni résidence connus

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1965, a travaillé pour B\_\_\_\_\_ Sàrl comme ouvrier de la construction à 100% dès le 28 juillet 2016.
2. Le 22 août 2016, son employeur a déclaré à la SUVA Caisse nationale d'assurances en cas d'accident (ci-après : la SUVA ou l'intimée) un accident subi par l'assuré le 18 août 2016, précisant que celui-ci était, suite à une torsion de la cheville gauche, tombé d'une échelle d'une hauteur de 2 m en se réceptionnant sur le sacrum, le côté droit et la tête. Les premiers soins avaient été donnés par la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale.
3. Dans un rapport du 18 août 2016, les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, radiologues, ont conclu à une fracture engrainée du passage entre l'arc postérieur et l'arc latéral de la 8<sup>ème</sup> côte de l'assuré et à un petit trait radiotransparent compatible avec une lésion traumatique au niveau de l'arc latéral de la 9<sup>ème</sup> côte droite.
4. Dans un rapport du 18 août 2016, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué avoir procédé à un scanner cérébral, le même jour, à la suite d'un traumatisme de l'assuré avec chute au niveau cérébral et cervical avec traumatisme crânien. Il concluait à l'absence de lésion hémorragique intra-crânienne, de fracture crâniale ou cervicale et à la présence de remaniements dégénératifs de la colonne cervicale.
5. Le 29 août 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouait ses prestations d'assurance pour les suites de l'accident survenu le 18 août 2016.
6. Le 5 décembre 2016, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que les radiographies lombaires auxquelles il avait procédé le 1<sup>er</sup> décembre précédent étaient sans particularité.
7. À teneur d'un rapport médical initial du 3 janvier 2017, les premiers soins après l'accident de l'assuré ont été donnés au centre médical de Carteret le 18 août 2016. La chute lui avait causé un TCC (traumatisme crânien cérébral) avec PC (perte de connaissance) et vomissements. Des vertiges et une vision trouble avaient persisté. L'assuré souffrait de douleurs au thorax du côté droit, à la cheville gauche et tout le long de la colonne vertébrale avec une prédominance au niveau cervical et lombaire. Le RX (radiographie par rayons X) du thorax avait mis en évidence une fracture de la 8<sup>ème</sup> côte de droite. Une douleur avait été constatée à la palpation de la région cervicale, de toute la colonne vertébrale et des muscles paravertébraux correspondants. Il y avait une importante contraction musculaire au niveau de ces muscles et une grande limitation de la mobilité du tronc sur tous les plans. Le diagnostic était une fracture de la 8<sup>ème</sup> côte de droite, cervicalgie, lombalgie et entorse de la cheville.

8. Le 6 janvier 2017, le Dr G \_\_\_\_\_ a procédé à une IRM lombo-sacrée en raison de la persistance d'une raideur lombaire importante post-traumatique et conclu à une légère dessiccation discale L5-S1. Il n'y avait pas de lésion post-traumatique visible à l'examen.
9. Le 6 janvier 2017, la SUVA a demandé à son médecin d'arrondissement, le docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, si l'incapacité de travail de l'assuré était toujours justifiée.
10. Le Dr H \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 27 janvier 2017. Il a résumé dans son rapport du 30 janvier 2017 l'évolution de l'état de santé de celui-ci selon les pièces communiquées, ses déclarations et les constatations cliniques. Il a posé les diagnostics de contusion des rachis cervical et lombaire, sans lésion traumatologique récente, avec persistance de douleurs à ce niveau, relevant qu'il y avait une suspicion de fracture de côtes à droite, mais que l'assuré n'avait pas apporté de radiographie en rapport. Le bilan avait permis d'éliminer une lésion traumatique. L'assuré semblait présenter une rigidité importante du rachis. L'expert concluait à un séjour à la CRR dès que possible, avec une reprise de l'activité professionnelle dans les suites.
11. Le 13 mars 2017, la docteure I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a effectué un CT thoracique (scanner) en raison des douleurs postéro-latérales droites persistantes de l'assuré après fracture costale. Elle a conclu à une fracture consolidée des arcs postérieurs des 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> côtes droites sans anomalie sous-jacente ni pleuro-parenchymateuse en regard.
12. Dans un rapport établi le 7 avril 2017 par le docteur J \_\_\_\_\_, directeur-médical de la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) et spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie FMH, et le docteur K \_\_\_\_\_, médecin assistant, il est mentionné que l'assuré a séjourné à la CRR du 14 mars au 15 avril 2017. Le diagnostic principal était « thérapies physiques et fonctionnelles pour état douloureux chronique étendu ». Les diagnostics supplémentaires étaient des discrets troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires, une maladie hyperostotante débutante, une chute du 18 août 2016 avec traumatisme crânien simple et des fractures des 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> côtes droites. Aucun diagnostic n'avait été posé sur le plan orthopédique et aucune psychopathologie n'avait été détectée sur le plan psychiatrique. La tentative d'entretien entre le psychiatre et l'assuré avait été difficile malgré la présence d'un interprète, car le discours de l'assuré était digressif et très circonstancié. Il se montrait très algique. Sur le plan neurologique, le diagnostic de traumatisme crânien simple avait été retenu. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées. Il s'agissait d'un patient kosovar seul et en situation irrégulière en Suisse, appartenant à une famille nombreuse qui vivait en partie de son salaire au Kosovo et qui n'était pas informée de sa situation. Il cohabitait avec des compatriotes, mais s'était fait loger par divers amis depuis sa chute. Ces facteurs contextuels pouvaient influencer négativement ses aptitudes fonctionnelles. Sa

---

participation aux thérapies avait été faible. Il était très souvent perdu et en retard aux thérapies. La barrière de la langue et le comportement douloureux inadapté avaient compliqué l'adhésion à un programme thérapeutique structuré. De multiples incohérences avaient été constatées. Le patient était capable de faire sensiblement plus que ce qu'il considérait être capable. Il avait par exemple dit ne pas être capable de soulever une petite caisse de 2,5 kg, mais avait ensuite déplacé une chaise sur demande. En l'absence d'atteinte à la santé identifiable, l'incapacité de travail ne pouvait pas être prolongée, mais la réintégration professionnelle s'annonçait difficile. La situation de l'assuré concernant le permis de séjour n'était pas réglée. Il avait été en incapacité totale de travailler dans sa profession de plâtrier-peintre du 14 mars au 5 avril 2017.

Le rapport de la CRR se fondait notamment sur :

- un rapport établi le 20 mars 2017 par la docteure L\_\_\_\_\_, médecin adjointe de la CRR, suite à une IRM médullaire le 17 mars 2017, qui concluait à l'absence de lésion traumatique décelable sur l'ensemble de la colonne vertébrale de l'assuré. Des protrusions disco-ostéophytiques sans rétrécissement canalaire significatif ni effet de masse sur le cordon médullaire avaient été constatées, sans conflit radiculaire.
  - un rapport établi le 30 mars 2017 par les docteurs L\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et M\_\_\_\_\_, médecin-assistant, de la CRR, suite à une IRM du médiastin du 30 mars 2017, qui concluait à l'absence de lésions décelable aux parties molles et aux structures osseuses basi-thoraciques à droite, à la hauteur de la zone sensible décrite par l'assuré.
13. L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 13 avril 2017 en raison d'une incapacité de travail à 100% due à son accident du 18 août 2016, précisant avoir travaillé comme ouvrier de la construction à 100% dès le 28 juillet 2016.
  14. Dans un rapport établi le 21 avril 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à la lumière de l'examen multidisciplinaire réalisé à la CRR, on pouvait s'attendre dès le 21 avril 2017 à une reprise professionnelle de l'assuré dans son ancienne activité.
  15. Une IRM cervicale effectuée par le docteur N\_\_\_\_\_ le 24 avril 2017 n'a pas mis en évidence d'anomalie disco-vertébrale d'allure post-traumatique chez l'assuré.
  16. À teneur d'un rapport médical établi le 4 mai 2017 par la Dre C\_\_\_\_\_, la cause de l'incapacité de travail était un accident. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient une lésion traumatique superficielle de la tête, une fracture de la 8<sup>ème</sup> côte droite, des cervicalgies, des lombalgies et une entorse/foulure de la cheville gauche, existant depuis le 18 août 2016. L'assuré continuait à souffrir de céphalées, de cervico-dorso-lombalgies et de douleurs thoraciques à droite, mais la symptomatologie douloureuse était en amélioration avec des séances de physiothérapie et les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Le pronostic était favorable. L'assuré était en incapacité de travail totale dans son activité de plâtrier-peintre depuis le 18 août 2016. Il ne pouvait pas stationner longtemps debout,

marcher pour de longs trajets, soulever et porter des charges, travailler accroupi ou avec les bras et la tête en élévation. Ces restrictions physiques se manifestaient au travail par l'apparition de douleurs. L'activité exercée n'était plus exigible. Le rendement était réduit à 100% à cause de la douleur. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle dans une activité adaptée à 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2017.

17. Selon un rapport établi par le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 10 mai 2017, l'assuré avait toujours des douleurs et des raideurs dorso-lombaires. Le pronostic était mauvais. L'incapacité de travail était toujours de 100% pour une durée indéterminée. Du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible à 30%. Le rendement était réduit à 50% (trop de charges). Les restrictions pouvaient être réduites par une réadaptation avec un effet moyen sur la capacité de travail. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 18 août 2016.
18. La SUVA a informé l'assuré le 14 juin 2017 que selon son service médical, il était apte à reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 19 juin 2017 et que les indemnités journalières lui seraient donc allouées à 100% jusqu'au 18 juin 2017.
19. À teneur d'un rapport d'évaluation d'intervention précoce établi par l'OAI suite à un entretien du 28 juin 2017, l'assuré s'était présenté avec de très fortes mimiques douloureuses. Il marchait très lentement et de manière peu sûre. Durant l'entretien, il avait eu, à plusieurs reprises, le souffle comme coupé en raison de douleurs aux côtes. L'assuré semblait mieux comprendre le français qu'il ne le parlait. Il disait ne pas pouvoir reprendre son activité habituelle. Tenant compte du fait que l'assuré était apte à 100% dans son activité habituelle, l'auteur du rapport avait clos le mandat d'intervention précoce.
20. Par projet de décision du 3 juillet 2017, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré. Après instruction de sa demande, il retenait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 18 août 2016, début du délai d'attente d'un an. Selon les éléments transmis par la SUVA, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle depuis le 19 juin 2017. Ne présentant pas une année d'incapacité de travail, il n'avait pas droit une rente. Des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être.
21. Par décision du 28 juillet 2017, la SUVA a confirmé à l'assuré que les indemnités journalières lui seraient versées à 100% jusqu'au 18 juin 2017.
22. Le 15 septembre 2017, l'assuré a demandé à la SUVA de continuer le versement de ses prestations et sollicité l'établissement d'un examen par une clinique spécialisée pour que soit mis en évidence le lien direct entre l'accident et son invalidité. Depuis l'accident, il souffrait de douleurs importantes. Il ne pouvait plus de travailler dans son activité habituelle. Le défaut de paiement était très pénalisant pour lui et il se trouvait dans une situation financière très précaire.

23. En l'absence de contestation de l'assuré, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité le 15 septembre 2017.
24. Par courrier réceptionné par l'OAI le 15 septembre 2017, l'assuré s'est opposé au projet de décision, alléguant être totalement incapable de travailler dans son activité de plâtrier. Vu qu'il devait trouver une autre activité dans une activité adaptée, il avait besoin de mesures de réadaptation, car il n'avait aucune formation.
25. Le 12 octobre 2017, les Drs C\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont indiqué à l'OAI que le patient souhaitait une réadaptation professionnelle et qu'ils le soutenaient dans sa démarche, car il n'était plus en état de reprendre son activité habituelle définitivement.
26. Par décision sur opposition du 17 octobre 2017, la SUVA a confirmé sa décision du 28 juillet 2017. Au terme du bilan, les médecins de la CRR avaient conclu à l'absence d'atteinte lésionnelle expliquant la persistance des troubles de l'assuré. Le 21 avril 2017, le médecin d'arrondissement avait confirmé qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'ancienne activité. Selon la jurisprudence, il était admissible de laisser ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les plaintes relatées qui ne pouvaient pas s'expliquer sur le plan organique lorsque la causalité adéquate devait être refusée. Du point de vue objectif, au vu de la jurisprudence en la matière, l'accident du 16 août 2016 devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Dans un tel cas de figure, pour admettre le caractère adéquat, il fallait un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière. Aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli en l'espèce, de sorte que la SUVA n'avait plus à prendre en charge les troubles de l'assuré qui subsistaient.
27. Le 17 novembre 2017, l'assuré a formé recours contre la décision de la SUVA concluant à son annulation. Il alléguait avoir droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 19 juin 2017, car il était encore incapable de travailler et en traitement pour des diagnostics faisant suite à l'accident du 18 août 2016. Il demandait un délai pour compléter son recours après avoir consulté un avocat.
28. Le 27 novembre 2017, la chambre de céans a octroyé un délai au 18 décembre 2017 à l'assuré pour compléter son recours contre la décision de la SUVA.
29. Le 22 décembre 2017, un rappel a été adressé à l'assuré, lequel a été retourné à la chambre de céans avec la mention que le destinataire était introuvable à l'adresse indiquée.
30. Par réponse du 30 mai 2018, la SUVA a conclu au rejet du recours.
31. L'assuré a été convoqué à une audience de comparution personnelle fixée au 4 juillet 2018 par courrier du 4 juin 2018, qui a également été adressé à ses médecins traitants, dès lors que le rappel du 22 décembre 2017 n'était pas parvenu au recourant.

32. Le 3 juillet 2018, les médecins traitants de l'assuré ont informé la chambre de céans avoir remis le 13 juin 2018 en main propre au recourant la convocation à l'audience du 4 juillet en l'encourageant à s'y rendre.
33. Le 4 juillet 2018, l'assuré ne s'est pas présenté à l'audience.
34. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
5. Le litige porte sur droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 18 juin 2017.
6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même

manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En 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 crânio-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).

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.

7. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. 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).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. Étant 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, 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.).

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. 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. 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).
9. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à

l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 al. 1 1ère phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références).

Selon l'art. 55 al. 1 OLAA, l'assuré ou ses survivants doivent donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. Ils doivent autoriser des tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements.

Selon l'art. 55 al. 2 OLAA, l'assuré doit se soumettre à d'autres mesures d'investigation ordonnées par l'assureur en vue d'un diagnostic et de la fixation des prestations, en particulier aux examens médicaux que l'on peut raisonnablement lui imposer. Ne sont pas raisonnablement exigibles les mesures médicales qui représentent un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.

En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 16 novembre 2001, U 77/01 consid. 3 bb; voir aussi RCC 1985 p. 322).

11. En l'espèce, l'intimée a fondé la décision querellée sur le rapport d'expertise établi par la CRR le 7 avril 2017. Les conclusions des experts se fondent sur un examen effectué par un rhumatologue, un examen neurologique, un examen

neuropsychologique réalisé avec un interprète albanais par deux psychologues, une IRM médullaire du 17 mars 2017 et une IRM du médiastin du 30 mars 2017. L'anamnèse est courte et incomplète. Aucun rapport des médecins traitants de l'assuré n'est résumé et ceux-ci n'ont pas été contactés par les experts. Seuls les examens radiologiques effectués depuis l'accident sont mentionnés. Les conclusions du rapport font référence à un examen entre l'assuré et un psychiatre dont il n'y a pas trace au dossier. L'on ne peut déterminer si un psychiatre a réellement examiné l'assuré. Par ailleurs, les conclusions sur le plan psychiatrique relèvent un entretien difficile malgré la présence d'un interprète, alors que les psychologues qui ont procédé à l'examen neuropsychologique ont mentionné que l'expertisé avait une expression spontanée, fluente et informative et qu'il était collaborant, ce qui apparaît contradictoire. Il est retenu que la participation du recourant aux thérapies avait été faible, ce qui apparaît comme un reproche infondé, dès lors que le rapport précisait que la barrière de langue avait compliqué son adhésion aux thérapies. Par ailleurs, le rapport mentionne de multiples incohérences tout en ne citant qu'un seul exemple concret, ce qui donne une impression de parti pris des experts.

Dans ces circonstances, il y a des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation des médecins de la CRR.

Les conclusions de la CRR sont contestées par les Drs C\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ dont les rapports ne répondent pas non plus aux réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

La cause ne peut donc pas être tranchée en l'état du dossier. Elle sera en conséquence retournée à l'intimée pour qu'elle fasse procéder à une expertise par un expert indépendant (art. 44 LPGA).

L'attention du recourant est attirée sur le fait que s'il ne se soumet pas de manière inexcusable à son obligation de collaborer à l'instruction, l'assureur pourra se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière, après lui avoir adressé une mise en demeure écrite le avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

12. Le recours est ainsi partiellement admis et la décision querellée sera annulée.
13. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).
14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue le 17 octobre 2017 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée à l'intimée et l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

ainsi qu'au recourant par publication du dispositif dans la Feuille d'Avis Officielle

copie pour information à la Dre MARITATO C\_\_\_\_\_