

GE_GERICHTE ATAS/690/2022 vom 9. August 2022

GE Cour de justice, 2022-08-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_690_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/690/2022 du 9 août 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/690/2022 del 9 agosto 2022

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 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.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 16 septembre 2021, singulièrement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail

E. 4.1.1

Dates d'apparition

E. 4.2

Sans répercussion sur la capacité de travail

E. 4.2.1

Dates d'apparition

E. 4.3

Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

E. 4.4

Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

E. 4.5

Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

E. 4.6

Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

E. 4.7

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

E. 4.8

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

E. 4.9

Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 5. Causalité

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

E. 5.1

Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?

E. 5.1.1

Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

E. 5.2

L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

A/3587/2021 - 31/34 -

E. 5.2.1

Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ? 6. Limitations fonctionnelles

E. 6

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).

E. 6.1

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

E. 6.1.1

Dates d'apparition

E. 6.2

Les plaintes sont-elles objectivées ? 7. Cohérence

E. 7

À teneur de l'art. 18 al. 1 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1 LAA précise que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

E. 7.1

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

E. 7.1.1

Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

E. 7.1.2

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 7.2

Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

E. 7.2.1

Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

E. 7.2.2

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 7.3

Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

E. 7.4

Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

E. 7.5

Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ? 8. Personnalité

E. 8

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).

E. 8.1

Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

E. 8.2

Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologique et, si oui, lesquels ?

E. 8.3

Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de la personnalité ou de ces traits de personnalité pathologique sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

E. 8.4

La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

A/3587/2021 - 32/34 - 9. Ressources

E. 9

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

E. 9.1

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

E. 9.2

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : a) psychique b) mental c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 10. Capacité de travail

E. 9.3

Etes-vous d'accord avec les rapports du Dr W_____ du 23 octobre 2017 et du 26 mars 2019 En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et de rendement retenues ? Si non, pourquoi ? 10.

Autres facteurs Suite à l'accident du 4 novembre 2012 :

E. 10

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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10.1

Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

E. 10.1.1

Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

E. 10.1.2

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 10.2

Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

E. 10.2.1

Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

E. 10.2.2

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 10.3

Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 11. Traitement

E. 10.4

Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

E. 10.5

Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

E. 10.6

Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ? 11. Quel est le pronostic ?

E. 11

En l'espèce, le recourant considère, en substance, que le cumul de ses limitations fonctionnelles réelles et de sa diminution de rendement rend tout simplement illusoire toute possibilité de réinsertion sur le marché du travail. L'examen de cette question suppose cependant d'établir préalablement l'étendue exacte des atteintes à la santé résultant de l'accident ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant, ses limitations fonctionnelles et son rendement. L'appréciation des parties diverge à cet égard, vu que l'intimée suit pour l'essentiel les conclusions de l'expertise du AA_____ de 2020 que le recourant considère pour sa part comme erronées à divers égards. C'est donc en premier lieu la valeur probante de cette expertise qu'il convient d'examiner.

E. 11.1

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

E. 11.2

Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

A/3587/2021 - 33/34 -

E. 11.2.1

Ainsi, du point de vue neurologique tout d'abord, l'expert considère que l'état serait stabilisé depuis 2013 (expertise, p. 42) et qu'il n'y aurait pas d'indication à retenir des

limitations fonctionnelles ni une incapacité de travail dans une quelconque activité, y compris l'activité antérieure (expertise p. 43). Il ressort de la synthèse que cette conclusion de l'expert se fonde sur le fait que « le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique actuellement significative, qu'il s'agisse d'une atteinte centrale ou périphérique avec un tableau de rachialgie associé à un hémisyndrome algique et sensitivomoteur gauche sans substrat somatique » (expertise, p. 39) La chambre de céans considère cette conclusion comme peu argumentée et peu convaincante au vu du dossier médical et même du seul examen neurologique de l'expert lui-même qui fait notamment état des problématiques suivantes (expertise, p. 32 et 33) : - A l'examen de la nuque, la mobilité de la nuque est décrite comme limitée, avec une mobilisation sensible localement. - A l'examen du rachis dorsolombaire, sont relevés des troubles statiques vertébraux modérés chez un patient présentant une certaine surcharge pondérale. La percussion des apophyses épineuses lombaires basses paraît sensible. Les points de Valleix fessiers sont bilatéralement négatifs, mais les insertions iliaques et trochantériennes sont sensibles des deux côtés. La flexion latérale lombaire est bonne, mais donnée comme douloureuse. En flexion antérieure maximale, la distance doigts sol est de 30 cm, avec un Schober lombaire de 10/14, cette manœuvre provoquant apparemment des douleurs.

A/3587/2021 - 21/34 - - En station debout et à la marche, la marche spontanée se fait avec une boiterie de décharge antalgique du membre inférieur gauche, d'importance variable en cours d'examen. La station sur la pointe des pieds et sur les talons est normalement possible à droite et entachée de lâchages à gauche. - A l'étude de l'audition, il semble exister une hypoacousie bilatérale plus prononcée à gauche. - A l'examen des membres supérieurs, l'épreuve des bras tendus est sans chute des deux côtés. Les mouvements rapides sont bien effectués à droite et fortement ralentis à gauche. La force brute est préservée au niveau du membre supérieur droit alors qu'on note des phénomènes de lâchages étagés rendant une appréciation de la force résiduelle impossible au niveau du membre supérieur gauche. Les épreuves de coordination sont correctement exécutées à droite, alors qu'à gauche, le patient ne parvient pas à toucher son nez, mais touche sans dysmétrie nette l'extrémité de l'index de l'examineur. A l'examen de la sensibilité, le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur gauche. La sensibilité posturale est préservée des deux côtés. - Au niveau du tronc, les réflexes cutanés-abdominaux ne sont pas obtenus des deux côtés. Le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale de l'hémitrunc gauche. - A l'examen des membres inférieurs, l'épreuve des jambes fléchies est sans chute à droite et impossible à faire réaliser à gauche. Les mouvements rapides sont normalement effectués à droite et fortement ralentis à gauche. La force brute est préservée au niveau du membre inférieur droit, alors qu'on note au niveau du membre inférieur gauche, des phénomènes de lâchages immédiats rendant une appréciation exacte de la force impossible. Les épreuves de coordination sont difficilement effectuées des deux côtés mais finalement sans dysmétrie nette. A l'examen de la sensibilité, le patient signale une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche. La pallesthésie est à 5/8 des deux côtés, subjectivement moins bien perçue à gauche. En résumé, l'expert relève « des troubles statiques vertébraux modérés chez un patient présentant une certaine surcharge pondérale. En station debout et à la marche, on note une boiterie de décharge du membre inférieur gauche et la station sur la pointe du pied et sur le talon est apparemment impossible à gauche. Pour le reste, l'examen neurologique révèle un hémisyndrome sensitivomoteur gauche facio-brachio-tronco-crural tout à fait atypique avec des phénomènes de lâchages étagés, une altération globale de la sensibilité superficielle mais pas d'anomalie significative

des réflexes tendineux, de la trophicité musculaire et de la sensibilité profonde, A cela s'ajoutent des difficultés apparemment importantes à l'exécution

A/3587/2021 - 22/34 - des épreuves de coordination qui sont finalement exécutées de façon satisfaisante, mais tout à fait démonstrative ». Au vu de ces éléments, les conclusions tirées par l'expert et reprises ci-avant sont difficilement compréhensibles. Il semble en effet reconnaître certaines atteintes qu'il qualifie d'atypiques, mais ne pas les prendre en compte faute d'être en mesure de les expliquer. De plus, l'expert renonce à des investigations plus approfondies et notamment à une ENMG « compte tenu de la normalité des 3 ENMG pratiqués depuis l'apparition des troubles et compte tenu de l'attitude du sujet » (expertise, p. 39). Sa synthèse est peu argumentée et sa conclusion au terme de laquelle « le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique actuellement significative » n'est guère satisfaisante au vu des autres éléments relevés. Ces lacunes de l'expertise sont d'autant plus problématiques que les conclusions de l'expert diffèrent passablement d'autres appréciations médicales figurant au dossier. Ainsi, le 9 mars 2017, Mme AH_____ avait considéré que, sur le plan strictement neuropsychologique, la capacité de travail était nulle dans l'exercice de la profession antérieure de chauffeur, du fait du ralentissement associé aux troubles exécutifs qui étaient de nature à contre-indiquer la conduite automobile. Dans une activité adaptée, elle l'évaluait comme s'élevant à 80%. Amené à se prononcer sur cette analyse dans son rapport du 27 novembre 2017, le Dr T_____ s'était pour sa part contenté d'écarter, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité entre l'accident et les atteintes neurologiques décrites, sans pour autant nier ces dernières. Quant à la Dresse J_____, elle avait diagnostiqué le 18 juin 2014 des cervicobrachialgies, douleurs du bassin et du membre inférieur gauche, troubles de la concentration et de la mémoire à la suite de l'accident. La situation était décrite comme non encore stabilisée et le pronostic était réservé. Le 6 mars 2018, elle avait encore écrit que, quand bien même l'ENMG des membres supérieurs ne montrait pas d'anomalie, le recourant présentait des paresthésies du membre supérieur gauche par intermittence, avec faiblesse globale. Cliniquement, il existait encore une limitation de la mobilité douloureuse de l'épaule, quelques douleurs occasionnelles du membre supérieur gauche, non rythmées. Il est enfin difficilement compréhensible que l'expert considère la capacité de travail comme entière dans l'activité habituelle, alors que dite activité a précisément été interdite par le Service cantonal des véhicules, sur interprétation de l'OAI, du fait d'atteintes neuropsychologiques. Certes, ces éléments sont insuffisants pour établir l'éventuelle incidence des atteintes neurologiques sur la capacité de travail du recourant. Ils auraient cependant justifié que l'expert neurologue argumente davantage ses conclusions.

E. 11.2.2

Du point de vue psychique, l'expert retient le diagnostic de dysthymie/dysphorie (F34,1), consécutif à l'accident, compensé « de longue

A/3587/2021 - 23/34 - date » et en légère stabilisation depuis juillet 2016, sans incidence sur l'activité antérieure de conducteur et donc sur la capacité de travail. En substance, il considère que les impressions cliniques sont très proches de ce qui avait été décrit antérieurement par les experts précédents. Elles correspondraient également en partie à ce que le Dr L_____ avait établi, à savoir une humeur dépressive ordinaire, sous réserve que, si la réduction de la perspective globale pour une vie épanouie était certes bien perceptible, elle n'équivaudrait pas à un état dépressif cliniquement défini. En définitive, l'examen aurait « plutôt confirmé les constats antérieurs », en ce sens qu'il y avait certainement eu

des fluctuations d'humeur mais jamais à un niveau de dépression clinique définie (expertise, p. 41). Cette analyse omet cependant le rapport circonstancié du 29 mars 2019 du Dr L_____ diagnostiquant un épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1) et expliquant les raisons pour lesquelles il n'était précisément pas d'accord avec les diagnostics de dysthymie et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques retenus dans l'expertise PMU. Selon le psychiatre traitant, la dysthymie devait être le résultat d'une humeur dépressive sans cause somatique ou sans perturbation organique, ce qui ne correspondait pas à la situation du recourant. Celui-ci présentait un trouble de l'adaptation sous la forme spécifique d'une réaction dépressive prolongée (F43.21) due à une affection médicale générale (le polytraumatisme). Le Dr L_____ n'était pas non plus d'accord avec le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). Selon lui, ce diagnostic pouvait se poser dans le cas de pathologies somatiques mineures avec des plaintes psychologiques majeures ou disproportionnées. Or, le recourant avait subi un accident grave avec des polytraumatismes et avec plusieurs interventions chirurgicales ayant laissé des séquelles objectivables. Le Dr L_____ avait enfin expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que le recourant, qui n'avait pas un comportement d'amplification et de dramatisation émotionnelle, présentait des limitations fonctionnelles psychiatriques. Il est problématique que l'expert n'ait pas eu connaissance de ces éléments et ne les ait donc pas pris en compte dans son appréciation et ses conclusions. À nouveau, vu le caractère récent et circonstancié du rapport dont il est question, cette omission constitue également une lacune majeure de l'expertise.

E. 11.2.3

L'expert en orthopédie a retenu plusieurs diagnostics, en lien de causalité naturelle avec l'accident : fracture-disjonction de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes des 2 côtés ostéosynthésée par plaque symphysaire ; fracture des branches ilio-pubiennes avec extension extra-articulaire vers le pilier antérieur du cotyle des 2 côtés, traitée conservativement ; fracture de l'aileron sacré droit, en regard de l'articulation sacro-iliaque et fracture disjonction de l'articulation sacro-iliaque gauche, non déplacée, traitée conservativement ; fractures de l'arc postérieur des côtes 4 à 12 à G, déplacées pour la plupart,

A/3587/2021 - 24/34 - traitées conservativement ; arthropathie sacro-iliaque gauche post traumatique ; Hernie inguinale récidivante. Il a également retenu, sans lien de causalité naturelle avec l'événement : un conflit sous-acromial probable à l'épaule gauche et des cervico-scapulo-brachialgies gauches. L'état de santé serait stabilisé depuis l'automne 2016, les examens radiologiques démontrant une consolidation des lésions osseuses avec une arthropathie post-traumatique séquellaire de l'articulation sacro-iliaque gauche (expertise, p. 38). La capacité de travail n'aurait pas varié depuis lors. Elle est considérée comme nulle dans l'activité habituelle, du fait de l'accident. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, elle est estimée entière avec une diminution de rendement de 12,5% en raison de douleurs séquellaires au bassin, nécessitant deux pauses quotidiennes de 30 minutes durant les heures de travail (expertise, p. 43). Au titre de limitations fonctionnelles, l'expert retient : « station debout et assise prolongée limitée, en privilégiant l'alternance de celles-ci ; port de charge limité à 5kg ; marche limitée à 500 mètres, sans montée/descente d'escalier ou échelles ; pas de position agenouillée ou accroupie ; aucune activité statique en extension du rachis cervical ; aucune activité avec mouvements répétitifs du membre supérieur gauche et activité le bras gauche au-dessus du plan des épaules ». À nouveau, il

est regrettable que l'expertise ne prenne pas du tout en compte le rapport du 26 mars 2019, du Dr W_____ faisant notamment état du diagnostic supplémentaire de « lombalgies sur discarthrose lombaire L5-S1 et, moins importantes, au niveau L2-L3 ». La liste des limitations fonctionnelles retenues par le Dr W_____ différait également et était plus étendue que celle figurant dans l'expertise. Elle consistait en un périmètre de marche limité à 800 mètres (avec boiterie et nécessité de pauses après chaque 150-200 mètres) ; une position assise relativement courte (minutes) lui provoquait des douleurs et il devait changer souvent de position ; le port de charges était limité à moins de 3 kg et encore moins pour la main gauche. Selon l'orthopédiste-traitant, une activité adaptée n'était par ailleurs plus envisageable en raison des douleurs lombaires et au niveau du bassin, ainsi que des douleurs abdominales en position assise. La capacité de concentration était en outre influencée par la douleur. Enfin, au-delà de ces éléments, le rapport du Dr W_____ semblait sous-entendre que la situation n'était pas stabilisée depuis l'automne 2016, vu qu'il faisait état du diagnostic de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, découvert lors de l'échographie du 6 novembre 2017.

E. 11.2.4

La chambre de céans considère qu'au vu de ces éléments, l'expertise doit d'ores et déjà être considérée comme lacunaire. Elle ne permet pas de trancher la question de la capacité de travail résiduelle du recourant, ni de l'éventuelle stabilisation de son état de santé (et de sa date). Sa valeur probante n'est pas suffisante.

A/3587/2021 - 25/34 - Elle l'est d'autant moins que les plaintes du recourant, si elles sont bien listées, ne sont pratiquement pas prises en compte au moment des diverses synthèses des experts, ce pour des raisons non expliquées, si ce n'est que l'intéressé se serait montré démonstratif lors de certaines parties des examens en neurologie et orthopédie (expertise, p. 34 et 39). Par ailleurs, vu notamment les rapports du Dr V_____ et en particulier celui du 15 mars 2019 faisant état du diagnostic supplémentaire de lombosciatalgies bilatérales et estimant qu'il n'existait pas d'activité adaptée à l'état du recourant, il est surprenant que l'intimée ait renoncé à ce que l'expertise comporte également un volet rhumatologique, ce d'autant plus qu'un tel aspect avait bien été examiné dans le cadre de l'expertise PMU du 9 mai 2017.

E. 11.3

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 12. Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 12

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. 12.1

Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du AA_____ des 22 juin et 21 juillet 2020, en particulier la partie relative à votre spécialité ainsi que la synthèse finale ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et du rendement retenue par les experts ? Si non, pourquoi ?

E. 12.2

Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr L_____ des 16 février 2015, 10 novembre 2018 et 29 mars 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail et du rendement retenue par les experts ? Si non, pourquoi ?

E. 13

Autres facteurs Suite à l'accident du 4 novembre 2012 :

E. 13.1

Les lésions apparues sont-elles graves ?

E. 13.2

Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

E. 13.3

Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

E. 13.4

Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

E. 13.5

Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

E. 13.6

Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

E. 14

Quel est le pronostic ?

E. 15

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. 16

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. G. Invite l'experte à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Professeur AE_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

A/3587/2021 - 34/34 -

II. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, leur rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Adriana MALANGA

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.