

GE_GERICHTE A/3587/2021 vom 9. August 2022

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3587_2021

FR: GE_GERICHTE A/3587/2021 du 9 août 2022

IT: GE_GERICHTE A/3587/2021 del 9 agosto 2022

Erwägungen

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

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).!

E. 7

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) 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. 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. 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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

E. 9.2

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).>[if> On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

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).>[if>

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.![endif]>![if>

E. 11.1

A la forme, l'expertise a été établie par des spécialistes indépendants, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, après prise de connaissance des plaintes de l'assuré, avec un examen clinique, une énumération détaillée des diagnostics qui ont été distingués selon qu'ils présentent un lien de causalité avec l'accident. Il appert cependant, que les experts n'ont pas eu connaissance des rapports du 15 mars 2019 du Dr V_____, du 19 mars 2019 du Dr E_____, du 26 mars 2019 du Dr W_____, du 29 mars 2019 du Dr L_____, tous relatifs aux conclusions de l'expertise de la PMU et sollicités par la chambre de céans. Ces documents ne sont pas même listés parmi les documents du dossier et leur contenu n'est jamais mentionné dans l'expertise. Cette lacune est particulièrement problématique du fait qu'il s'agit des documents médicaux les plus récents, en dehors du rapport des médecins de l'intimée du 2 avril 2019 (pour sa part, dûment cité et pris en compte). Elle l'est d'autant plus que ces rapports étaient circonstanciés et argumentés et avaient participé à convaincre la chambre de céans, dans le cadre de la procédure ayant conduit à l' ATAS/780/2019 , de ce que les conclusions de l'expertise PMU n'étaient pas suffisamment probantes. Or, cette dernière est citée et reprise à maintes occasions dans l'expertise, contrairement auxdits rapports des médecins traitants. Pour cette raison déjà, l'expertise AA_____ apparaît comme incomplète.![endif]>![if>

E. 11.2

Concernant ensuite le fond, le recourant reproche à l'expertise de ne pas prendre suffisamment en compte l'ensemble des éléments médicaux au dossier et d'aboutir à des conclusions incohérentes. ![endif]>![if>

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)![endif]>![if> 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. ![endif]>![if> - 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.

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'hémित्रonc 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 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 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, 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 ».[endif]>![if> 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. 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. 12

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. 13

Autres facteurs Suite à l'accident du 4 novembre 2012 : 13. 13.1 Les lésions apparues sont-elles graves ? 13.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ? 13.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ? 13.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ? 13.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ? 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. 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