

## **GE\_GERICHTE A/2017/2008 vom 2. Dezember 2008**

GE Cour de justice, 2008-12-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2017\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2017_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/2017/2008 du 2 décembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2017/2008 del 2 dicembre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.12.2008  
A/2017/2008

A/2017/2008 ATAS/1428/2008 du 02.12.2008 ( LAA ) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2017/2008 ATAS/1428/2008  
ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES du 2 décembre 2008 Chambre 5 En la cause Monsieur T \_\_\_\_\_, domicilié à BONNEVILLE, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LEDRAPPIER Bruno recourant contre AXA WINTERTHUR, sise Chemin de Primerose 11, LAUSANNE intimée EN FAIT Monsieur T \_\_\_\_\_, né en 1970, travaillait en tant qu'aide-soignant auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). A ce titre, il était assuré auprès de l'AXA Assurances SA (auparavant la WINTERTHUR; ci-après: l'assureur, puis l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 5 août 2006, il subit un accident de la circulation routière. Une voiture arrivant en face perd la maîtrise et frappe le véhicule de l'assuré en pleine face. La voiture de ce dernier tombe dans un fossé sur le toit. Les premiers soins sont prodigués par le Centre hospitalier intercommunal d'Annemasse qui constate, dans son rapport du 4 septembre 2006, "Traumatisme crânien, douleurs colonne cervicale, thoraciques, costales, épaule gauche avec paresthésie du membre supérieur gauche". La suite du traitement est assuré par le Dr A \_\_\_\_\_ à Bonneville. Dans son rapport du 22 août 2006, il confirme l'existence d'un traumatisme crânien avec légère perte de connaissance et diagnostique une contusion cérébrale, une entorse cervicale avec névralgie brachiale gauche et une contusion lombaire. Le traitement consiste en infiltrations, antalgiques, anxiolytiques et un collier cervical. Dans son rapport du 19 septembre 2006, ce même médecin confirme ces diagnostics et y ajoute des acouphènes. Le patient présente des algies majeures du crâne et des épaules. A la question de savoir si un dommage permanent est à craindre, il répond par "syndrome subjectif des traumatisés crâniens". Dans son rapport du 12 octobre 2006, le Dr A \_\_\_\_\_ note des céphalées persistantes ou névralgies d'Arnold et une amélioration des douleurs cervicales. Le 23 novembre 2006, il mentionne, sous diagnostic, un syndrome subjectif des traumatisés du crâne et, sous évolution, des céphalées invalidantes, une régression des cervicalgies et de la névralgie cervico-brachiale gauche. En raison de céphalées aiguës persistantes, des IRMs cérébrale et cervicale sont réalisées le 20 octobre 2006. L'IRM cérébrale est dans les limites de la norme, sans lésion traumatique repérée. L'IRM cervicale met en évidence une discopathie C5-C6. Le 26 décembre 2006, l'assuré est examiné par le Dr B \_\_\_\_\_, diplômé du certificat de réparation des préjudices corporels et expert auprès de la Cour d'appel de Chambéry. Selon son rapport de la même date, il persiste un manifeste syndrome de type post-commotionnel associé à des céphalées, des acouphènes bilatéraux et des sensations vertigineuses d'effort ou de changement de positions. L'assuré était hospitalisé quatre jours en France. Le Dr B \_\_\_\_\_ fixe la date de la consolidation du syndrome

post-commotionnel au jour de l'examen et admet une incapacité de travail en relation directe, certaine et exclusive avec le traumatisme jusqu'à cette date. Dans le commentaire, il note ce qui suit: "(...) un accident de la voie publique qui lui occasionnait: une contusion du rachis cervical, sans lésion osseuse, sur discopathie C5-C6, dégénérative, fonctionnellement latente, traitée orthopédiquement ainsi que par antalgiques généraux. Persistance de cervicalgies, sans raideur significative, ni signe objectif radiculaire. Une contusion de l'épaule gauche, sans lésion osseuse ni ligamentaire, laissée à elle-même, d'évolution simple. Des maux de tête, qualifiés dès le 10.08.2006 de "assez importants", sans aucune anomalie scanographique." Le 4 juillet 2007, l'assuré fait l'objet d'une expertise par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine du sport. Dans son rapport du 9 juillet 2007, ce médecin pose les diagnostics de status post-accident avec probables entorses bénignes de la colonne cervicale, contusions de l'hémithorax et de l'épaule gauches, très probable syndrome post-commotionnel ou syndrome du stress post-traumatique, status post-thrombo-phlébite du membre inférieur droit, obésité et trouble statique et fonctionnel du rachis. Concernant le lien de causalité naturel, ce médecin a développé ce qui suit (p. 10 du rapport): "Le syndrome post-commotionnel, ou syndrome de stress post-traumatique, semble s'être développé dans les suites directes de l'événement accidentel du 5 août 2006; état antérieur ? La thrombo-phlébite du membre inférieur droit ne peut être considérée que comme de relation possible avec les suites directes de l'événement accidentel du 5 août 2006. Cet événement accidentel n'est pas à la base de lésions significatives au niveau du rachis cervical, de l'encéphale ou de l'épaule gauche. Les troubles fonctionnels du rachis sont préexistants et actuellement quasiment asymptomatiques." Le Dr C \_\_\_\_\_ se pose la question d'un éventuel état antérieur au niveau psychologique, sans pouvoir l'élucider, tout en relevant que le Dr A \_\_\_\_\_ a prescrit rapidement de Laroxyl et des anxiolytiques. Il préconise un bilan spécialisé par un expert psychiatre. Il fait aussi état d'un problème ORL. Concernant la capacité de travail, il fait observer que la symptomatologie de "malaises", qui apparaît à l'effort sous forme de vertiges surtout, semble limiter très fortement tout éventuel retour à l'activité professionnelle d'aide-soignant. L'incapacité de travail est dès lors toujours de 100 %. Ces "malaises" limitent l'expertisé également dans d'autres activités. En ce qui concerne le traitement médical, il se demande s'il n'y a pas lieu de modifier le traitement anti-dépresseur et anxiolytique. Il n'y a par ailleurs pas d'atteinte à l'intégrité, au niveau ostéo-articulaire. L'état n'est pas stabilisé. Concernant l'anamnèse sociale, il note que l'activité professionnelle de l'assuré nécessite de fréquents efforts physiques avec des patients relativement lourds et des transferts fréquents. Avant l'accident, l'assuré se décrivait comme très sportif (ancien instructeur de rafting, pratiques fréquentes de via ferrata, canyoning, roller). S'agissant de la survenance de l'accident, l'expertisé relate avoir terminé la course dans le fossé sur le toit, à la suite du choc. Il y a une très probable brève perte de connaissance entre le choc et le moment où la voiture s'est retrouvée sur le toit, selon l'expert. A l'arrêt de son véhicule, l'assuré a essayé d'enlever sa ceinture de sécurité. Il était paniqué, n'arrivant pas à sortir de son véhicule et croyant voir de la fumée. Dès l'arrivée à l'extérieur, il se sentait très mal et très rapidement après l'accident apparaîtront d'intenses vertiges, prédominants dans les positions debout, mais également en position couchée. A cela s'ajoutent des acouphènes et une phlébite à la jambe droite qui s'est très probablement développée dans les suites d'un alitement prolongé, aux dires de l'expert. Grâce à une thérapie neurale, l'évolution est ensuite lentement favorable. Au moment de l'expertise, l'assuré mentionne l'existence de céphalées globales, à type de "crampes", lesquelles sont quasiment constantes durant la journée, mais varient d'importance d'un jour

à l'autre avec parfois des crises intenses. Il subsistent aussi quelques tensions cervicales. Les paresthésies du membre supérieur gauche et les douleurs à l'épaule gauche ont disparu fin 2006. Les acouphènes sont constants, pénibles et le fatiguent. Les vertiges sont toutefois l'élément le plus limitant de la symptomatologie. Tout effort fait apparaît une sensation de malaise : l'assuré devient "blanc", tremble, a des nausées et des vertiges. Il doit alors s'asseoir ou se coucher et craint de perdre connaissance. Le sommeil est troublé par des fréquents réveils, mais sans cauchemars en relation avec l'accident. L'assuré est ensuite soumis à une expertise par le Dr D \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans son rapport du 8 septembre 2007, celui-ci ne constate aucune atteinte psychiatrique. L'assuré se plaint essentiellement des maux de tête et de la notion de malaises survenant à l'effort et l'empêchant de reprendre son travail d'aide-soignant, lequel est physiquement lourd. S'agissant de ses occupations quotidiennes, il bricole, fait le ménage et s'occupe de la famille. Il est par ailleurs passionné par l'informatique, ainsi que la bande dessinée, aime les lapins et la lecture. Dans les observations cliniques, l'expert ne retient aucune tendance à l'exagération ou à l'accentuation, mais a l'impression d'une certaine fixation sur la problématique de ses maux de tête et de vertiges. L'assuré est en outre nuancé et souligne tous les éléments positifs dans sa vie. Il n'a aucun trouble cognitif majeur. Lorsqu'il évoque l'accident, il reste complètement neutre et ne manifeste aucune émotion particulière. Selon l'expert, il n'y a ainsi aucun indice en faveur d'un trouble de stress-post-traumatique. Dans la discussion, l'expert relève que les atteintes somatiques se sont avérées plutôt bénignes et constate une bonne récupération. A la suite de l'accident, l'assuré a arrêté toutes les activités sportives et grossi. Un syndrome post-commotionnel avec surtout des symptômes de malaises, sensations vertigineuses et maux de têtes persiste, en dépit de plusieurs approches. L'expert soupçonne une évolution de régression et de confort. La phlébite qu'il a développée lors de l'une de ses hospitalisations semble avoir contribué à la diminution de ses activités, intervenant ainsi indirectement dans le cercle vicieux déclenché. Sur le plan psychique et psychiatrique, l'assuré n'a jamais présenté d'atteintes. Le Dr D \_\_\_\_\_ observe que l'assuré a de très bonnes connaissances et expériences dans différents sports, dans la protection civile où il est devenu lieutenant, ainsi que dans le corps des pompiers de l'Hôpital de Loëx où il travaillait. Il est aussi allé en mission dans des régions d'éboulement et il est visiblement habitué aux "petites et moyennes catastrophes". Selon l'expert, il a assumé sur le plan psychique les conséquences de l'accident "certainement" plus vite que d'autres. S'agissant de la prescription d'un anti-dépresseur et d'un anxiolytique, il s'agit d'un "réflexe" bien connu dans le monde médical, pour abaisser le seuil de la douleur. Ces médicaments ont ainsi une visée tout à fait non psychiatrique. Quant aux maux de tête et des sensations vertigineuses, ils devraient être analysés par un neurologue. Selon l'expert, les syndromes post-commotionnels sont bien connus et peuvent durer avec une symptomatologie diverse facilement six mois à parfois deux ans. Généralement, ils diminuent avec le temps, ce qui n'est pas le cas ici. Enfin, l'expert note que l'assuré est dans une dynamique physique néfaste pour lui. Il est devenu assez passif et attentionniste. Le Dr D \_\_\_\_\_ estime ainsi qu'il y a une tendance de danger pour le développement d'un problème psychologique. Le 25 octobre 2007, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr E \_\_\_\_\_, neurologue. Dans son rapport du 14 novembre 2007, celui-ci pose les diagnostics de commotion cérébrale et syndrome cervical survenu lors d'un accident de la route. Dans la discussion, il relève que le violent choc frontal a certainement eu un impact important tant au plan mécanique au niveau de la tête et de la région cervicale qu'au plan psychologique. Il n'y a probablement pas eu de perte de connaissance significative.

Néanmoins, même sans impact direct sur la tête, on doit admettre une lésion par décélération tant au niveau de la colonne cervicale que de l'encéphale qui conduit pour le moins à une commotion cérébrale. La symptomatologie décrite par l'assuré à la suite de cet accident est compatible avec ce diagnostic. Cependant, presque 15 mois après l'accident, les céphalées rapportées par l'assuré sont mal différenciées et peu évocatrices d'un quelconque syndrome. L'expert s'étonne qu'elles n'ont pas évolué depuis l'accident, comme le prétend l'assuré. L'expert s'est entretenu à ce sujet au téléphone avec le Dr A \_\_\_\_\_, lequel pense que la symptomatologie s'est améliorée. Celle-ci a motivé une escalade thérapeutique qui confine aujourd'hui à un traitement très lourd, les doses de Tramadol étant notamment au maximum de ce qui est raisonnable de prescrire de manière chronique, surtout en association avec d'autres médicaments psychotropes, des benzodiazépines et des tricycliques. Ce type de traitement n'est pas adapté à la situation de l'assuré et peut par lui-même participer à la chronicité des céphalées et nécessitera vraisemblablement un sevrage lent et précis. Le traitement adéquat est difficile à définir. La thérapie neurale et la physiothérapie ne permettent pas non plus d'améliorer objectivement l'état de santé. Il n'est pas à exclure qu'une constellation psychologique participe à l'évolution actuelle. Il existe également des bénéfices secondaires matériels à cet accident, aux dires de l'expert, dans la mesure où la maison acquise par l'assuré quelques mois avant l'accident est actuellement remboursée par une assurance complémentaire française. Ainsi, aucune séquelle de cet accident ne peut être actuellement prouvée selon un degré de vraisemblance prépondérante. Quant à la capacité de travail, l'expert relève que l'assuré est très limité du fait de doses énormes de médicaments qu'il est supposé prendre tous les jours. Il n'y a cependant aucun obstacle neurologique objectif à ce qu'il reprenne son activité d'aide-soignant à plein temps à l'avenir. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité. Toutefois, l'état n'est pas stabilisé. Si une invalidité devait persister, celle-ci ne serait pas de manière prépondérante raisonnablement à mettre sur le compte de l'accident. Par courrier du 20 novembre 2007, l'assureur informe l'assuré que, sur la base des conclusions des trois expertises effectuées, il met un terme à ses prestations au 31 décembre 2007, considérant qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, seule une relation de causalité possible entre les troubles résiduels et l'accident existera encore. Elle accorde à l'assuré un délai de 20 jours pour se déterminer. Par courrier du 20 décembre 2007, l'assuré s'oppose à ce projet de décision. Par un second courrier non daté, reçu le 11 février 2003, il transmet à l'assureur différentes attestations. Il relève en outre qu'il a été en parfaite santé avant l'accident. Auparavant, il pratiquait divers sports, était sapeur-pompier volontaire et coordinateur logistique (lieutenant) à la protection civile. Il estime ainsi que son incapacité de travail est toujours due à l'accident. Les attestations transmises avec le courrier précité sont notamment les suivantes : une attestation du 3 décembre 2007 du Commandement du groupement intercommunal Meyrin-Mandement certifiant que l'assuré n'a jamais manqué un jour depuis son incorporation à l'état major comme chef du service du ravitaillement et qu'il ne leur a jamais paru malade avant son accident; le 1<sup>er</sup> janvier, il avait été promu comme chef de la coordination logistique, dès lors qu'il fallait une personne compétente et fiable pour ce poste très important; il a aussi été engagé dans le cadre de l'aide inter-cantonale en octobre 2005 à Brienz où il a effectué un très bon travail; un certificat médical du 10 décembre 2007 du Dr F \_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin décrit dans les détails le traitement médical, ainsi que l'évolution de l'état de santé, et fait un résumé de l'anamnèse médicale; une attestation du 12 décembre 2007 de M. U \_\_\_\_\_, physiothérapeute, lequel constate une mobilité asymétrique en rotation, avec une plainte en basse cervicale à droite, une tension importante du trapèze supérieure à droite et de

l'angulaire de l'omoplate droite, ainsi que des scalènes, avec attitude antalgique "classique" de l'omoplate en rotation horaire, et une hypomobilité de la charnière C7-D1; il y a une lente évolution; un rapport médical du 10 janvier 2008 de la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et thérapie neurale, selon lequel le patient lui a été adressé à sa consultation de la douleur par son médecin traitant en mars 2007; à la première consultation, elle s'est trouvée devant un patient fatigué, pâle, le visage chargé, cherchant ses mots et désespéré; l'examen clinique mettait en évidence des contractures des muscles para-vertébraux de tout le dos et de la nuque qui apparaissaient comme une masse compacte; la palpation était difficile; les injections à but anti-inflammatoire et antalgiques se montraient compliquées en raison de réactions neurovégétatives importantes (augmentation des céphalées et transpirations générales); progressivement, une détente de la musculature para-vertébrale des muscles de la ceinture scapulaire et une diminution de la masse cervicale s'étaient installées; en décembre 2007, l'évolution sur le plan clinique est favorable avec une régression des zones douloureuses à la palpation; le nombre et l'intensité des malaises et des céphalées sont également en diminution et l'humeur moins maussade, mais des crises de céphalées intenses, l'insomnie, la barre sous-occipitale et le manque de concentration persistent; néanmoins, le patient sort progressivement de sa détresse provoquée par les douleurs; bien que les symptômes post-traumatiques soient en continuelle régression, le patient est encore loin d'une récupération optimale ou suffisante pour envisager un quotidien acceptable aussi bien sur le plan familial que professionnel; cette praticienne propose la poursuite du traitement (médicamenteux, injections d'un anesthésique local, physiothérapie, ostéopathie), en collaboration avec le médecin traitant; un rapport du 18 janvier 2008 du Pr. H\_\_\_\_\_ de la Policlinique de neurologie des HUG qui pose les diagnostics de céphalées post-traumatiques continues avec composante cervicogène, d'une suspicion d'une discrète atteinte neurologique centrale avec asymétrie au niveau du cutané-panthère en défaveur de la gauche, d'un discret syndrome vestibulaire gauche et d'un syndrome cervical, probablement au niveau d'étages moyens; le patient présente des signes neurologiques et locomoteurs séquellaires de l'accident; l'évolution est lentement favorable, mais un bilan otoneurologique, ainsi que la poursuite de la physiothérapie et du reconditionnement physique semble important à ce médecin; les céphalées ont à son avis également une composante cervicogène, à côté d'une composante post-commotionnelle; pour le traitement des céphalées chroniques, il propose de changer le traitement médicamenteux. Par décision du 5 mars 2008, l'assureur met fin à ses prestations avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2008, en se fondant sur les expertises médicales effectuées qu'il estime convergentes. Il retire l'effet suspensif à une éventuelle opposition à cette décision. Le 12 mars 2008, l'assuré envoie à l'assureur les résultats d'une consultation ORL et l'informe qu'il a 45 décibel en moins dans chaque oreille à cause des acouphènes aigus bilatéraux consécutifs à l'accident. Par courrier du 27 mars 2008, l'assuré forme opposition à la décision précitée de l'assureur. Il relève que le Dr C\_\_\_\_\_ a admis que la symptomatologie des malaises apparaissant à l'effort limitait très fortement tout éventuel retour à son activité professionnelle d'aide soignant et que sa capacité de travail était toujours nulle. Les expertises ne sont ainsi pas convergentes et le Dr C\_\_\_\_\_ semble être plus à même pour apprécier son handicap dans son activité professionnelle que les deux autres expert. Le 9 avril 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ certifie que l'état de santé de l'assuré ne lui permet pas de reprendre son travail, en raison de céphalées très intenses, de douleurs cervicales, d'un état anxieux important et d'acouphènes résistants à de multiples traitements. Par décision du 5 mai 2008, l'assureur rejette l'opposition de l'assuré et retire l'effet

suspensif à un éventuel recours. Il estime notamment que l'expert rhumatologue, le Dr C \_\_\_\_\_, ne peut se prononcer sur le genre de trouble de l'assuré et que l'appréciation de la capacité de travail échappe ainsi à sa spécialisation. Le spécialiste en la matière est le Dr E \_\_\_\_\_. Or, celui-ci a nié le lien de causalité entre la symptomatologie persistante et l'accident. S'agissant de l'attestation des médecins traitants, l'assureur souligne que l'avis du médecin traitant ne permet pas de mettre en doute les conclusions des experts, le médecin traitant étant généralement enclin, en cas de doute, de prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Par acte du 5 juin 2008, l'assuré interjette recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et principalement à l'annulation de cette décision et l'octroi des indemnités journalières, sous suite de dépens. Il estime que le lien de causalité naturelle est établi, dans la mesure où il disposait avant l'accident d'une excellente santé. Quant à la causalité adéquate, il relève que les conclusions des différents rapports médicaux et expertises ne sont pas convergentes. S'agissant de l'expert psychiatre, il souligne que celui-ci n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, de sorte qu'il convient d'admettre que la symptomatologie persistante n'a non pas une origine psychologique, mais physiologique. L'expert neurologue mentionne que la lourdeur du traitement médicamenteux peut participer à la chronicité des céphalées. Or, c'est à la suite de cet accident, qu'un tel traitement lui a été prescrit de sorte qu'il convient de reconnaître un lien de causalité adéquate avec l'accident. Il rappelle en outre que le Dr B \_\_\_\_\_ a considéré, dans son rapport médical du 26 décembre 2006, la persistance d'un syndrome de type post-commotionnel était en causalité directe et certaine avec l'accident, en l'absence d'antécédents. Tel est également l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, du Pr H \_\_\_\_\_ et du Dr A \_\_\_\_\_. S'agissant de sa conclusion tendant à la restitution de l'effet suspensif, il fait valoir que la suppression des prestations le met dans une situation financière difficile, ne disposant que de peu d'économies et demeurant dans l'incapacité de travailler. Par écritures du 19 juin 2008, l'intimée se prononce sur la conclusion du recourant relative à la restitution de l'effet suspensif. Elle relève que, dans la mesure où le recourant a pour seule source de revenu les indemnités journalières de l'assureur accident, selon ses allégations, l'intérêt de l'administration apparaît prépondérant, dès lors que le recourant ne pourrait pas rembourser les prestations versées. Elle fait également observer que l'accident date il y a 17 mois, de sorte que le délai d'attente d'une année pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité et de la caisse de prévoyance professionnelle est écoulé. L'assuré pourrait ainsi bénéficier des prestations de ces assurances. Par arrêt incident du 1<sup>er</sup> juillet 2008, le Tribunal de céans rejette la demande de restitution de l'effet suspensif. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 10 septembre 2008, le recourant déclare ce qui suit : « Je ne vais toujours pas bien. Je souffre d'acouphènes et de maux de tête 24 s/ 24. J'ai aussi une hypersensibilité à la lumière et, à l'effort, j'ai des malaises. Ma concentration est aussi affectée. Pour toutes ces raisons, je ne me sens pas capable de travailler dans n'importe quelle activité. Quant au traitement médical, le Prof. H \_\_\_\_\_ a ajouté d'autres médicaments, notamment un anti-épileptique pour me soulager des maux de tête. L'assurance, que j'ai contractée lors de l'acquisition de ma maison, paie les 70 % des mensualités de remboursement. Cela représente les 70 % de 5'600 fr. par trimestre. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, je suis indemnisé par l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur à raison de 80 % de mon salaire. Ma situation financière est difficile. Mon épouse essaie actuellement d'augmenter son taux de travail à 100 %. Mes voisins m'aident beaucoup pour des choses physiquement astreignantes, telles que ranger le bois de

chauffage ou monter des meubles. J'ai également fait une demande de prestations d'assurance invalidité. Celle-ci m'a fait parvenir un projet de refus de rente. Cependant, elle est en train de reprendre l'instruction. » Le conseil du recourant précise que le Dr A \_\_\_\_\_ n'était pas le médecin de famille de son mandant à l'époque de l'accident. Quant à l'intimée, elle déclare que le recourant est également au bénéfice d'une assurance complémentaire qui a versé les 20% du salaire manquant, de sorte qu'il n'a subi aucune perte de gain en raison de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, tant que le rapport de causalité était reconnu. A la demande du Tribunal de céans, le Dr A \_\_\_\_\_ précise, par courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2008, le traitement médicamenteux actuel de son patient. Il qualifie les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_ dans son expertise comme stupéfiantes. Le Dr A \_\_\_\_\_ a par ailleurs essayé de mettre en application un sevrage du traitement antidépresseur et sédatif. Cependant, la diminution, même minime, de ce traitement s'est rapidement soldée par un échec, avec une péjoration des symptômes, tant en ce qui concerne les douleurs crâniennes que les acouphènes. Ce praticien a également essayé de changer le traitement médicamenteux, sans progrès significatifs. Ainsi, un sevrage de la médication neuro-psychotrope n'est pas envisageable pour le moment, selon lui. Il ne partage pas les propos du Dr E \_\_\_\_\_ qu'il juge complètement disproportionnés et inadaptés. Le Pr H \_\_\_\_\_ est du même avis. Enfin, le Dr A \_\_\_\_\_ estime qu'une nouvelle expertise neurologique serait nécessaire. Le 30 octobre 2008, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise neurologique et de la confier au Dr Giovanni I \_\_\_\_\_. Il leur communique également la liste des questions. A la même date, le recourant transmet au Tribunal de céans un rapport du 6 octobre 2008 du Pr H \_\_\_\_\_. Celui-ci diagnostique des céphalées post-traumatiques avec composante cervicogène, des discrètes séquelles d'une atteinte neurologique centrale, un syndrome vestibulaire gauche en régression et un syndrome cervical en légère régression. Ce médecin a essayé de changer le traitement médicamenteux. Cependant, le nouveau traitement instauré avait plus d'effets secondaires, de sorte que le patient a repris un traitement plus classique, qui l'a un petit peu stabilisé sur le plan de son humeur et lui permet de mieux dormir, après disparition des céphalées le soir. Ces dernières sont toujours en casque ou en couronne. Des myorelaxants, la physiothérapie, le repos et la prise de vin les diminuent, alors que l'agitation, le fait de se déplacer dehors, la lumière et le bruit les augmentent. Les acouphènes sont toujours persistants et bilatéraux. La résistance physique est un peu meilleure qu'auparavant (périmètre de marche de cinq kilomètres avec son épouse), mais la fatigabilité physique reste toujours aussi importante. Au status neurologique, le Pr H \_\_\_\_\_ note que le patient est légèrement ralenti, toujours un peu prostré, algique et précautionneux dans ses mouvements. Il est orienté dans le temps et l'espace. L'anamnèse est toujours précise. Dans les tâches complexes, il est légèrement ralenti. Il a également des oublis importants anamnestiques. Dans ses conclusions, le Pr H \_\_\_\_\_ fait état de la persistance de légers signes d'une atteinte centrale avec Hoffmann gauche et oscillations au Mingazzini. Le réflexe cutané plantaire n'est pas présent actuellement et l'Unterberger est diminué à gauche. La situation s'améliore, mais le patient reste très handicapé par les douleurs. Le traitement est actuellement satisfaisant. Le patient fait enfin quelques exercices actifs, au niveau des épaules et de la colonne cervicale. De l'avis du Pr H \_\_\_\_\_, le traitement devrait encore être poursuivi pendant un an, avec un reconditionnement actif, puis il faudra réévaluer la situation. Par courriers des 12 et 18 novembre 2008, les parties font part au Tribunal de céans de leur accord avec l'expert choisi, ainsi qu'avec la liste des questions. EN DROIT Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le

domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise neurologique par le Dr E\_\_\_\_\_. Cependant, les conclusions de celui-ci sont contestées, non seulement par le Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant, mais également par le Pr H\_\_\_\_\_. Ce dernier suspecte notamment une discrète atteinte neurologique centrale, un discret syndrome vestibulaire gauche et un syndrome cervical. Par ailleurs, de l'avis de ce praticien, le patient présente des signes neurologiques et locomoteurs séquellaires de l'accident. Il résulte par ailleurs du dossier que le recourant ne présente apparemment aucun trouble psychique et était, avant l'accident, un homme très actif et dynamique, sans aucun trouble psychique. Partant, les suppositions émises par le Dr E\_\_\_\_\_, selon lequel il n'est pas impossible qu'une constellation psychologique participe à l'évolution, ne convainquent par le Tribunal de céans. Quant aux bénéfices secondaires matériels à cet accident évoqués par les experts, il n'appert pas que le recourant se trouve durablement dans une meilleure situation qu'avant l'accident, tout au contraire. Il ne semble pas non plus avoir eu des problèmes financiers pour payer les intérêts hypothécaires de sa maison, avant qu'il ne se trouve en incapacité de travail. En outre, consécutivement à son accident, il a dû renoncer au sport et ses activités de pompier, ainsi qu'à la protection civile qui étaient très valorisantes. Les éventuels bénéfices matériels secondaires ne paraissent pas pouvoir compenser une telle perte. Il est à relever également que le D\_\_\_\_\_ ne retient aucune tendance à l'exagération ou à l'accentuation, mais que l'assuré est nuancé et souligne tous les éléments positifs dans sa vie. Sur le plan psychique et psychiatrique, l'assuré n'a jamais présenté d'atteintes, selon ce psychiatre. Celui-ci souligne en outre que le recourant a assumé sur le plan psychique les conséquences de l'accident "certainement" plus vite que d'autres. Les conclusions de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ n'emportant pas la conviction du Tribunal de céans, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise neurologique judiciaire, laquelle sera confiée au Dr I\_\_\_\_\_.

**\*\*\* PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant préparatoirement Ordonne une expertise judiciaire médicale. La confie au Dr I\_\_\_\_\_. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur T\_\_\_\_\_. Examiner personnellement l'expertisé. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressé, en particulier des médecins traitants. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quels sont vos diagnostics ? Les atteintes à la santé sont-elles toutes objectivables ? Dans la négative à la question précédente, estimez-vous que les atteintes à la santé non-objectivables sont, avec un degré de vraisemblance prépondérante, due à une lésion et, si oui, à quel genre de lésion? Dans la négative, à quelle cause attribuez-vous ces atteintes ? Les atteintes constatées se seraient-elles également produites de la même manière sans la survenance de l'accident, avec un degré de vraisemblance prépondérante ? Sur quels éléments médicaux vous fondez-vous pour répondre à cette question ? Des maladies ou des états préexistants malades ont-ils joué un rôle et, dans l'affirmative, lesquels ? Le cas échéant, à quelle date estimez-vous que l'état de santé de l'expertisé est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante)

ou qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine), selon le degré de la vraisemblance prépondérante ? Quelles limitations engendrent les atteintes à la santé constatées ? Quelle est la capacité de travail de l'expertisé dans son activité habituelle d'aide soignant, ainsi que dans une autre activité adaptée (préciser quelles activités entrent en ligne de compte) ? Les suites de l'accident nécessitent-elles encore un traitement médical ? Le traitement actuellement suivi par l'expertisé vous semble-t-il adéquat ? Dans la négative, quel traitement proposeriez-vous ? Le traitement suivi ou celui que vous proposez le cas échéant, est-il approprié et apte à améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré et, dans l'affirmative, dans combien de temps ? En cas de capacité de travail partielle, un traitement médical sera-t-il nécessaire pour le maintien de la capacité de travail résiduelle consécutive à l'accident de l'expertisé ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et durant combien de temps ? Y a-t-il une atteinte à l'intégrité durable et importante et, dans l'affirmative, de quelle ampleur, selon les barèmes établis par la SUVA ? Pour l'estimation à l'intégrité, il faut également tenir compte équitablement d'une éventuelle aggravation prévisible et mentionner séparément en pourcent la part éventuelle des facteurs étrangers à l'accident ? Quel est votre pronostic ? Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2007 ? Quelles autres remarques avez-vous éventuellement à ajouter ? Invite le Dr I\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans. Réserve le fond. La greffière Claire CHAVANNES La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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