

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2825/2015

ATAS/478/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juin 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
RUDERMANN

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1971, était employé depuis le 1^{er} juillet 2009 par la société B_____ Sàrl en qualité de manœuvre de classe C. À ce titre, il était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.
2. L'assuré a été victime d'un accident en date du 1^{er} juillet 2010. Alors qu'il travaillait dans la gravière C_____, sise D_____ à E_____, il a été victime d'une chute d'une hauteur de 7 mètres, au travers d'une grille en caillebotis d'une passerelle de contrôle (voir rapport d'accident du 8 juillet 2011 établi par Monsieur F_____, Division sécurité au travail pour la Suisse romande – secteur génie civil et bâtiment, SUVA). Lors de cette chute, il s'est blessé à la tête et au dos.
3. L'assuré a été emmené aux urgences des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où un CT total-body a décelé une fracture de Chance de L2, s'étendant aux pédicules des deux côtés (ddc), une fracture de la base de l'apophyse articulaire inférieure des deux côtés, des fractures étagées des apophyses transverses droites allant de L1 à L5 ainsi qu'une fracture transverse gauche de L5 avec hématome du psoas droit.
4. Le lendemain de son admission aux urgences, l'assuré a été transféré au service de neurochirurgie, où il a séjourné jusqu'au 17 juillet 2010, avant d'être transféré au service de rééducation locomotrice. Selon la lettre de transfert, datée du 20 juillet 2010, suite à sa chute, l'assuré a également subi un traumatisme crânien et une perte de connaissance pendant quelques minutes.
5. En date du 5 juillet 2010, l'assuré a bénéficié d'une fixation percutanée L1-L3.
6. Le 6 juillet 2010, un CT-Scan lombaire a montré un status post-ostéosynthèse bilatérale lombaire, sans signe de complication, pour fracture de L2 ainsi qu'un tassement de L2, stable par rapport à l'imagerie du 1^{er} juillet 2010.
7. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale, effectuée le 27 juillet 2010, en raison de troubles de la mémoire et de céphalées, n'a pas mis en évidence de lésion axonale diffuse. Une petite séquelle d'allure ischémique a toutefois été décelée au niveau cérébelleux gauche.
8. Afin de faire le bilan des fonctions cognitives suite au traumatisme crânien, un examen neuropsychologique a été effectué au service de neurorééducation des HUG du 27 juillet au 12 août 2010. Selon le rapport établi le 9 août 2010, l'examen a mis en évidence 1) une amimie, une attitude prostrée et apathique lors des premières séances chez un patient algique et fatigable, avec un ralentissement contrastant avec une précipitation dans certains tests informatisés, alors qu'à la sortie, le patient était plus expressif et moins ralenti, 2) des troubles exécutifs (manque de flexibilité mentale et d'inhibition, planification spatiale insuffisante) et attentionnels modérés (nombreuses erreurs ou réponses anticipées dans des tests

informatisés) et 3) une amnésie circonstancielle et antérograde inférieure à 24 heures, une limitation de la mémoire verbale à court terme et de la mémoire verbale et visuelle à long terme, alors que l'orientation était préservée. Ce tableau évoquait des troubles d'intensité modérée, avec éventuellement une composante dysthymique.

9. L'assuré a été examiné le 29 septembre 2010 par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport établi le 6 octobre 2010, l'assuré se plaignait principalement de ses douleurs, pour lesquelles il ne voyait aucune amélioration. Sur le plan psychique, il présentait un moral fluctuant, avec par moments des idées noires. Depuis sa chute, il avait des oublis fréquents et des troubles de la mémoire. Au status psychiatrique, le Dr G_____ relevait une thymie qui n'était pas stablement dépressive pendant l'examen, l'assuré ne paraissant notamment pas déprimé sur le plan objectif, étant capable de sourire. Il n'y avait aucune symptomatologie anxieuse ni d'élément évoquant un éventuel trouble de la personnalité ou un état de stress post-traumatique. Fort de ses constatations, le Dr G_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F32.00). Si la symptomatologie psychiatrique pouvait à la limite justifier un suivi spécialisé, elle n'entraînait pas d'incapacité de travail.
10. Par courrier du 8 octobre 2010, le docteur H_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a indiqué avoir mis en évidence une myogélose lombaire avec syndrome lombo-vertébral associé. À l'examen clinique effectué en clinostatisme, il n'avait pas constaté de déficit sensitivo-moteur aux quatre membres. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux, vifs et symétriques. Les clichés fonctionnels de face et profil mettaient en évidence une bonne position du matériel prothétique sans descellement. L'évolution était favorable sur le plan clinique avec une amélioration de la symptomatologie douloureuse.
11. Le 17 novembre 2010, le docteur I_____, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, a établi un rapport dans lequel il a posé les diagnostics de fracture de L2 de type Chance, opérée par fixation percutanée de L1 à L3 le 5 juillet 2010, fractures étagées des apophyses transverses droites de L1 à L5, fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 avec hématome du psoas et traumatisme crânio-cérébral (TCC) modéré avec amnésie circonstancielle et légers troubles neuropsychologiques régressifs. Du point de vue objectif, les mobilités du rachis lombaire étaient limitées par la douleur en flexion et surtout en extension. L'examen neurologique était sans particularité, notamment au niveau des membres inférieurs. Les radiographies effectuées le 4 octobre 2010, en flexion et extension, ne montraient pas d'instabilité vertébrale. Les contrôles des 13 septembre et 4 octobre 2010 étaient sans particularités. Il était possible que l'assuré développât des douleurs dorsolombaires chroniques post-traumatiques. La notion d'un état de stress post-traumatique et l'existence probable de croyance

erronée quant à son affection et malgré les explications données par les médecins, constituaient des éléments défavorables pour l'évolution du cas.

12. Le 24 novembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison de la fracture de L2 type Chance, des fractures des apophyses transverses droites de L1 à L5, ainsi que de la fracture de l'apophyse transverse gauche de L5.
13. À teneur du rapport intermédiaire du 27 décembre 2010 du docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), ainsi que d'un état de stress post-traumatique (F43.1). L'amélioration était lente, mais progressive. La capacité de travail était nulle, à réévaluer trois mois après. Il fallait s'attendre à un dommage permanent, sous forme de troubles cognitifs probables suite au traumatisme cranio-cérébral. Pour le Dr J_____, il fallait envisager une reconversion professionnelle, tenant compte de l'état physique et psychique de l'assuré.
14. Dans son rapport intermédiaire du 25 janvier 2011, le docteur K_____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, a rappelé le diagnostic de status post-opération d'ostéosynthèse (fixation percutanée L1-L3 pour une fracture L2). L'évolution était lentement positive, avec toutefois encore des douleurs lombaires irradiant vers les membres inférieurs, des vertiges et des céphalées. L'assuré était toujours totalement incapable de travailler.
15. L'IRM cervicale pratiquée le 28 janvier 2011 a notamment mis en évidence la rectitude de la lordose cervicale avec dessiccation discale étagée et pincement discal C5-C6, une protrusion discale préforaminale droite sur débord discal circonférentiel venant au contact de la racine C6 droite, une surcharge facettaire C5-C6 droite associée et une discopathie circonférentielle à l'étage C6-C7 avec protrusion discale préforaminale gauche sans contact avec la racine C7 gauche.
16. Une IRM lombaire, pratiquée le même jour, a décelé un antécédent de fixation de type dynesys de L1 à L3 avec respect du cadre somatique cortical L2 et absence d'œdème somatique à son niveau. Une très discrète diminution de hauteur de cette vertèbre a également été mise en évidence, toutefois sans modification de la lordose lombaire et non quantifiable. L'imagerie a également montré le matériel d'ostéosynthèse postérieure en place par vois transpédiculaire, l'intégrité de signal du calibre du cône médullaire, la dessiccation discale avec débord discal circonférentiel sous-jacent en L4-L5 et protrusion discale préforaminale et foraminale gauche discrètement sublaxée vers le haut L4-L5 venant au contact de la racine L4 gauche sans signe d'œdème.
17. Le 11 mars 2011, le Dr L_____ a mentionné un état stationnaire du point de vue subjectif, avec une kinésiophobie [soit la peur du mouvement] +++, des lombalgies fonctionnelles, un indice d'atrophie musculaire (IAM) lombaire récent dans les

limites de la nuque. Une évaluation à la Clinique romande de réadaptation était souhaitable.

18. En raison de ses cervicobrachialgies droites, présentes depuis l'accident avec des douleurs irradiant jusqu'au 3^{ème} doigt, de paresthésies à type de fourmillements intermittentes, irradiant jusqu'au 3^{ème} doigt également, de douleurs importantes dorsolombaires avec handicap fonctionnel important et de douleurs du membre inférieur gauche, proximales surtout, de vertiges essentiellement nocturnes et de céphalées, l'assuré a consulté le docteur M_____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie (ENMG) et toxine botulique. Selon le rapport établi par ce médecin en date du 14 mars 2011, l'examen clinique montrait un syndrome algique important, en particulier dorsolombaire perturbant la marche. Sur le plan neurologique strict, le Dr M_____ ne retenait pas d'amyotrophie, pas de déficit moteur ou sensitif et les réflexes étaient tous bien présents et symétriques. L'examen ENMG du membre supérieur droit était normal. Il n'y avait aucun élément en faveur d'une lésion radiculaire, mais il pouvait y avoir une irritation de la racine C7, sans traduction à l'ENMG.
19. Selon le rapport du Dr J_____ du 28 avril 2011, l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques était en rémission partielle, avec une amélioration progressive des symptômes dépressifs mais une persistance des symptômes de l'état de stress post-traumatique. L'assuré, toujours incapable de travailler, souhaitait toutefois reprendre une activité professionnelle mais il était limité physiquement.
20. À la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (CRR) du 20 avril au 18 mai 2011.

À l'issue de ce séjour, les diagnostics retenus par les médecins de la CRR étaient les suivants : chute d'environ 6 mètres le 1^{er} juillet 2010 avec TCC léger avec perte de connaissance initiale et amnésie post-traumatique inférieure à 24 heures, fracture étagée des apophyses transverses droites de L1 à L5, fracture de L2 de type Chance, sans troubles neurologiques, fixations percutanées L1 à L3 le 5 juillet 2010, lombalgies persistantes, troubles statiques, discopathie dégénérative L4-L5 et épisode dépressif, d'intensité moyenne, les comorbidités étant les suivantes : gonalgies bilatérales chroniques, douleurs chroniques du coude droit, status post-ménisectomie partielle interne du genou gauche en février 1997 et interne et externe du genou droit en juin 1999, status post-contusion du coude droit en 1997, status post-fracture arrachement intra-articulaire de la base de la 1^{ère} phalange du pouce gauche en juillet 1996, chute sur le genou et le coude gauches en avril 1997, traumatisme cervical en décembre 1999 et 2001 et chute sur le genou droit en août 2004 avec atteinte du ménisque interne.

S'agissant du traumatisme cranio-cérébral, l'IRM cérébrale effectuée le 26 avril 2011, ne montrait plus de lésions post-traumatiques. L'angiographie intracérébrale était sans anomalie. L'examen neuropsychologique mettait en évidence une fluctuation des performances, notamment au niveau de la vitesse de traitement et au

niveau mnésique, pouvant être mis sur le compte du faible niveau scolaire et de la langue maternelle. Par ailleurs, les facteurs psychologiques et la symptomatologie douloureuse influençaient les tests, lesquels ne reflétaient pas la vraie performance de l'assuré. En résumé, les médecins de la CRR ont considéré que l'assuré avait probablement souffert d'un TCC léger, ne laissant aucune séquelle aux divers examens d'imagerie cérébrale et à l'examen neuropsychologique pratiqué à la CRR.

Concernant la colonne dorsale, le spécialiste du rachis de la CRR a retenu le diagnostic de lombalgies persistantes et de troubles statiques. La spondylodèse L1 à L3 avait été très bien réalisée avec un résultat excellent du point de vue orthopédique. Aucune explication claire aux troubles statiques n'avait pu être trouvée mais il existait des signes et symptômes de non-organicité. Les troubles statiques persistants et un état douloureux justifiaient des limitations fonctionnelles décrites ci-dessous. L'IRM dorsale et les radiographies de la colonne lombaire de face et profil montraient un matériel de fixation en place, sans signe de fracture. Au niveau cervical, une rectitude de la lordose cervicale, avec protrusion discale pré-foraminale droite était en contact avec la racine C6 à droite et une discopathie circonférentielle à l'étage C6-D7 était en contact avec la racine C7 à gauche.

Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'assuré avait atteint un score de 46, lequel correspondant à un degré d'activation sédentaire essentiellement assis, ce qui démontrait que l'assuré sous-estimait considérablement ses capacités. Par ailleurs, de nombreuses autolimitations avaient été mises en évidence. Tous les mouvements demandés étaient qualifiés de douloureux au niveau lombaire. La volonté de donner le maximum aux différents tests était insuffisante et le niveau de cohérence faible.

Du point de vue psychique, une symptomatologie dépressive, clairement en lien avec l'évolution chronique de la symptomatologie douloureuse, avait été relevée. Il y avait également plusieurs facteurs prédictifs défavorables de chronicisation (hyper-vigilance, états d'abattement à répétition, kinésiophobie, difficultés de couple débutantes, avec le sentiment, pour l'assuré que son entourage n'était pas compréhensif face à son état) et des attentes magiques s'agissant de la guérison. La participation de l'assuré au groupe de la douleur et lors des entretiens individuels était considérée comme faible, avec un discours très centré sur ses douleurs. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était nulle, à réévaluer après quatre à six semaines. La reprise d'une activité professionnelle adaptée était toutefois souhaitable et pouvait avoir un effet favorable sur l'évolution des symptômes psychiques.

En raison d'une dysfonction sexuelle apparue dans les suites de l'accident, l'assuré avait été vu par le consultant en sexologie, lequel avait procédé à un examen neurologique qui s'était avéré normal. Un bilan hormonal devait être effectué par le médecin traitant de l'assuré.

Du point de vue professionnel, l'assuré avait été évalué dans les ateliers professionnels, dans des activités simples, uniquement en position assise, pendant des périodes jusqu'à 4 heures. La collaboration s'était avérée médiocre, l'assuré ayant notamment montré peu d'initiatives pour s'appliquer dans les différentes activités. En raison de sa lenteur d'exécution, il était difficile d'évaluer objectivement ses réelles limitations. Il se plaignait de douleurs entraînant l'interruption de l'activité lorsque celle-ci durait plus de 45 minutes en position assise. Dans de telles conditions, il était impossible de procéder à une évaluation fiable et objective des capacités professionnelles, étant toutefois précisé que le comportement de l'assuré était qualifié de correct et courtois.

En raison des constatations qui précèdent, les médecins de la CRR ont retenu des limitations fonctionnelles en lien avec la fracture lombaire et l'ostéosynthèse, à savoir pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de travail en porte-à-faux, pas de travail nécessitant des positions prolongées et des travaux prolongés au sol ou imposant des mouvements de flexion-torsion du tronc. La capacité de travail était toutefois limitée par des facteurs psychologiques. Forts de ce qui précède, les médecins de la CRR ont retenu une totale incapacité de travail, à réévaluer dans les quatre semaines.

21. Selon le compte-rendu du docteur N_____, chef de clinique auprès du service de neurochirurgie des HUG, du 20 juin 2011, l'évolution semblait marquée par la persistance de douleurs lombaires basses et en regard de la stabilisation ainsi que par une cervicobrachialgie de type C6 à droite, toutefois au second plan selon le patient. A l'examen clinique, il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur mais l'assuré adoptait une attitude antalgique importante ainsi qu'une contracture paravertébrale très marquée.
22. Le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à une appréciation en date du 20 juillet 2011. Après avoir résumé les diverses pièces du dossier et les conclusions des médecins du SMR, le médecin précité a considéré que du point de vue professionnel et malgré une collaboration médiocre aux tests professionnels, l'assuré pouvait reprendre une activité physique, respectant toutefois les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 15kg, pas de travail en porte-à-faux ou de travail nécessitant des positions prolongées, des flexions ou torsions du tronc. En respectant ces limitations, l'assuré était totalement capable de travailler du point de vue orthopédique.
23. Dans leur rapport du 1^{er} novembre 2011, les médecins du service de neurochirurgie des HUG, ont indiqué qu'à l'examen clinique, ils ne retrouvaient pas de déficit sensitivomoteur. Les réflexes ostéotendineux étaient normo-vifs et symétriques. Il n'y avait pas de signes pyramidaux. L'assuré était toutefois extrêmement limité dans les mouvements du rachis à cause de ses douleurs et d'une attitude antalgique très importante. Cela étant, il existait un syndrome lombo-vertébral marqué, avec une importante contracture musculaire paravertébrale au niveau L1-L2-L3. Le

scanner lombaire effectué le 28 juin 2011 montrait le système de stabilisation en place sans résorption osseuse ou déplacement des vis. Compte tenu de l'importante contracture musculaire, du Sirdalud avait été prescrit à l'assuré. Par ailleurs, des radiographies fonctionnelles du rachis lombaire en extension et flexion allaient être organisées pour voir la stabilité. S'il existait toujours des douleurs en exacerbation au niveau lombaire, un nouveau scanner serait éventuellement effectué afin d'évaluer un retrait du matériel.

24. Le 2 novembre 2011, le Dr G_____ a considéré que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques était discutable mais qu'il restait du registre du probable.
25. En raison des troubles érectiles, l'assuré a également été consulter le service d'urologie des HUG, lequel a posé, dans son rapport du 9 novembre 2011, le diagnostic de troubles érectiles multifactoriels, notamment dus aux douleurs chroniques et aux médicaments. Un nouveau traitement allait être instauré et un suivi en sexologie était proposé afin de réévaluer la sexualité, de travailler sur l'intimité malgré les aléas de la vie et de réévaluer le traitement actuel.
26. A teneur du compte-rendu du 19 décembre 2011 des médecins du service de neurochirurgie des HUG, l'assuré se plaignait toujours de lombalgies basses invalidantes, fluctuant en intensité, et l'handicapant dans ses activités de la vie quotidienne. À l'examen clinique, l'assuré adoptait une position antalgique et une marche avec antéflexion du tronc. Les mouvements de flexion du rachis lombaire étaient extrêmement douloureux, au contraire des mouvements d'extension et d'inclinaison latérale qui étaient moins douloureux. Il y avait persistance d'un syndrome lombovertébral marqué avec une contracture musculaire paravertébrale de L1 à L3. En revanche, il n'y avait pas de déficit sensitivomoteur aux membres inférieurs. Les radiographies fonctionnelles du 8 novembre 2011 montraient que les vis étaient bien positionnées dans les corps des pédicules de L1 et L3. La fracture était bien consolidée au niveau de L2. Toutefois, un discret mouvement des tiges postérieures normales était constaté. En conclusion, les médecins du service de neurochirurgie considéraient que l'assuré présentait une évolution post-opératoire peu satisfaisante avec des douleurs toujours présentes.
27. Le 3 janvier 2012, le Dr O_____ a complété son appréciation du 20 juillet 2011, considérant qu'aucune modification ne s'était produite depuis sa dernière appréciation. La dysfonction sexuelle pouvait être en rapport avec le traitement antalgique selon les confrères de la consultation de sexologie.
28. Dans un courrier daté du même jour, adressé au Dr N_____, le Dr O_____ a considéré que compte tenu de l'état psychique de l'assuré, il fallait réfléchir à l'utilité d'un retrait du matériel, les aspects « psychologiques » de la présence du matériel au niveau du dos n'étant pas à négliger.
29. Une scintigraphie osseuse avec perfusion, avec SPECT / CT complémentaire, a été effectuée le 16 janvier 2012. Selon le rapport y relatif, l'examen SPECT/CT a mis

en évidence des vis transpédiculaires de L1 et L3 en place, sans signe de descellement et sans hypercaptation significative. Aucune hypercaptation pathologique n'avait au demeurant été constatée sur l'ensemble de l'examen. Comparativement au CT de juin 2011, il y avait une accentuation de la discopathie L2-L3 et une apparition de discopathies L1-L2 et L4-L5.

30. Le 6 février 2012, le Dr O_____ a procédé à un examen de l'assuré. Après avoir résumé les pièces pertinentes du dossier et les plaintes de l'assuré, le médecin d'arrondissement a effectué un examen clinique à l'issue duquel il a posé le diagnostic de status après fracture de la colonne lombaire au niveau L2 traitée par chirurgie percutanée, suite à une chute de 7 mètres le 1^{er} juillet 2010. Subjectivement, l'assuré se plaignait de douleurs permanentes et partiellement soulagées par un traitement antalgique, au niveau de sa colonne dorsale, laquelle présentait objectivement une raideur. Le bilan radiologique confirmait cependant la solidité de la fracture et un léger décalage au niveau des corps vertébraux L2-L3. Du point de vue assécurologique, la situation n'était pas encore stabilisée.
31. Par courrier du 21 février 2012, le docteur P_____, spécialiste FMH en urologie, a informé la SUVA que l'examen à sa consultation ne permettait pas de conclure à une relation de causalité entre l'accident et le trouble érectile en l'absence de lésion vasculaire ou veineuse au niveau pénien. Au vu du contexte, l'assuré présentait très nettement une inhibition sympathique avec une érection molle et une baisse de libido.
32. Le 22 mars 2012, le Dr N_____ a informé la SUVA qu'il n'était pas convaincu que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse améliorerait les douleurs lombaires de l'assuré. Il considérait, pour sa part, qu'il s'agissait, dans le cas de l'assuré, d'un contexte général et il lui a donc prescrit des séances de physiothérapie et d'assouplissement, auxquelles il souhaitait donner une chance.
33. À teneur du rapport du Dr J_____ du 1^{er} juin 2012, l'état de stress post-traumatique s'était nettement amélioré. En revanche, l'assuré avait subi une rechute dépressive dans le contexte d'une grave crise de couple avec violences. Le diagnostic retenu était dès lors celui d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré était toujours totalement incapable de travailler. En cas d'absence d'amélioration significative, une hospitalisation à la CRR semblait indiquée.
34. Le 20 juin 2012, le Dr P_____ a informé la SUVA qu'il n'y avait pas de lien entre l'atteinte dorsale et l'éventuelle anomalie urologique ou prostatique.
35. Le 8 août 2012, le Dr G_____ a, une nouvelle fois, examiné l'assuré. Selon son rapport, daté du jour suivant, le diagnostic était celui de troubles de l'humeur (affectif) persistants (F34.8), ne justifiant aucune incapacité de travail. En effet, la situation, concernant en tout cas les plaintes, était quasiment superposable à celle datant d'octobre 2011, l'assuré évoquant, au premier plan, toujours les douleurs et leurs conséquences sur sa vie quotidienne. L'atteinte thymique persistante restait

d'intensité légère, dès lors qu'il n'y avait pas d'humeur dépressive stablement installée quand bien même il constatait une diminution du plaisir, une fatigabilité, avec une perturbation du sommeil et de l'estime de soi. Il n'y avait pas d'atteinte de la concentration ou de l'attention, de perturbation de l'appétit ou d'idéation suicidaire. Par ailleurs, l'assuré était capable de mener à bien certaines activités, quand bien même un sentiment de détresse et quelques difficultés mineures persistaient. Pour toutes ces raisons, le Dr G_____ estimait que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail sur le plan psychique, permettant ainsi une réintégration professionnelle relativement rapide.

36. Un CT de la colonne lombaire, effectué le 25 octobre 2012, a mis en évidence une rupture complète de la vis L3 droite avec signe de résorption au niveau du fragment dorsal. Les autres vis étaient en place et aucune modification de la statique lombaire n'avait été constatée.
37. Par courrier du 7 novembre 2012, le Dr N_____ a informé le Dr O_____ qu'il avait revu en consultation l'assuré en date du 1^{er} novembre 2012. À l'examen clinique, les cicatrices étaient calmes. Une contracture paravertébrale bilatérale et des douleurs diffuses à la palpation lombaire basse avaient été constatées. Les mouvements de flexion et de se lever étaient limités. Le scanner du 25 octobre 2012 montrait toujours une bonne position du matériel d'ostéosynthèse avec toutefois une vis L3 à droite fracturée. Cela étant, le Dr N_____ n'était pas certain que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse améliorerait les douleurs de l'assuré et il proposait dès lors d'effectuer d'abord des radiographies en flexion et extension pour déceler une éventuelle micro-mobilité du matériel.
38. En raison de fortes douleurs au bas du dos et dans la jambe gauche, l'assuré a été hospitalisé au service de rhumatologie des HUG du 27 novembre au 14 décembre 2012. Selon le rapport du 19 décembre 2012, les diagnostics étaient ceux de coxalgie gauche sur possible arthrose secondaire, malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée (ancien Perthes probable) et lombosciatalgies L5 gauche dans un contexte de conflit disco-ostéophyttaire, les séquelles de l'accident du 1^{er} juillet 2010 étant citées à titre d'antécédents. Un ENMG s'était révélé normal, sans signe de dénervation aiguë ou chronique. Cela étant, une radiographie standard du bassin avait mis en évidence cette malformation de la tête fémorale gauche, avec un aspect élargi et aplati de la cotyle ainsi qu'un élargissement de la tête fémorale avec une varisation du fémur proximal. Aucun signe d'arthrose n'était retrouvé sur le cliché. L'IRM lombaire avait confirmé la protrusion discale L4-L5 gauche avec une composante ostéophyttaire venant en conflit foraminaux avec la racine L5 gauche concordant avec les lombosciatalgies L5, toutefois pas au premier plan actuellement. Compte tenu de la symptomatologie associée à une malformation probablement de longue date de la tête fémorale gauche, il y avait la possibilité d'une arthrose secondaire non visible sur la radiographie standard. Une infiltration intra-articulaire à visée antalgique était dès lors préconisée et un rendez-vous avait été pris pour le 9 janvier 2013.

39. Compte tenu des lombocruralgies gauches, une IRM de la colonne lombaire a été effectuée le 4 décembre 2012 afin de rechercher des conflits. Selon le compte-rendu y relatif, daté du même jour, un status post fixation L1-L3 a été décelé, avec la présence toutefois d'un œdème au niveau du massif articulaire L2 et L3 droit, pouvant être en faveur d'une instabilité à ce niveau (en rapport avec la vis cassée L3 droite connue). Une discopathie L4-L5 gauche, avec une composante ostéophytaire venant en conflit foraminaux avec la racine L5 gauche a également été constatée.
40. Le 24 janvier 2013, l'assuré a été examiné par les médecins du service de rhumatologie des HUG. Selon le rapport du 31 janvier 2013 y relatif, les diagnostics retenus étaient ceux de lombocruralgie gauche d'origine multifactorielle avec malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée, probable coxarthrose secondaire, et lombalgies mécaniques, ainsi que status post spondylodèse L1-L3 en juillet 2010, post-fracture de L2 dans le contexte d'un accident de travail. La problématique actuelle semblait plutôt concerner des lombalgies chroniques dans le contexte d'un status post-opératoire, de troubles statiques et de la coordination musculaire.
41. Selon le rapport du 12 février 2013 du Dr N_____, l'assuré présentait toujours des douleurs chroniques. Les investigations radiologiques montraient très clairement une fracture de la vis L3 à droite. Par ailleurs, selon les radiographies fonctionnelles, la tige droite se soulevait en flexion. Pour le Dr N_____, il fallait enlever le matériel d'ostéosynthèse. Il n'était cependant pas sûr que les douleurs lombaires soient associées à cette fracture de vis et qu'elles s'améliorent après ablation du matériel d'ostéosynthèse.
42. Le 18 mars 2013, l'assuré a chuté sur son épaule droite.
43. Des radiographies de l'épaule droite, de face neutre et en rotation externe, effectuées le même jour, ont révélé une structure osseuse intacte.
44. Le 27 mars 2013, le Dr J_____ a rappelé le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents sévères dans le contexte de crises de couple graves avec violences, qu'il a complété avec celui de suspicion d'une transformation pathologique de la personnalité suite à l'accident subi. Les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles de la concentration, un isolement social et un ralentissement psychomoteur. Dans ces circonstances, l'incapacité de travail était totale et le pronostic réservé, compte tenu des rechutes dépressives fréquentes malgré les divers traitements antidépresseurs essayés.
45. En date du 11 avril 2013, l'assuré a été revu en consultation par le Dr N_____. Selon le courrier de ce dernier, du 15 avril 2013, lors de l'examen clinique, l'assuré était très sensible à la palpation de la tête de toutes les quatre vis. Les précédents examens – radiologiques notamment – avaient mis en évidence une cassure de la vis L3 à droite, ce qui entraînait, dans chaque mouvement de flexion de la colonne, un mouvement de la tige à droite. Quand bien même il n'était pas garanti que les

douleurs disparaissent après l'ablation du matériel, le Dr N_____ était tout de même d'avis que le mouvement de la tige longitudinale à droite, répété en flexion/extension, pouvait éventuellement entretenir lesdites douleurs. Dès lors que l'assuré voulait encore réfléchir à l'intervention précitée, aucune décision n'a été prise et un nouveau rendez-vous a été agendé.

46. Le 16 avril 2013, le docteur Q_____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a effectué une appréciation médicale et a considéré que l'aspect radiologique actuel ne pouvait être la résultante du traumatisme subi le 1^{er} juillet 2010. Cela étant, il était possible que les séquelles de l'événement accidentel, caractérisé par les douleurs persistantes au niveau de la colonne lombaire, puissent représenter un facteur aggravant compte tenu de la statique de la colonne vertébrale, résultant des suites de l'accident. L'anomalie coxo-fémorale gauche était déjà visible sur les clichés de 2010.
47. Le Dr G_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale en date du 17 avril 2013, expliquant qu'il était en désaccord avec le diagnostic de transformation pathologique de la personnalité suite à l'accident subi, cette conclusion était particulièrement hasardeuse selon lui vu le contexte compliqué, mêlant conflit de couple et bénéfices secondaires potentiels de cette situation. Compte tenu de l'évolution, le Dr G_____ doutait que le traitement pratiqué ait un quelconque impact, l'évolution allant visiblement dans le sens d'une invalidation progressive avec une mise en échec de la part de l'assuré de tout ce qui lui était proposé, une majoration des symptômes n'étant pas exclue dans ce contexte.
48. À teneur du rapport intermédiaire du docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 30 avril 2013, les diagnostics étaient ceux de séquelles de fracture de L2, opérée, douleurs des hanches sur probable maladie de Perthes, lombo-sciatalgies L5 gauche. L'assuré souffrait de douleurs chroniques vertébrales et, depuis peu, de douleurs à l'épaule droite. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) avait été évoquée mais restait en attente de crainte que cela n'apporte rien.
49. Par décision du 15 mai 2013, la SUVA a refusé de prendre en charge les suites de l'atteinte au niveau de la hanche gauche, considérant que celle-ci n'était pas en lien de causalité avec l'accident assuré comme cela ressortait de l'appréciation du Dr Q_____ du 16 avril 2013 et du rapport des HUG.
50. Par courrier du 21 mai 2013, le Dr P_____ a expliqué à la SUVA que le traitement par Cialis® avait eu un excellent résultat sur l'érection selon les dires de l'assuré, de sorte qu'il lui avait remis une prescription à renouveler pour une année.
51. Une IRM de l'épaule droite, réalisée le 11 juillet 2013, a mis en évidence une rupture de l'extrémité distale du tendon du muscle sus-épineux, avec liquide au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, ainsi qu'une tendinopathie avérée du muscle sous-scapulaire.

52. Quant au Dr J_____, il a rappelé, dans son rapport du 24 juillet 2013, les diagnostics d'épisode dépressif récurrent moyen (F33.11) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). La thymie s'était lentement améliorée grâce à la prise en charge spécifique, avec toutefois la persistance de douleurs et de la crise de couple (la compagne de l'assuré ne supportait plus ses symptômes). Le pronostic dépendait des deux éléments précités. Une réévaluation de la capacité de travail devait être effectuée 6 mois plus tard mais la situation était en voie de stabilisation.
53. Par courrier séparé, vraisemblablement rédigé le même jour que le rapport précité, le Dr J_____ a expliqué qu'il avait adressé l'assuré à un psychologue, Monsieur S_____, en raison de la persistance des douleurs et des symptômes de l'état de stress post-traumatique, malgré le suivi psychiatrique. Une crise de couple chronicisée en lien avec les symptômes accompagnait le tableau. C'était dans ce contexte qu'il avait adressé l'assuré au psychologue précité, lequel était spécialisé dans ce domaine.
54. Par courrier du 17 septembre 2013, le Dr N_____ a indiqué avoir revu l'assuré et lui avoir rappelé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne lui garantissait pas la disparition complète des douleurs mais que, selon lui, une hypersensibilité de la tige pouvait tout de même être responsable d'une partie des douleurs. En effet, le médecin avait pu constater qu'en appuyant sur la tête de vis à droite, une vive douleur en L3 à droite et à gauche était ressentie par l'assuré. Vu la réticence de celui-ci, il avait été convenu qu'un nouveau scanner lombaire serait effectué et qu'une décision serait prise après cet acte.
55. Le scanner lombaire, effectué le 17 octobre 2013, a mis en évidence une rupture des vis de L3 droite et gauche, avec des lisérés de résorptions autour des vis de L1 et L3 des deux côtés.
56. Lors de la consultation du 24 octobre 2013, le Dr N_____ a expliqué à l'assuré qu'il y avait 50% de chance qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse puisse améliorer une partie des lombalgies chroniques, étant toutefois précisé qu'il était impossible d'enlever la partie intrapédiculaire et intravertébrale des vis L3. L'assuré souhaitant encore réfléchir à la nécessité d'une telle intervention, un nouveau rendez-vous a été convenu.
57. Lors de la consultation du 12 décembre 2013, l'assuré a donné son accord pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse, laquelle a eu lieu le 15 janvier 2014. Au cours de l'hospitalisation consécutive à l'intervention précitée, les médecins ont décelé une lithiase au niveau urétéro-méatale à droite, avec dilatation pyélocalicielle en regard (calculs).
58. Le 6 mars 2014, la docteure T_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à une appréciation médicale. Après avoir résumé les dernières pièces au dossier, le médecin précité a considéré que les troubles érectiles et le traitement proposé, à savoir le Cialis[®], n'étaient pas à la

charge de la SUVA. Il en allait de même de la lithiase urétéro-méatale droite précitée, en l'absence de lien avec la fracture lombaire reconnue.

59. Par décision du 10 mars 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge les troubles érectiles ainsi que les calculs découverts lors de l'hospitalisation aux HUG en l'absence de lien de causalité avec l'un des accidents assurés.
60. À teneur du rapport du Dr J_____ du 10 mars 2014, l'état psychique de l'assuré s'était légèrement amélioré après une prise en charge tant psychothérapeutique que pharmacologique. Lors de la rédaction du rapport, il présentait des épisodes dépressifs moyens (F33.11), alors que précédemment, ils étaient sévères (F33.2). À cela s'ajoutait un trouble de la personnalité F60.8, lequel compliquait le tableau clinique. À titre de limitations fonctionnelles, le psychiatre précité retenait des troubles de la concentration, un isolement social et un ralentissement psychomoteur modéré, lesquels entraînaient une incapacité totale de travailler. La situation familiale et la thymie avaient évolué mais la situation n'était pas encore stabilisée.
61. Le 9 mai 2014, le Dr R_____ a établi un rapport intermédiaire, dans lequel il a posé les diagnostics de fracture de L2-L3 opérée, cervicalgies et chute sur l'épaule droite le 18 mars 2013. La situation clinique ne s'améliorait pas, l'assuré étant invalidé par sa région lombaire et son épaule de façon importante et chronique. À cela s'ajoutait le fait qu'il n'avait aucune résistance à l'effort. Il fallait dès lors s'attendre à une invalidité totale, sans possibilité de recyclage.
62. L'assuré a bénéficié de deux infiltrations, en date des 20 mars et 15 mai 2014, sans résultats.
63. Le 9 juillet 2014, le Dr G_____ a procédé à une appréciation psychiatrique. Après avoir résumé brièvement la situation, le médecin précité a considéré que les limitations fonctionnelles relevées par le Dr J_____ (troubles de la concentration, isolement social et ralentissement psychomoteur) ne justifiaient pas une incapacité totale de travailler, une dépression d'intensité moyenne permettant une capacité de travail de 50% environ. S'agissant du lien de causalité entre l'accident assuré et le trouble psychique, il était au maximum possible. En d'autres termes, il était inférieur à 50%.
64. À la demande de la SUVA, l'assuré a une nouvelle fois été hospitalisé à la CRR, du 9 au 24 septembre 2014.

Selon le rapport établi à la suite de ce séjour, le 15 octobre 2014, les diagnostics retenus étaient ceux de lombalgies chroniques s'étendant dans le membre inférieur gauche, 1^{er} juillet 2010 : chute d'environ 6 mètres avec TCC léger, fractures étagées des apophyses transverses droites de L1 à L5, fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 et fracture de L2 de type « Chance » sans trouble neurologique ; interventions : le 5 juillet 2010 : fixation percutanée de L1-L3, le 15 janvier 2014 : ablation des vis et tiges de L1-L3 après rupture des vis transpédiculaires de L3 ; troubles lombaires dégénératifs avec discopathie protrusive en L4-L5 ; séquelles de

radiculopathie L4-L5 gauche (ENMG du 22 septembre 2014) ; infiltrations péri-articulaires L4 gauche et épидurale postérieure L4-L5 le 20 mars et le 15 mai 2014 ; omalgies bilatérales, rupture transfixiante du supra-épineux isolée (IRM de l'épaule droite du 11 juillet 2013), tendinopathie du supra-épineux gauche avec bursite sous-acromiale (IRM de l'épaule gauche du 29 août 2014) ; malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée (Perthe probable), avec infiltration US de la hanche gauche le 19 décembre 2012. À titre de comorbidités, les médecins de la CRR ont retenu du tabagisme actif (30 UPA) et des gonalgies bilatérales chroniques. Les médecins de la CRR ont également mentionné les antécédents suivants : lithiase urétéro-méatale à droite avec dilatation pyélocalicielle en janvier 2014, dysfonction érectile, entorse du genou droit en 2004, ménissectomie partielle interne et externe du genou droit en juin 1999, ménissectomie partielle interne du genou gauche en février 1997, contusion du coude droit en 1997, fracture-arrachement intra-articulaire de la base de la première phalange du pouce gauche en juillet 1996 et notion d'épilepsie sans récurrence depuis 1992. Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychique, le trouble de l'humeur persistant n'ayant pas atteint le seuil diagnostique pour un trouble dépressif.

À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en des lombalgies basses en barres, s'étendant proximale en région inter-scapulaire des deux côtés. Les douleurs étaient décrites comme des étirements, d'intensité estimée de 0 à 10/10 sur l'EVA. L'assuré faisait également état de fourmillements de la fesse gauche et de la face antérieure du membre inférieur gauche prédominant au premier orteil, avec sensations d'engourdissement du membre inférieur gauche dans son ensemble.

Après avoir résumé les résultats de l'examen clinique et les examens radiologiques, les médecins de la CRR ont précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour. Sur le plan psychiatrique, le médecin consultant retenait un trouble de l'humeur persistant, sans atteindre le seuil diagnostique pour un trouble dépressif. Il ne relevait pas non plus de signe pour un état de stress post-traumatique ou pour un trouble de la personnalité mais avait constaté de nombreux facteurs défavorables de chronicisation. Les troubles psychiques relevés n'avaient pas valeur incapacitante, mais influençaient les douleurs et les limitations fonctionnelles annoncées.

L'assuré a également été examiné par le consultant chirurgien orthopédiste spécialiste de l'épaule vu le contexte d'omalgies bilatérales prédominant à gauche. Une bonne trophicité musculaire était notée des deux côtés. Au vu du contexte, une prise en charge conservatrice était favorisée, une intervention chirurgicale étant à éviter. En cas de gêne persistante, une infiltration sous-acromiale pouvait être envisagée.

Sur le plan neurologique, l'ENMG pratiqué le 22 septembre 2014 avait mis en évidence des signes chroniques de radiculopathie L4-L5 gauche, sans élément évoquant une atteinte aiguë ni signe clinique irritatif ou déficitaire.

Les médecins de la CRR ont également considéré que les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que des facteurs contextuels (absence de qualification professionnelle, éloignement du monde du travail depuis 2010) jouaient un rôle important et influençaient défavorablement le retour au travail.

Il est également relevé que tant en physiothérapie qu'aux ateliers professionnels, la participation du patient avait été considérée comme faible chez un patient centré sur les douleurs.

Malgré les autolimitations de l'assuré, les médecins de la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répété de plus de 5-10 kg et pas d'activité nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise. Le pronostic d'une réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre et de paysagiste était défavorable compte tenu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs contextuels, chez l'assuré qui n'avait plus retravaillé depuis quatre ans et estimait qu'il ne pourrait retravailler que si ses douleurs disparaissaient. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées était également défavorable en raison des facteurs non médicaux mentionnés précédemment. La capacité de travail était ainsi nulle du 9 septembre au 22 octobre 2014.

65. L'assuré a été examiné les 2 septembre et 14 octobre 2014 par le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (centre d'étude de la douleur), lequel a posé, dans son rapport daté du 14 octobre 2014, les diagnostics suivants : lombalgies chroniques et lombo-sciatalgies gauche intermittentes, tendinopathie du muscle sus-épineux gauche, coxalgie gauche sur possible arthrose secondaire, avec infiltration sous échographie de la hanche gauche par cortisone le 19 décembre 2012, lombo-sciatalgie L5 gauche dans un contexte de conflit disco-ostéophytaire en 2012, migraines, status post chute accidentelle d'une hauteur d'environ 9,5 mètres le 1^{er} juillet 2010 avec TCC avec amnésie circonstancielle, de degré modéré, avec légers troubles neuropsychologiques, régressifs, fractures étagées des apophyses transverses droites de L1 à L5 et fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 avec hématome du psoas, status post-fixation percutanée L1-L3 suite à une fracture burst de L2, ASIA E, le 1^{er} juillet 2010, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse L1-L3 avec des vis cassées au niveau de L3 le 15 janvier 2014 ; malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée (ancien Perthes probable), calcul urinaire droit en janvier 2014 ; crises d'épilepsie généralisées dans l'enfance (absence de crises depuis 20 ans), sans traitement de fond ; status après opération méniscale des deux genoux, il y a environ 20 ans, tabagisme actif 30 UPA.

Après avoir décrit l'anamnèse, notamment psychosociale de l'assuré, et procédé à un examen clinique, les médecins du centre d'étude de la douleur ont notamment relevé que l'examen clinique avait objectivé une amyotrophie du quadriceps gauche, avec une discrète parésie à ce niveau et une hypoesthésie touchant

l'ensemble de la jambe gauche. Dans la mesure où la dernière IRM post-opératoire de juillet 2014 avait montré des atteintes discales au niveau L2-L3 et L4-L5 avec des signes de conflit avec la racine de L4, les médecins proposaient d'effectuer un nouvel ENMG dans le but d'étudier l'existence d'une atteinte radiculaire, laquelle serait susceptible d'expliquer une partie des douleurs et des constatations cliniques. Cela étant, les médecins du centre d'étude de la douleur ont également relevé que des douleurs intenses vécues sur une longue période menaient à un phénomène de sensibilisation centrale, avec diminution du seuil des douleurs, ce qui rendait le traitement des douleurs encore plus compliqué.

66. A la demande de la SUVA, la Dresse T_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale en date du 29 octobre 2014. Après avoir résumé les dernières pièces communiquées par l'assuré et notamment le rapport de la CRR, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré, qu'il fallait retenir, s'agissant de l'événement du 1^{er} juillet 2010, l'exigibilité retenue par la CRR, à savoir pas de ports de charges répétés de plus de 5 à 10 kg ni d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise. S'agissant de la chute sur l'épaule droite, ayant entraîné une rupture de la coiffe des rotateurs, la Dresse T_____ était également d'avis qu'il fallait retenir une exigibilité avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieurs à 10 kg de façon fréquente, ni de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal. Outre les deux sinistres précités, le médecin d'arrondissement a considéré que la tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale de l'épaule gauche était d'origine dégénérative, et n'était dès lors pas en relation avec les deux traumatismes précités, de sorte que cette atteinte n'était pas à la charge de la SUVA.
67. Le 3 novembre 2014, la Dresse T_____ a évalué à 25% l'atteinte à l'intégrité résultant de l'accident du 1^{er} juillet 2010 (20% pour les douleurs moyennes à importantes et 5% pour la spondylodèse) et à 12,5% celle résultant de la chute du 18 mars 2013.
68. Par courrier du 4 novembre 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne prenait pas en charges les suites de l'atteinte à l'épaule gauche, conformément à l'appréciation de son médecin d'arrondissement.
69. Le 5 novembre 2014, la Dresse T_____ a complété son appréciation du 29 octobre 2014, considérant qu'il y avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations retenues, en ce qui concernait non seulement l'affection vertébrale, mais aussi celle au niveau de l'épaule droite.
70. La SUVA a informé l'assuré, par courrier du 6 novembre 2014, qu'elle allait mettre fin au paiement de la plupart des soins médicaux relatifs aux troubles du rachis et à ceux de l'épaule droite compte tenu du fait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable de la continuation du traitement médical. Cela étant, dès lors qu'il y avait une capacité de travail résiduelle, il appartenait à l'assuré de mettre en

sa capacité de travail restante par l'exercice d'une activité adaptée. Afin de lui permettre de retrouver un poste de travail adapté, par ses propres moyens ou par l'intermédiaire de l'OAI, la SUVA allait continuer à verser les indemnités journalières jusqu'au 28 février 2015. À cette date, le droit à une rente d'invalidité allait être examiné.

71. Quant au Dr G_____, il a effectué son appréciation médicale en date du 19 novembre 2014. Après avoir relevé que le consultant psychiatre de la CRR ayant examiné l'assuré n'avait pas relevé de troubles psychiques incapacitants et qu'il s'agissait plutôt de facteurs contextuels (absence de qualification professionnelle et éloignement du monde du travail depuis 2010, à l'origine d'une désaccoutumance) qui étaient à l'origine des limitations fonctionnelles et vraisemblablement également des plaintes psychiques de l'assuré, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré qu'il fallait se ranger à l'avis de la CRR, avec un retour à une pleine et entière capacité de travail.
72. Le 21 janvier 2015, le docteur _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a sollicité l'admission de l'assuré au sein de la Clinique genevoise de Montana, en raison d'un épisode dépressif sévère récurrent, sans symptômes psychotiques, réactionnel à un isolement social et affectif, suite à une crise de couple.
73. Par décision du 18 février 2015, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 14% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 37,5% compte tenu des seules atteintes physiques, l'atteinte psychique, pour autant qu'elle atteigne le seuil de diagnostic, n'étant pas en lien de causalité avec les accidents assurés.
74. L'assuré a formé opposition en date du 9 mars 2015, complété le 14 avril 2015, considérant que le degré d'invalidité ne correspondait pas à son état de santé. Par ailleurs, son état psychique avait totalement été occulté alors qu'il était régulièrement suivi par le Dr J_____. Chuter d'une passerelle d'une hauteur de 9,5 m (et non de 6 mètres comme retenu dans les documents médicaux) ne permettait pas de ranger l'accident du 1^{er} juillet 2010 dans la catégorie des accidents légers ou de gravité moyenne. Fort de ce qui précède, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et orthopédique.

En annexe à son complément du 14 avril 2015 figurait un rapport du Dr R_____, du 24 mars 2015, dans lequel ce praticien faisait état de lombalgies intenses et chroniques post-traumatiques ainsi que de douleurs à l'effort de l'épaule droite suite à la chute du 18 mars 2013. À titre de diagnostics, le chirurgien orthopédiste précité a rappelé ceux de séquelles de fractures multiples des vertèbres lombaires opérées le 5 juillet 2010, séquelles de déchirures du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et dépression réactionnelle, étant précisé que les lombalgies et les douleurs de l'épaule droite étaient directement liées aux accidents successifs des 1^{er} juillet 2010 et 18 mars 2013. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr R_____ a mentionné des douleurs lombaires intenses en position debout, l'impossibilité de marcher plus de 300 à 400 mètres et d'effectuer une activité

soutenue, ainsi que l'absence de résistance à l'effort (en lien avec les troubles du rachis) et l'impossibilité de soulever un objet même léger, ainsi que des douleurs constantes en activité et au repos (en lien avec l'épaule).

75. Le 22 juin 2015, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré, considérant tout d'abord que l'accident du 1^{er} juillet 2010 devait être qualifié d'accident de gravité moyenne, la question du degré exact (*stricto sensu* ou à la limite des accidents graves) pouvant être laissée ouverte. Dans un tel cas, le lien de causalité adéquate devait être examinée au regard des conditions posées par la jurisprudence, lesquelles n'étaient pas remplies dans le cas de l'assuré. S'agissant de l'aspect somatique, l'appréciation du médecin d'arrondissement et des médecins de la CRR revêtaient une pleine valeur probante, au contraire de l'avis du médecin traitant de l'assuré, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Il convenait ainsi de retenir que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Enfin, le taux d'invalidité de 14,4% était conforme aux principes jurisprudentiels applicables en la matière.
76. Le 24 août 2015, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 juin 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée, ainsi que de la décision du 18 février 2015 et, cela fait, à la constatation de son incapacité totale de travailler dans une activité quelle qu'elle soit et, par conséquent, à son invalidité à 100% dès le 1^{er} mars 2015. À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré, tout d'abord, que l'instruction du dossier était lacunaire, la SUVA n'ayant mis en œuvre aucune expertise pour départager les avis pourtant largement documentés et étayés des médecins d'arrondissement et médecins de la CRR d'un côté et des médecins traitants de l'autre. Contrairement aux affirmations de la SUVA, les Drs R_____ et J_____ ne revêtaient pas la qualité de médecins de famille, mais celle de spécialistes dans leurs domaines de compétence, dont les avis étaient confirmés par les médecins des HUG. Concernant l'aspect psychique, le recourant a considéré que la SUVA minimisait la gravité de l'accident subi, en se contentant de le ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite supérieure de ladite catégorie, ce qui était choquant étant donné qu'il avait chuté de 7 mètres, ce qui correspondait à une hauteur de deux à trois étages d'immeubles. À cela s'ajoutait le fait que sa vie avait été abstraitement mise en danger. Ses graves lésions avaient entraîné une longue incapacité de travail, notamment due à une rupture du matériel d'ostéosynthèse, ce qui avait prolongé indûment le traitement médical. Ses lésions entraînaient en outre des douleurs persistantes, contre lesquelles aucun remède n'avait été trouvé. Lesdites séquelles avaient d'ailleurs entraîné une atteinte à l'intégrité estimée à 25% par le médecin d'arrondissement de la SUVA, qui avait considéré que les douleurs devaient être qualifiées de moyennes à importantes. Dans ces circonstances, l'accident devait à tout le moins être qualifié de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Or, plusieurs des critères jurisprudentiels étaient remplis de sorte que le lien de causalité adéquate ne pouvait

être nié. Enfin, l'appréciation du médecin d'arrondissement relative à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité contredisait l'appréciation de la CRR, selon laquelle des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles, dès lors que si tel était vraiment le cas, il n'aurait pas eu droit à la reconnaissance d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un degré de 20% en raison de ses douleurs, presque inexistantes selon la CRR.

En annexe au recours figurait notamment un courrier du Dr R_____, du 3 août 2015, dans lequel ce praticien se prononçait sur la décision sur opposition querellée, rejetant catégoriquement la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, cette appréciation constituant une spéculation théorique totalement inutilisable pour un chercheur d'emploi. Le médecin traitant du recourant a également relevé que l'interprétation des signes cliniques lors du séjour à la CRR était tendancieuse et sujette à caution, dans la mesure où il n'y avait aucun diagnostic nouveau et que les médecins sous-estimaient totalement l'intensité des troubles psychiques en les considérant comme des facteurs défavorables de chronicisation, n'ayant aucune valeur incapacitante. Il était également inacceptable de retenir que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, les conséquences d'une chute de 9 mètres avec fractures vertébrales opérées ne pouvant pas simplement être rejetées. Après avoir fait part de ses critiques s'agissant de l'aspect psychique, le Dr R_____ a maintenu ses conclusions, selon lesquelles le recourant n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, son état physique ne lui permettant pas d'assumer les rigueurs d'une journée de travail. Il a ajouté qu'« il est vrai qu'un médecin traitant peut être partial dans ses jugements, mais il a aussi une meilleure perception de certaines réalités. Le médecin d'assurance travaille en faveur de l'institution qui le paie. Son jugement n'est ainsi pas neutre ». Fort de ce qui précède, le Dr R_____ a considéré qu'une expertise indépendante effectuée par des experts admis par les deux parties paraissait être la mesure la plus adéquate.

77. Par réponse du 18 septembre 2015, la SUVA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée, considérant que le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 ainsi que les appréciations médicales de la Dresse T_____ et du Dr G_____ y consécutives revêtaient une pleine valeur probante, au contraire des rapports du centre d'étude de la douleur et de la Clinique genevoise de Montana, ainsi que de ceux des Drs R_____ et J_____, compte tenu de leur qualité de médecins traitants. Par ailleurs, l'accident du 1^{er} juillet 2010 devait à l'évidence être classé dans les accidents de gravité moyenne *stricto sensu*. Quand bien même, il se situait à la limite des accidents graves, le nombre suffisant de critères jurisprudentiels n'était quoi qu'il en soit pas rempli pour que le lien de causalité adéquate puisse être reconnu. Enfin, dès lors que le recourant ne contestait pas les modalités du calcul du taux de rente, il y avait lieu de se référer à la décision sur opposition attaquée sur ce point.

78. À noter que, en parallèle à la présente procédure, l'OAI a, par décisions du 21 septembre 2015, mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2011 au 30 novembre 2012 et octroyé deux rentes pour enfant liées à la rente du père pour chacun des enfants de l'assuré.

Suite au recours interjeté par l'assuré, la chambre de céans a annulé les décisions précitées et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (ATAS/480/2016 du 21 juin 2016).

79. Le recourant a produit sa réplique en date du 14 octobre 2015, persistant dans ses conclusions. Après avoir rappelé que la CRR n'avait aucune mission d'expertise, le recourant a relevé que le rapport établi par cette institution n'avait pas plus de valeur probante que les appréciations différentes de ses médecins traitants. Par ailleurs, l'avis de la CRR n'était pas suffisamment motivé pour ne pas prêter flanc à la critique dès lors que le rapport en question ne retient aucun diagnostic psychique, et ce sans la moindre motivation. Il en allait de même sur le plan somatique. En effet, les médecins de la CRR renaient sans grande motivation que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées mais par des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis 2010). Les avis de ses médecins traitants étaient d'ailleurs corroborés par les rapports d'institutions, telles que la Clinique genevoise de Montana ou les HUG, lesquels n'agissaient pas dans le cadre d'une relation de confiance particulière ou pour étayer le dossier médical comme cela est affirmé par l'intimée.

S'agissant de la causalité adéquate, il convenait de ranger l'accident à tout le moins dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves, catégorie pour laquelle un seul critère suffisait pour admettre la relation de causalité adéquate. Or, dans son cas, plusieurs des critères étaient réunis, de sorte que la causalité était donnée.

En annexe à sa réplique, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du Dr R_____, non daté mais vraisemblablement rédigé au début du mois d'octobre 2015, dans lequel ce médecin a rappelé que le traumatisme subi avait laissé des séquelles vertébrales considérables, ayant nécessité une intervention chirurgicale. Son patient ne pouvait rester debout plus de quelques minutes et n'avait aucune résistance à l'effort. Les douleurs ressenties la nuit l'empêchaient de dormir et il consommait régulièrement des antalgiques et des somnifères, ce qui avait pour conséquence que son état général en souffrait et cela diminuait sa résistance physique. Les tests de résistance des centres de réadaptation définissaient des capacités ponctuelles d'une personne, mais non pas l'effort qu'un patient devait assumer pendant toute une journée. Par conséquent, les conclusions dépendaient des critères de jugement des experts et leurs restrictions semblaient excessives dans ce cas. Le recourant était certes capable d'effectuer des activités légères, pendant quelques minutes, mais il ne

pouvait rester assis que quelques minutes sans devoir changer de position. Enfin, la capacité de travail dans une activité adaptée ne préjugeait en rien les possibilités d'emploi réelles dans une institution.

- une attestation du Dr U_____, à teneur de laquelle le recourant bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier depuis 2010 en raison d'un état de stress post-traumatique dans un premier temps, puis en raison d'épisodes dépressifs récurrents sévères, moyens ou légers, entrecoupés par des rémissions partielles suivies de rechutes. Lors de la rédaction du certificat, le recourant présentait une rechute dépressive sévère, sous la forme d'un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) suite à un conflit conjugal récent, sa compagne lui ayant demandé de déménager provisoirement de leur appartement, en raison de la modification de sa personnalité à cause des épisodes dépressifs récurrents. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : aboulie, troubles de la concentration, isolement social et affectif majeur, ralentissement psychomoteur sévère, idées suicidaires, de sorte que la capacité de travail était nulle.
80. Le 14 octobre 2015, le recourant a encore relevé qu'en date du 9 juillet 2014, le Dr G_____ retenait un état dépressif d'intensité moyenne justifiant une incapacité de travail de 50% environ. Il paraissait dès lors douteux que seulement deux mois après, la CRR puisse conclure à l'existence d'un trouble de l'humeur persistant, n'atteignant pas le seuil diagnostique et sans valeur incapacitante.
81. L'intimée a produit sa duplique en date du 10 novembre 2015, considérant notamment que l'appréciation de la CRR était suffisamment motivée et se fondait sur de nombreux examens approfondis. Elle était en outre confirmée par les médecins d'arrondissement et ne pouvait ainsi être remise en cause par les rapports invoqués à l'appui du recours, le Dr R_____ prenant clairement position pour son patient sans prendre le recul nécessaire, de sorte qu'une pleine valeur probante devait être niée. Quant au Dr U_____, il ne rattachait pas formellement l'état psychique actuel avec l'accident, mais plutôt avec un conflit conjugal. À cela s'ajoutait le fait qu'une rechute ne faisait pas partie de l'objet du litige de la présente procédure, étant précisé que ladite rechute n'était attestée par le médecin traitant qu'à partir du 14 octobre 2015, suite à un conflit conjugal, de sorte qu'elle était postérieure à la décision querellée. Pour le surplus, la SUVA a renvoyé à ses précédentes écritures.
82. Après échange des écritures, 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^{er} 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.

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le montant de la rente d'invalidité du recourant, plus particulièrement, sur l'importance de sa capacité de travail et, partant, sur le degré d'invalidité.
5. a. Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité.

b. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

6. 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).

7. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Il suffit ainsi que l'événement accidentel constitue une cause partielle du dommage (ATF 117 V 360 consid. 4a).

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).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. Le Tribunal fédéral a notamment considéré qu'un mauvais appui en raison d'une blessure au pied ou à la jambe ou encore un raccourcissement de la jambe, etc. peuvent entraîner des douleurs au dos, pouvant être qualifiées de séquelles accidentelles indirectes (RAMA 2003 n°U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2, arrêt du Tribunal fédéral U 522/06 du 12 octobre 2007 consid. 5.1). Cependant, une boiterie d'évitement n'est pas propre à causer une surcharge des vertèbres en l'absence

d'une déformation grave supplémentaire (comme une différence de la longueur des jambes ou d'une arthrose de la hanche) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2008 du 4 juillet 2008 consid. 3.2). Dans ce contexte, notre Haute Cour a également considéré que les symptômes d'un mauvais appui en tant que séquelle indirecte d'un accident pouvaient apparaître tardivement (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 303/06 consid. 6.2.1).

c. Il y a également lieu de relever que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2 et I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b notamment).

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

b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

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

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

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

D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les références).

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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur

probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

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

b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

10. 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).

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter,

dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1).

12. En l'espèce, l'intimé se fonde sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 ainsi que sur les appréciations de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 et du Dr G_____ du 19 novembre 2014 pour retenir une capacité de travail entière dans

une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par les médecins précités. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces documents.

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

a/bb. Si les médecins ont pris en considération les plaintes du recourant, qu'ils ont au demeurant brièvement résumées dans leur rapport du 15 octobre 2014, ils n'ont pas établi d'anamnèse de sorte qu'on ne sait pas s'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant, celui-ci n'y étant pas résumé. Bien plus, des doutes subsistent à ce propos, dès lors que certains rapports d'imagerie, tels que l'IRM cervicale du 28 janvier 2011 ou encore le SPECT/CT du 16 janvier 2012, ne sont pas cités et les atteintes mises en évidence lors de ces examens non prises en considération à titre de diagnostics. Ainsi en est-il des discopathies L1-L2 et L2-L3, lesquelles ressortent du rapport relatif au SPECT/CT effectué le 16 janvier 2012 ou encore de la protrusion discale C5-C6 en contact avec la racine C6 droite associée à une surcharge facettaire et de la discopathie circonférentielle avec protrusion discale gauche à l'étage C6-C7, notamment, lesquelles ont été illustrées par l'IRM cervicale du 28 janvier 2011.

Il existe également des doutes quant au caractère complet des examens effectués. En effet, dans le rapport du 15 octobre 2014, les médecins de la CRR ont fait état d'un trouble de l'humeur, toutefois insuffisant pour que le diagnostic d'état dépressif puisse être posé. Force est toutefois de constater que le rapport précité ne précise à aucun moment le nom du médecin ayant examiné le recourant. On ne sait donc pas si l'examen a été réalisé par un médecin spécialisé en psychiatrie, ce qui a une incidence pour la valeur probante du rapport (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Le rapport ne détaille pas non plus les symptômes évoqués ainsi que les constatations objectives permettant d'arriver à la conclusion précitée. Dans ce même contexte, la chambre de céans s'étonne qu'au vu de la persistance de douleurs importantes, prétendument non explicables sur le plan somatique, des investigations sur le plan psychique n'aient pas été menées afin de confirmer, le cas échéant, l'allégation desdites douleurs par un diagnostic psychiatrique.

La chambre de céans est en outre d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, le rapport de la CRR ne se prononce à aucun moment sur la question du lien de causalité naturelle, éventuellement indirecte ou partielle, entre l'accident assuré et les troubles psychiques, respectivement entre l'accident assuré et les atteintes d'origine dégénérative. En d'autres termes, les médecins de la CRR n'ont à aucun moment déterminé quels facteurs étrangers à l'accident assuré (maladifs, dégénératifs,

accidentels, autres) avaient le cas échéant contribué, avec l'accident en question, aux atteintes psychique et somatique constatées, et dans quelle mesure, et de préciser si lesdits facteurs étrangers étaient devenus ou deviendraient, à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (*statu quo sine* ou *statu quo ante* atteint).

Certes, s'agissant de l'atteinte psychique, la question du lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles psychiques peut, comme le soulève l'intimée, rester ouverte lorsque la causalité adéquate doit de toute manière être niée. Cela étant, dans le cas d'espèce, l'accident assuré doit à l'évidence être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves, conformément à la jurisprudence en la matière (voir 8b *supra*), dès lors que l'assuré a chuté d'une hauteur de 7 mètres comme cela ressort du rapport d'accident établi par la SUVA elle-même, et qu'il a souffert d'un TCC léger et de plusieurs fractures au niveau des vertèbres. Or, dans un tel cas, la réalisation d'un seul des critères jurisprudentiels est suffisante, ce qui semble être le cas *prima facie*. La SUVA ne pouvait dès lors s'épargner l'examen de la causalité naturelle et la question d'un retour à un *statu quo sine* ou à un *statu quo ante*.

Concernant l'atteinte somatique, la chambre de céans constate que si les atteintes telles que les discopathies ou les protrusions discales sont généralement d'origine dégénérative et, dès lors, pas à la charge de l'assureur-accidents, il n'en demeure pas moins que selon l'appréciation du 16 avril 2013 du Dr Q_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, il n'était pas exclu que les séquelles de l'événement accidentel, à savoir les douleurs persistantes au niveau de la colonne lombaire, aient pu représenter un facteur aggravant sur les troubles dégénératifs compte tenu de la statique de la colonne vertébrale, laquelle résultait des suites de l'accident. La question de la causalité partielle ou indirecte et celle d'un retour à un *statu quo ante vel sine* se posent dès lors également dans ce contexte et il appartient à un expert d'y répondre.

Enfin, les conclusions des médecins de la CRR ne sont pas motivées. On ne sait ainsi pas pour quels motifs les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant, s'agissant notamment du rachis, ne s'expliqueraient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et pour quels motifs des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis 2010) joueraient un rôle plus important, influençant défavorablement le retour au travail. En outre, on ne comprend pas non plus pourquoi les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR sont moins importantes à l'issue du séjour en 2014 (pas de port de charges répété de plus de 5 à 10 kg et pas d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise) qu'en 2011 (pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de travaux en porte-à-faux, pas de travail nécessitant des positions prolongées ni de travaux prolongés au sol ou imposant des mouvements de flexion-torsion du tronc), alors qu'une atteinte à l'épaule gauche, à la charge de l'intimée, est venue s'ajouter aux atteintes existant

au niveau du rachis. Le caractère lacunaire du rapport a implicitement été relevé par la Dresse T_____, qui a complété les limitations fonctionnelles retenues par la CRR en y incluant les suivantes afin de tenir compte de l'atteinte à l'épaule : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieures à 10 kg de manière fréquente et pas de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal

a/cc. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 est dénué de toute valeur probante de sorte que la SUVA ne pouvait se fonder sur lui pour fixer le taux d'invalidité, l'état de santé du recourant n'étant pas suffisamment instruit. Reste à voir si les appréciations de la Dresse T_____ et du Dr G_____ pouvaient pallier les défauts du rapport précité.

b/aa. D'emblée, il y a lieu de relever que ni l'appréciation médicale de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 ni celle du Dr G_____ du 19 novembre 2014 ne se fondent sur un examen personnel de l'assuré mais sur le dossier et plus particulièrement sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014. Conformément à la jurisprudence en la matière, elles ne sont toutefois pas en soi dénuées de toute valeur probante de ce seul fait mais doivent faire l'objet d'un examen au regard des réquisits jurisprudentiels applicables en cas d'appréciation faite sur dossier.

b/bb. Quand bien même la Dresse T_____ et le Dr G_____, en leur qualité de médecin d'arrondissement, sont employés par la SUVA, on ne peut pas conclure de ce seul fait à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Une pleine valeur probante doit dès lors être attribuée à leurs appréciations si celles-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.

Or, dans le cas d'espèce, force est de constater que les avis des médecins d'arrondissement précités ne contiennent aucune nouvelle conclusion médicale mais portent en réalité une appréciation sur celles déjà existantes et plus particulièrement sur les conclusions du rapport de la CRR du 15 octobre 2014. Or, comme on l'a vu précédemment, le rapport de la CRR précité est dénué de toute valeur probante, étant notamment lacunaire et non motivé sur des points essentiels. Dans ces circonstances, il existe suffisamment d'éléments mettant à mal la valeur probante des appréciations médicales de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 et du Dr G_____ du 19 novembre 2014.

c. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire et lacunaire par l'intimée. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, le dossier ne contient aucune appréciation de la causalité naturelle entre l'accident assuré et les différentes atteintes, notamment dégénératives, dont souffre le recourant. Quant à l'aspect psychique, il n'a fait l'objet d'aucune instruction approfondie. Il en va de même du retour à un *statu quo ante vel sine*. Dans de telles circonstances, la

chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état actuel du dossier, de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail.

Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour que celle-ci mette en place une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, laquelle devra se prononcer de manière circonstanciée sur toutes les atteintes dont souffre le recourant ainsi que sur le lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes retenues. Par ailleurs, il appartiendra aux experts nommés par l'intimée de s'adjoindre le cas échéant les services d'un neuropsychologue si le besoin s'en fait ressentir.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 22 juin 2015 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 22 juin 2015.
3. Cela fait, renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, à la charge de la SUVA.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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