

## **GE\_GERICHTE A/3208/2011 vom 20. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3208\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3208_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/3208/2011 du 20 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3208/2011 del 20 novembre 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.11.2012  
A/3208/2011

A/3208/2011 ATAS/1390/2012 du 20.11.2012 ( LAA ) RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3208/2011 ATAS/1390/2012 ORDONNANCE D'EXPERTISE DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 20 novembre 2012 3<sup>ème</sup> Chambre En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Annecy le Vieux, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri BERCHER recourante contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA) soit pour elle son service juridique, Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée ATTENDU EN FAIT Que Madame S \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1965, a travaillé en qualité de réceptionniste, secrétaire et vendeuse pour l'entreprise X \_\_\_\_\_ Sàrl (l'employeur) et était assurée à ce titre, contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) ; Que le 30 mai 2009, l'assurée a été victime d'un accident de moto alors qu'elle évoluait sur un circuit sis à Hockenheim, en Allemagne ; que pour une raison inconnue, elle a continué tout droit dans un virage et est partie dans le bac à sable ; que la roue avant s'est figée et la moto lui est tombée sur le dos ; Que l'assurée a souffert d'une fracture des vertèbres D7 et D8 qui a nécessité une ostéosynthèse sous forme d'une arthrodèse postérieure des vertèbres D5-D6 à D9-D10 ; Que le 22 juin 2009, l'assurée a été admise à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (CRR) pour une réadaptation de l'appareil locomoteur ; que selon le rapport du 10 août 2009, établi par la CRR à l'issue du séjour, les diagnostics étaient les suivants : fracture burst des vertèbres D7 et D9, traumatisme crânio-cérébral (TCC) léger, spondylodèse postérieure transpédiculaire D5-D6 à D9-D10 le 4 juin 2009, anémie normochrome normocytaire, hypoesthésie de l'hémicorps gauche d'étiologie indéterminée et hernie discale L4-L5 mise en évidence en 2008 ; que les comorbidités retenues étaient les suivantes : hépatite C, hypothyroïdie fruste (probable thyroïdite auto-immune) et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive ; que sur le plan socioprofessionnel, les médecins de la CRR ont jugé que l'assurée pouvait reprendre son activité à temps partiel, en se limitant à l'exécution de tâches administratives ; qu'en raison de sa difficulté à se déplacer en voiture et de la nécessité de poursuivre intensément la physiothérapie et la psychothérapie en ambulatoire, l'incapacité totale de travail était justifiée jusqu'à mi-septembre 2009, étant précisé que les activités en porte-à-faux, en antéflexion du tronc, le port de charges moyennes à lourdes ainsi que les rotations répétées du tronc devaient être évitées ; Qu'en date du 18 septembre 2009, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré qu'à trois mois de l'accident, les symptômes physiques

pouvaient encore être mis sur le compte de la fracture des vertèbres D7 et D8 ; Qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 26 novembre 2009 a mis en évidence : des signes de fracture des corps vertébraux D7 et D8 avec un très discret résidu d'œdème intraspongieux, sans compression médullaire à ce niveau, une spondylodèse D5 à D10 avec vis transpédiculaires D5-D6 et D9-D10 réalisant des artefacts de susceptibilité surtout au niveau de la moelle épinière, une vertèbre pathologique D2 découverte fortuitement, dont l'aspect à l'IRM, le comportement après injection du produit de contraste et l'aspect au CT ( computer tomography ) parlaient en faveur d'un hémangiome caverneux, minime discopathie au niveau cervical avec saillie ostéodiscale postérieure de C3 à C6 ; Que le 6 novembre 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ a qualifié l'évolution de l'état de l'assurée de moyenne avec persistance de douleurs très difficiles à supporter et dommage permanent à craindre, sous forme de douleurs chroniques ; Que le 5 février 2010, le Dr A \_\_\_\_\_ a considéré que la progression clinique n'était pas aussi bonne que la progression radiologique, l'assurée continuant à souffrir de douleurs inexplicables ; Que le Dr B \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée en France, a émis l'avis qu'une reprise du travail, éventuellement à mi-temps, était conseillée pour améliorer l'état psychique de l'assurée ; Que le 8 juillet 2010, le matériel d'ostéosynthèse a été ôté par les médecins allemands qui avaient initialement opéré l'assurée ; Que l'assurée a une nouvelle fois séjourné à la CRR du 20 juillet au 8 septembre 2010 ; Que les diagnostics alors retenus ont été les suivants thérapies physiques et fonctionnelles pour dorsalgie persistante et syndrome post-commotionnel, traumatisme faisant suite à un accident de la voie publique (AVP) le 30 mai 2009, avec fracture burst des vertèbres D7 et D8 et traumatisme crânio-cérébral léger, spondylodèse postérieure transpédiculaire de D5-D6 à D9-D10, le 4 juin 2009, ablation du matériel d'ostéosynthèse le 8 juillet 2010 et hernie discale L4-L5 mise en évidence en 2008 ; que les comorbidités étaient alors une anémie normochrome, ferriprive anamnestiquement, une infection urinaire basse, des antécédents d'hypoesthésie de l'hémicorps gauche d'étiologie indéterminée, une hépatite C, un antécédent d'hypothyroïdie fruste et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive ; que sur le plan professionnel et du point de vue orthopédique, les médecins de la CRR ont estimé qu'une activité professionnelle à 50% (demi-journée à plein rendement) pouvait être reprise dès le 13 septembre 2010, dans un premier temps dans un poste léger permettant l'alternance des postures assise et debout ; Que le 1<sup>er</sup> octobre 2010, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a attesté que sa patiente avait repris son activité professionnelle antérieure à raison de 50% dès le 13 septembre 2010 mais que malgré sa bonne volonté, ses douleurs dorso-lombaires l'avaient empêchée de poursuivre, de sorte qu'il avait été amené à la remettre en arrêt de travail à compter du 27 septembre 2010 et une durée minimale d'un mois ; Que le 18 novembre 2010, l'assurée a été examinée par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA ; qu'à titre de diagnostics principaux, ce médecin a retenu ceux de fracture D7-D8 et de TCC léger ; qu'il a également relevé l'existence d'un traitement chirurgical par spondylodèse temporaire instrumentée, bien réalisée, avec une ablation du matériel en juillet 2010 déjà ; qu'à titre de diagnostics secondaires, ce praticien a posé ceux d'anémie normo-chrome, normocytaire ferriprive, anamnestiquement, spondylarthrose étagée, céphalées récidivantes, sur possible polypragmasie, antécédents d'hypoesthésie de l'hémicorps gauche en voie de résolution, hépatite C, antécédents d'hypothyroïdie fruste, troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive

et signes cliniques d'amplification/aggravation (mobilité des épaules, douleurs à la faible percussion axiale de la cervicale) ; qu'en résumé, le Dr D\_\_\_\_\_ considérait qu'à 18 mois de l'accident, la situation somatique de l'assurée apparaissait cliniquement et radiologiquement assez confortable ; qu'outre le syndrome algique subjectif étendu, nécessitant une médication majeure, il n'avait trouvé qu'une raideur modérée de la colonne dorsolombaire et une certaine perte musculaire ; qu'il n'avait cependant pas de déficit objectivable ; que le Dr D\_\_\_\_\_ précisait également que des facteurs d'amplification s'étaient manifestés en cours d'examen (douleurs à la percussion axiale du crâne, restriction de la mobilité de la colonne cervicale, douleurs palpatoires diffuses à la colonne se manifestant également à la mobilisation des deux hanches) ; que compte tenu de ce qui précédait, le Dr D\_\_\_\_\_ considérait que du seul point de vue somatique, une capacité à 50% était immédiatement exigible et ce jusque la fin d'année, dans une activité légère, autorisant l'alternance de positions assise et debout, sans port de charges dépassant 10 kg, exceptionnellement 12-15 kg, sans gestes répétitifs en hauteur ni gestes de force avec les membres supérieurs ; qu'à partir de début 2011, une reprise du travail à temps complet, selon les mêmes modalités, était exigible s'agissant des seules séquelles somatiques de l'accident ; Que le 26 novembre 2010, se fondant sur ce rapport et celui de la CRR, la SUVA a informé l'assurée qu'elle continuerait à l'indemniser pour une incapacité de travail de 50% jusqu'à fin décembre 2010 ; Que par courrier du 22 décembre 2010, l'assurée s'est opposée cette décision en alléguant qu'un neurochirurgien serait plus apte à apprécier la situation ; Que le 11 avril 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état de cervico-dorso-lombalgies avec céphalées et indiqué que l'état de sa patiente s'améliorait lentement et qu'elle avait recouvré une capacité de travail de 25% depuis le 10 janvier 2011. Que le 25 mai 2011, l'assurée a été examinée par le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre-conseil de la SUVA, qui a conclu à un syndrome post-commotionnel (F 07.2), qu'il a qualifié d'intensité légère, voire moyenne, à l'origine d'un handicap psychosocial léger ne compromettant cependant pas la capacité de travail ; que les symptômes relevés en relation avec ce syndrome (céphalées, fatigue, difficultés de concentration, difficultés à accomplir certaines tâches mentales, altération de la mémoire, diminution de l'adaptabilité et de la tolérance au stress) étaient associés à une symptomatologie anxieuse, avec une perte d'estime de soi et la crainte d'avoir une lésion cérébrale définitive (liée au TCC de l'accident) ; que le Dr E\_\_\_\_\_ relevait que des épisodes de péjoration avec nouvelles interruptions de travail étaient possibles et une évolution vers un tableau franchement psychosomatique de type hypocondriaque pas exclue ; Que le 30 mai 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic du 11 avril 2011 en précisant que sa patiente avait recouvré une capacité de 50% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 ; Qu'en date du 17 juin 2011, l'assurée a une nouvelle fois été examinée par un des médecins d'arrondissement de la SUVA, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a constaté une évolution défavorable en termes de reprise du travail, ce qu'il a qualifié de tout à fait inhabituel après une spondylodèse n'ayant pas laissé de séquelle architecturale majeure au niveau de sa colonne vertébrale ; que le médecin a jugé l'état clinique stabilisé du point de vue orthopédique et a préconisé la reprise de l'activité antérieure à 100% ; Que par décision du 14 septembre 2011, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assurée, en ce sens qu'elle lui a reconnu une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 17 juin 2011, date à compter de laquelle la SUVA a en revanche considéré que l'assurée avait recouvré une pleine capacité à exercer son activité antérieure ; Que le 12 octobre 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la

Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée, à la mise sur pied d'une expertise et à la constatation que sa capacité de travail, évolutive, était telle que décrite par le Dr C \_\_\_\_\_ ; Qu'invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 7 décembre 2011, a conclu au rejet du recours ; Que par courrier du 5 janvier 2012, la recourante a produit des certificats établis par le Dr C \_\_\_\_\_ en date du 8 décembre 2011, attestant d'une incapacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> décembre au 31 décembre 2011 ; Que l'intimée a persisté dans ses conclusions ; Que les 20 et 27 février 2012, la recourante a encore produit de nouveaux certificats du Dr C \_\_\_\_\_ des 20 janvier 2012 et 21 février 2012 ; Qu'une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 14 juin 2012, à l'issue de laquelle la recourante a sollicité une expertise neurochirurgicale; Que la Cour de céans a informé les parties, par courrier du 23 août 2012, de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et leur a communiqué les questions qu'elle entendait poser, tout en leur impartissant un délai au 21 septembre 2012 pour se prononcer et suggérer des noms d'experts ; Que, par courrier du 14 septembre 2012, la recourante a suggéré les Drs G \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_, I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ et s'est opposée à ce que l'expertise soit confiée à la Clinique CORELA ou au Centre d'expertises médicales, comme suggéré par l'intimée ; que la recourante a, en outre, suggéré deux questions complémentaires (questions 9a et 9b); Que, par courrier du 21 septembre 2012, l'intimée s'est opposée à ce que l'expertise soit confiée aux Drs G \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ et a ajouté n'avoir aucune remarque à formuler quant aux questions envisagées ; ATTENDU EN DROIT Que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales est compétente en matière d'assurance accidents (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ; Que le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA) ; Que se pose la question de savoir si l'incapacité de travail de la recourante est encore en lien de causalité avec l'accident survenu le 30 mai 2009 ; Que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ; Qu'il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier ; Qu'en particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3) ; Que lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) ; Qu'un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3)° ; Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ; Qu'en l'espèce, la recourante a été victime d'un accident le 30 mai 2009 ; Qu'elle a souffert d'une fracture des vertèbres D7 et D8 ayant nécessité une ostéosynthèse sous forme d'arthrodèse postérieure des vertèbres D5-D6 à D9-D10 le 4 juin 2009 ; Que la Cour de céans constate que les atteintes suivantes ont également été relevées : hernie discale L4-L5

(rapports de la CRR des 10 août 2009 et 4 octobre 2010), hémangiome caverneux et minime discopathie C3-C6 (IRM du 26 novembre 2009), spondylarthrose étagée (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2010) ; Que la recourante a repris son activité habituelle à 25% du 10 janvier au 30 avril 2011, à 50% du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 29 février 2012 et à 60% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012 ; Qu'elle affirme ne pas pouvoir assumer une journée entière sans souffrir de douleurs ; Que les médecins de la SUVA ne se sont pas prononcés sur le lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les douleurs encore présentes ; qu'ils n'ont en particulier pas précisé s'il existait un substrat organique pouvant expliquer les douleurs ni si celles-ci pouvaient le cas échéant être mises sur le compte de la hernie discale, de l'hémangiome caverneux, de la minime discopathie ou encore de la spondylarthrose ; qu'ils ne se sont pas non plus prononcés sur le retour à un statu quo sine ou statu quo ante compte tenu de la persistance des douleurs et des atteintes vraisemblablement d'origine malade relevées ; Qu'il convient donc d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, orthopédique, neurochirurgicale et psychiatrique aux fins de déterminer si l'incapacité de travail de la recourante est toujours en lien de causalité avec l'accident assuré ; Que ladite expertise sera confiée aux Drs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique ainsi qu'en chirurgie de la colonne vertébrale, I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ; Qu'il convient de préciser que le Dr H\_\_\_\_\_ (proposé par la recourante et accepté par l'intimée) a refusé le mandat car il n'est pas un spécialiste du rachis ; Que la question 10 du mandat d'expertise portant déjà sur l'évolution de la capacité de travail, il n'y a pas lieu de retenir la question complémentaire 9a) suggérée par la recourante ; Que la question 9 du mandat d'expertise a été complétée afin que les experts se prononcent sur l'évolution de la capacité de travail jusqu'au jour de l'expertise. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise pluridisciplinaire orthopédique, neurochirurgicale et psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame S\_\_\_\_\_, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; Charge les experts de répondre aux questions suivantes : Anamnèse. Données subjectives de la personne. Constatations objectives. Diagnostic(s). La recourante présentait-elle un état maladif antérieur ? Dans l'affirmative, lequel ? Questions sur le lien de causalité naturelle : L'accident du 30 mai 2009 est-il la cause unique ou une cause partielle (« conditio sine qua non ») des atteintes à la santé de la recourante (tant somatiques que psychiques) ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ? Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 30 mai 2009 qui ont contribué, avec ledit accident, à l'atteinte à la santé de la recourante, sur le plan somatique ? L'accident du 30 mai 2009 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ? Le cas échéant, à partir de quand les facteur étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ? Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant et indiquer, le cas échéant, l'évolution de ce taux, en pourcent, jusqu'au jour de l'expertise. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le

domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. Formuler un pronostic global (notamment sur l'évolution de la capacité de travail dans le futur). Toute remarque utile et proposition des experts. Commet à ces fins les Drs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique ainsi que chirurgie de la colonne vertébrale, I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. Réserve le fond. Accorde aux parties un délai de dix jours en application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10) pour faire valoir leurs éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts désignés. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK 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.