

GE_GERICHTE A/562/2015 vom 17. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_562_2015

FR: GE_GERICHTE A/562/2015 du 17 mai 2016

IT: GE_GERICHTE A/562/2015 del 17 maggio 2016

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié c/o Monsieur B _____, à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, était employé par la société C _____ (ci-après : l'employeur) en qualité de chauffeur de poids-lourds; il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels auprès de la CNA. Le 5 juillet 2012, alors qu'il se trouvait au volant de son camion et effectuait une opération de déchargement de terre dans la gravière du Cambèze à Bière/VD, la ridelle de la benne ne s'est pas ouverte, de sorte que l'avant du poids-lourd a été soulevé par l'effet de la benne en ascension, puis est retombé brutalement après que cette dernière se fût détachée du châssis par bris de sa fixation. L'assuré a percuté le toit de la cabine avec sa tête, avant de retomber sur son siège, puis d'être éjecté de l'habitacle, par la porte ouverte; il a chuté au sol d'une hauteur d'environ 8 m. avec réception sur le dos. Il a été transporté par hélicoptère au CHUV, où a été diagnostiquée une fracture par éclatement de L2 avec recul du mur postérieur comblant 80 % du canal rachidien, ainsi qu'une atteinte du cône médullaire. Une spondylodèse L1-L3 a été réalisée en urgence. Au sixième jour, vu la persistance d'un recul important dudit mur de L2, une nouvelle intervention a été pratiquée avec corpectomie L2 et mise en place d'une cage de type XPand et d'une plaque Vantage. 2. Après sa sortie d'hôpital, l'assuré a effectué un premier séjour de réhabilitation intensive à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), du 16 juillet au 11 décembre 2012. Il a effectué un second séjour dans cette clinique, du 4 février au 1^{er} mars 2013. 3. Le 31 août 2012, l'assuré a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations AI pour adultes, dans le cadre des mesures d'intervention précoce. 4. Le 19 décembre 2012, les médecins de la CRR, ont établi un rapport de séjour très complet comportant les renseignements anamnestiques utiles, le status à l'entrée, les traitements et examens prodigués pendant le séjour et le status à la sortie. Ils ont notamment retenu les diagnostics suivants : fracture burst de L2 ; paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur D12 ; spondylodèse L1-L3 percutané (système longitude Medtonic) le 5 juillet 2012 ; corpectomie L2 et mise en place d'une cage de type XPand et d'une plaque Vantage, le 11 juillet 2012 ; dysfonction érectile d'origine organique (dans les suites de l'accident); Ostéoarticulaire : aucune limitation des amplitudes. Suite à la reprise de la marche en cannes anglaises, apparition d'un épanchement du genou droit. L'I.R.M. réalisée le 4 décembre 2012 met en évidence une chondromalacie de la rotule, ainsi qu'une insertionite du tendon rotulien sur la crête tibiale avec infiltration de la graisse sous-cutanée à ce niveau. Discret épanchement. Placement d'une orthèse stabilisatrice du genou avec blocage de l'hyperextension, en plus de l'attelle Heidelberg présente pour un

pied tombant. Proposition, pour un deuxième temps, d'une orthèse articulée du genou avec attelle anti-steppage incorporée sur mesure. A décider lors du prochain séjour du patient. Neurologique : récupération motrice complète du membre inférieur gauche. Cependant, faiblesse importante et déficit de sensibilité du membre inférieur droit, muscles proximaux, créant une instabilité du genou. Le patient poursuivra du compex à domicile. Le patient se plaint de douleurs neurogènes occasionnelles dans le membre inférieur droit avec des discolorations de la jambe et parfois jambe froide. Un ENMG, le 22 octobre 2012, met en évidence une atteinte pluriradiculaire lombo-sacrée principalement de la racine L3-L4 et racine L5-S1 à droite avec des signes de dénervation réinervation chronique de la musculature L4-L5, L5-S1. Psychique : le patient a été évalué : il présentait une humeur dépressive liée à son accident. La psychiatre n'avait pas alors retenu de diagnostic psychiatrique mais des singularités de personnalité et de fonctionnement. Le patient a été par la suite suivi par le psychologue clinique. À sa sortie, le patient est autonome dans la réalisation de ses activités quotidiennes. Refus d'utilisation d'une chaise roulante; il marche avec deux cannes anglaises équipées de crampons pour l'hiver. Évolution neurologique : le patient est passé d'une paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur D12 à droite, D11 à gauche, à une paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur D12 des deux côtés. Le score moteur s'est amélioré de 34 à 41 points sur 50. Force normale au membre inférieur gauche, mais diminuée au membre inférieur droit avec au niveau L2 une force à M3 et au niveau L3 une force à M1. Le reste des myotomes du membre inférieur droit sont à M4. La sensibilité également plus perturbée du côté droit que du côté gauche. Durant les activités réalisées en atelier, le patient adopte principalement la position assise, la position debout étant rapidement douloureuse et avec un risque de chute par manque d'équilibre. Rendement globalement dans la norme. Au vu de l'importante motivation du patient et de l'impossibilité de reprendre sa dernière activité, il lui est proposé une phase I, acceptée, qui débutera le 4 février 2013. Incapacité de travail : 100 % dans l'activité de chauffeur routier du 5 juillet 2012 au 4 février 2013. Les médecins de la CRR ont établi un rapport du deuxième séjour de l'assuré, du 4 février au 1 er mars 2013. Status : Sexuel : toujours des difficultés. Neurologique : absence de ROT aux membres supérieurs et inférieurs. RCP indifférent. Le niveau neurologique actuel est L1 AIS D. Sinon, status sp. Ostéo-articulaire : toujours discrète tuméfaction du genou droit, sur un probable épanchement lié à la démarche du patient. Neurologique : douleurs neurogènes dans la jambe droite, plus importantes la nuit. Le traitement de Tryptizol est majoré le soir à 20 mg, avec une diminution des douleurs principalement sur la journée. Pour la nuit, le patient a en réserve des gouttes de Tramal. Caractère fluctuant des douleurs, pas forcément en lien avec une activité augmentée. ENMG le 8 février 2013 : toujours une absence de réponse «M» du nerf crural droit. Signes de dénervation parlant en faveur de l'apparition probable de ré-innervation collatérale aberrante et non de ré-innervation en voie d'amélioration. Psychique : aucune prise en charge n'a été nécessaire. Le patient est indépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne. Il se déplace avec deux cannes anglaises, une attelle de Heidelberg pour le pied droit, ainsi qu'une attelle anti-recurvatum pour le genou droit. Évolution neurologique : le niveau neurologique est passé de D12 à L1 depuis la dernière hospitalisation. Amplitudes articulaires complètes. Stage en atelier professionnel, et en entreprise, en particulier en horlogerie. Mise en évidence de trois domaines d'intérêt respectant les limitations physiques du patient : activités sédentaires dans le milieu des transports (comme agent de transport/disponant, déclarant en douane, etc.); un emploi en chaîne de production serait inadapté compte tenu des modifications posturales

fréquentes nécessaires. ![/endif]>![if> 6. Selon compte-rendu de visite du 26 mars 2013 à l'ORIF, l'assuré se déplace en béquilles avec beaucoup de difficulté. Pour cause d'insensibilité il ne sait pas où est sa jambe droite quand il se déplace. Il ressent une très grande colère quant à sa situation : n'accepte pas son handicap et montre une réelle animosité envers les politiques de ce pays, "qui ont donné leur accord sur l'utilisation de ce camion 5 essieux alors que d'autres l'ont jugé trop dangereux". Son état évolue lentement mais de façon positive. Sait qu'il ne pourra jamais retrouver sa mobilité d'antan mais il espère néanmoins la récupérer au maximum pour reprendre des activités « normales ». Il précise que sa dernière carte serait une nouvelle opération et que si cette dernière devait échouer, il prendrait une décision radicale pour ne pas finir ses jours en chaise roulante. Malgré ses frustrations et son pessimisme, l'assuré a parlé de son envie de travailler dans un métier qui laisse place à la création. L'ORIF a communiqué son rapport le 1^{er} mai 2013. Évolution probable : Après avoir pris le temps de développer ses trois projets professionnels et de les analyser sereinement, les perspectives d'atteindre un emploi stable sont très faibles. Pour tout le temps de la mesure, l'assuré a démontré un grand respect du travail. Ses limitations fonctionnelles ne lui permettent aucun déplacement ni port de charges. En tenant compte de ses excellents résultats en français, il est suggéré qu'il se dirige sur une formation en bureautique. Quelle que soit son orientation future, les acquis obtenus seront toujours des plus-values. ![/endif]>![if> 7. Le Case management de la CNA a établi un rapport le 1^{er} juillet 2013 : nette progression des capacités musculaires et neurologiques, mais toujours des difficultés accrues dans les déplacements. Le suivi médical assuré uniquement par le docteur D_____, FMH médecine interne générale, et médecin traitant. Examens complémentaires (scanner et radiographie) au CHUV en juin 2013. Nouvelle consultation de contrôle prévue en décembre 2013. ![/endif]>![if> 8. Le 30 août 2013, l'OAI a notifié à l'assuré une décision : aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est possible vu son état de santé. L'instruction se poursuit.![endif]>![if> 9. Le 19 août 2013, le docteur E_____, FMH en médecine générale et médecine manuelle a adressé un rapport médical intermédiaire à la CNA : il a posé les diagnostics de : - # L2 avec parapésie incomplète motrice L3 D et S1 à gauche, post trauma (juillet 2012) ; - dysfonction érectile. Il note une bonne récupération partielle; réorientation professionnelle en cours. Il n'existe pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Traitement actuel : Palexia cp et Cialis. Les consultations sont en cours, à intervalle d'une fois par mois; traitement prévu pour six mois.![endif]>![if> 10. Le Dr D_____ a adressé un rapport médical intermédiaire à la CNA, le 12 juillet 2013 : légère amélioration de la force musculaire proximale du membre inférieur droit (janvier/février 2013) avec ralentissement mais amélioration persistante (exercices quantifiés sur bicyclette ergométrique); le pronostic est réservé pour une récupération totale. Marche avec 2 béquilles et attelle permanente de la cheville. Pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Traitement actuel : physiothérapie avec stimulation Compex et médicaments : Palexia 50mg 4x/j. (Tramadol en réserve). Dès le 30 juillet 2013 : hypnose antalgique (Dr F_____). Poursuite du traitement. Le patient a eu une consultation neurochirurgicale au CHUV en juin 2013 : pas d'indication à une nouvelle intervention. Les consultations ont lieu à l'intervalle d'environ trois semaines; durée du traitement indéterminée. Reprise du travail : il faut s'attendre à un dommage persistant et prévoir une reconversion professionnelle.![endif]>![if> 11. L'assuré a subi un ENMG le 14 octobre 2013 à la CRR. Selon la doctoresse G_____, chef de clinique au service de réadaptation en neurologie, l'examen montre toujours une atteinte

chronique sévère du nerf crural droit. L'EMG montre des signes de la dénervation collatérale. On peut s'attendre encore à une très discrète récupération.!

12. Dans un rapport du 29 juillet 2013, le docteur H_____, médecin assistant au service de neurochirurgie-polyclinique du CHUV, indique que la consultation était destinée à émettre un avis sur la possibilité d'une troisième opération chirurgicale en vue de poursuivre une amélioration de l'état de santé. Status : paraplégie incomplète ASIA D du niveau L1. Réflexes cutanés plantaires indifférents. ROT absent aux membres inférieurs et hypovifs aux membres supérieurs. Compte tenu de la condition neurologique du patient et de sa demande, , en considérant les risques et bénéfices, pas d'indication chirurgicale actuellement. Recommande la poursuite du parcours réhabilitatif.!

13. Dans un rapport du 7 janvier 2014, suite à la consultation ambulatoire du 16 décembre 2013 au CHUV, les médecins du service de neurochirurgie-polyclinique du CHUV ont noté : status : marche avec des cannes. Station sur la pointe des pieds et les talons possible des deux côtés. Station monopodale non tenue à droite. Réflexes ostéotendineux abolis en quadricipital à droite. Force à M3 en quadricipital à droite, sinon symétrique et conservée. Sensibilité sans particularité. Examen complémentaire : ENMG : signes de réinnervation quadricipitale à droite. En conclusion, le patient présente une très bonne évolution de son déficit, qui était très important suite à son accident. Les contrôles radio-cliniques sont satisfaisants et le patient se porte bien. Il est reconnaissant de sa prise en charge. Sera revu le 15 décembre 2014 pour un dernier contrôle radio-clinique, soit avec des radiographies en charge le même jour.!

14. Le 24 janvier 2014, le service médical de l'AI (ci-après : SMR) – Dr I_____ - a émis un avis : en incapacité de travail dans son activité depuis le 5 juillet 2012, pour les conséquences d'une chute de 10 m sur le dos (fracture de L2 avec recul du mur postérieur). Selon le rapport des médecins de la CRR à l'issue du premier séjour, la récupération motrice du membre inférieur gauche est incomplète, avec douleurs neurogènes. Persistance d'un épanchement du genou droit, probablement d'origine fonctionnelle. L'assuré ne présente pas de troubles psychiques. Incapacité totale pour l'activité de chauffeur. Dans le compte rendu du second séjour à la CRR du 4 février au 1 er mars 2013, les médecins précisent : même si l'évolution est lentement favorable, l'assuré se déplace encore avec deux cannes et il est nécessaire de réévaluer la situation en avril 2014 pour une évaluation définitive, au niveau neurologique. !

15. Le 10 avril 2014, le Dr D_____ a établi un rapport médical intermédiaire à destination de la CNA : diagnostics inchangés. Depuis septembre/octobre 2013, l'amélioration se poursuit lentement au niveau de la force musculaire du membre inférieur droit (surtout loge postérieure de la jambe). La force du quadriceps est stationnaire. Pronostic réservé pour la récupération totale; meilleur pour une autonomie de marche (une béquille) et la conduite de véhicule. Traitement actuel : physiothérapie et antalgique majeur, Palexia. Une réévaluation de son aptitude de conduite de véhicules est prévue dans les trois mois. Fréquence des consultations : une fois par mois.!

16. Le 17 juin 2014, l'assuré a subi une évaluation à la conduite automobile auprès de la CRR, par le docteur J_____, chef de service et spécialiste FMH en neurologie : test sur simulateur de conduite et entretien de synthèse. Le patient est apte à reprendre la conduite automobile du groupe B sans adaptation particulière. Catégories professionnelles et tout particulièrement les camions : le patient n'est pas apte à reprendre ce type de conduite, étant donné les séquelles physiques qui l'empêchent d'accéder à la cabine de camion, de charger et décharger de tels véhicules. !

17. Le 27 juin 2014, le Dr D_____ a établi un nouveau rapport intermédiaire : diagnostics inchangés. Depuis le rapport du 10 avril 2014, l'amélioration de

la force musculaire s'est poursuivie, quoique lentement. Cette amélioration est objectivée par l'évaluation de la conduite automobile réalisée à la CRR le 17 juin 2014, et depuis le 20 juin, un essai de marche sans canne, mais avec une attelle rigide de genou, est en cours. Par ailleurs, persistance de douleurs intermittentes parfois violentes. Le traitement en cours se poursuit.

18. Le 7 juillet 2014, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à une appréciation médicale du cas. Elle a relevé l'évolution de la situation, au vu des pièces communiquées, du jour de l'accident, 5 juillet 2012, jusqu'au 7 juillet 2014, jour où elle s'est entretenue téléphoniquement avec le Dr J_____, lequel a confirmé que d'un point de vue neurologique, on pouvait estimer le cas stabilisé, suite à l'examen pour la conduite automobile. Concernant les capacités fonctionnelles, elles ont été déterminées en phase I lors du bilan à la CRR du 4 février au 1^{er} mars 2013. L'évaluation à la conduite automobile par la CRR, le 17 juin 2014, relève que le patient est apte à reprendre la conduite automobile du groupe B, sans adaptation particulière. En conclusion, le médecin d'arrondissement considère que le cas peut être considéré comme stabilisé du point de vue orthopédique et neurologique. S'agissant de l'exigibilité : les capacités fonctionnelles sont celles qui ont été déterminées en phase I, à la CRR. Traitement : de la physiothérapie peut encore être acceptée de l'ordre de deux à trois fois neuf séances par an ; un contrôle spécialisé de neurologie-neurochirurgie encore deux fois; contrôle au CHUV (le dernier est prévu pour décembre 2014) ; une attelle-orthèses à vie (renouvellement) ; des cannes ; des médicaments : Palexia et Tramal ou autres antidouleurs.

19. Le 8 juillet 2014, Dresse K_____ a procédé à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Sur la base de ses constatations, le patient présente une paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivo moteur D12. L'évaluation se base ici sur le seul plan de la spondylodèse et sans tenir compte des troubles neurologiques, au vu des douleurs résiduelles permanentes également la nuit et au repos. Elle évalue l'atteinte à l'intégrité à 20 % : selon les tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité (LAA, table 7), les fractures cervicales, dorsales lombaires y compris spondylodèse, cyphose et scoliose justifient, lors de douleurs permanentes plus ou moins intenses également au repos et la nuit avec charge supplémentaire impossible, une valeur entre 10 et 20 pour cent. Ce cas est estimé à 20 % au vu de l'intensité des douleurs déclarées.

20. Le 2 septembre 2014, le Dr I_____ du SMR, interpellé par l'OAI pour savoir si l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à un traitement médical qui devrait permettre d'améliorer de manière significative sa capacité de travail, ne répond pas formellement mais prend acte des conclusions de la Dresse K_____, médecin d'arrondissement de la CNA.

21. Il ressort d'une note d'entretien entre l'assuré, et les représentants de la CNA et de l'OAI du 9 septembre 2014, que l'OAI a fixé au 30 novembre 2014 la fin de l'indemnité journalière, vu la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Ce dernier mentionne avoir fait quelques recherches mais sans succès actuellement. Il indique avoir encore des douleurs dans les jambes, dans la cheville et dans le pied. Il prend encore du Tramal quand les douleurs deviennent trop fortes. Il lui est recommandé de solliciter une consultation auprès du docteur L_____, spécialiste en neurochirurgie aux HUG. L'OAI mentionne que le dossier a été présenté au SMR qui retient une exigibilité complète dans une activité adaptée, avec limitations fonctionnelles.

22. Le 15 septembre 2014, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité, fondée sur un statut actif à 100 %, le revenu brut sans invalidité réactualisé est de CHF 54'395.-, et le revenu avec invalidité selon ESS 2010, tableau TA 1 pour un homme toute activité, niveau 4 pour l'année 2013, après indexation selon ISS est de CHF 62'672.- ,

avant réduction supplémentaire admise de 25 % pour les limitations fonctionnelles, détermine un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 47'004.-: le degré d'invalidité est ainsi de 13.59 %.

23. Par courrier du 26 septembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité. A l'issue de l'instruction médicale de sa demande de prestations, il est constaté qu'il a présenté une incapacité totale de travail dès le 5 juillet 2012 (début du délai d'attente d'un an) dans toute activité professionnelle. Le SMR est cependant de l'avis que, dès le mois de mars 2013, il aurait pu travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À l'issue du délai d'attente d'un an, à savoir au 3 septembre 2013, il présente une capacité de travail nulle (0%) dans son activité habituelle de chauffeur poids-lourds et de 100 % dans une activité adaptée. Il résulte de lors de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une perte de gain de CHF 7'391.- équivalant à un taux d'invalidité arrondi à 14 % : la demande est rejetée.

24. Par courrier du 30 septembre 2014, l'assuré a contesté ce projet. Le SMR ne tient pas compte du fait qu'il n'a plus l'usage de sa jambe droite et qu'il marche avec des béquilles, et ne tient nullement compte de violentes douleurs qu'il ressent dans sa jambe. Ses douleurs neurogènes sont de deux types : les plus courantes sont celles qu'il éprouve 24h/24h, qui vont de quasi nulles à assez douloureuses, mais qui ne sont pas insurmontables. Il les combat avec des médicaments qu'il prend toutes les six heures, soit 200 mg par jour. Sans ces médicaments, elles seraient insupportables. Les autres douleurs ne se déclarent quasiment que la nuit et l'empêchent de dormir tellement elles sont violentes. Ce sont des "décharges électriques" éclatant dans différentes zones de la jambe (mollet, tibia, orteils, plante du pied, cuisse, genou,...). Lorsque la douleur s'installe elle reste au même endroit pour toute la durée de la crise. S'il ne se soigne pas, celle-ci peut durer vingt-quatre heures à raison d'une décharge toutes les vingt secondes en moyenne. Ces crises peuvent ne pas se manifester pendant trois semaines, et quand elles arrivent, elles peuvent durer dix jours d'affilée. Dans ces circonstances, après deux nuits sans sommeil, après avoir absorbé des doses massives de Tramal, il est complètement drogué et incapable de comprendre quoi que ce soit. Au mois de mars 2013, il avait fait un séjour de trois semaines à l'ORIF de Vernier, sur les conseils de l'OAI. Dans son rapport final, cet organisme spécifie qu'il a raté trois matinées et un jour complet suite à ces fameuses douleurs. Il a en outre également des douleurs dans le dos lorsqu'il est assis trop longtemps. Elles ne sont pas aussi violentes que celles de sa jambe, mais handicapantes quand même au bout d'un moment. L'OAI était invité à reconsidérer sa décision.

25. Le 4 novembre 2014, le Dr D_____ a adressé à l'OAI un rapport médical résumant le cas sur la base du dossier de demande de rente. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : status post-fracture comminutive L2. Paraplégie incomplète ASIA D (niveau D2, sensitivomotrice). Station debout impossible par non-contrôle du genou droit. Douleurs résiduelles du membre inférieur droit, en fortes crises. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail : dysfonction érectile et troubles de la miction. Sous la rubrique « constat médical » il note : parésie du membre inférieur droit, touchant le quadriceps droit, instabilité du genou droit, avec risque de chute. Station debout instable sans soutien, avec risque de chute par lâchage du genou droit (Force musculaire abolie dans la loge antérieure de la cuisse. Nécessité de marcher avec 2 béquilles. État douloureux chronique.) Quant aux pronostics : la récupération distale du membre inférieur droit continue de s'améliorer lentement, avec l'augmentation de la force des muscles jambiers latéraux et postérieurs (selon un rapport de la CRR et de consultations ambulatoires du 14/10/2013 et 17/6/2014), avec un pronostic modérément favorable. Pour les muscles

proximaux (cuisse), aucune amélioration n'est constatée. Le pronostic est donc réservé. Quant à l'incapacité de travail, il la fixe à hauteur de 100 % dans la profession de chauffeur poids-lourds, du 7 juillet 2012 à ce jour. Les restrictions physiques sont : station debout impossible sans appui, paralysie de la cuisse droite. Diminution de la force musculaire du membre inférieur droit. Lombalgies après station assise ou debout prolongées. Impossibilité de transporter des marchandises (béquille) et d'assurer le service de véhicules. Limitation de la force du membre inférieur droit rendant impossible la conduite d'un poids-lourd. S'agissant de reprendre une activité adaptée au handicap, une possibilité de reconversion professionnelle a été envisagée dès le début 2013, et les contacts ont été pris avec la CNA puis avec l'AI. Les stages ont été organisés dans les métiers de l'horlogerie. Une reconversion dans la représentation de machines ou appareils est possible, mais cette option n'a jusqu'ici pas été retenue. Depuis le dernier contrôle de juin 2014, la force musculaire du membre inférieur droit est jugée suffisante pour la conduite de voitures légères. Pour toute occupation régulière, il faut malheureusement compter avec la survenue, imprévisible, de violentes crises de douleurs dans le membre lésé. Cela ne devrait toutefois pas empêcher une reconversion dans les domaines mentionnés précédemment. Il estime que l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail de 30 à 50 % dès juillet 2014 après réinsertion dans une activité compatible. Il propose en conclusion un examen clinique du patient par les médecins agréés par l'OAI, examen qui n'a jamais eu lieu, et au besoin une expertise par des spécialistes. Il verse au dossier le rapport d'une I.R.M. lombaire du 19 septembre 2014, par le Centre d'imagerie Rive-Droite : le docteur M_____, radiologue FMH, conclut à une arachnoïdite chronique avec des anomalies bien visibles au niveau L1 et L2, malgré la présence des artefacts métalliques liés à la présence de matériel chirurgical de L1- L3. [endif]> [if> Le médecin traitant a en outre rempli le questionnaire annexe au sujet des limitations dues à l'état de santé : il admet l'activité "uniquement en position assise", mais la limite à quatre heures ; il admet également le travail avec les bras au-dessus de la tête et la rotation position assise/en position debout ; en revanche, il exclut toutes les autres; monter les escaliers (il mentionne « avec béquilles »). Les capacités de concentration et de compréhension ne sont pas limitées, mais la capacité d'adaptation est limitée (station debout impossible), de même que la capacité de résistance (parésie du membre inférieur droit et lombalgies); l'aptitude à se déplacer est donnée, en véhicule. 26. La doctoresse N_____, du SMR, a rendu un avis médical le 24 novembre 2014 : sur la base du rapport du médecin traitant, les informations sont divergentes entre celles retenues par le médecin traitant et celles de la CNA (sur lesquels se base le rapport SMR) qui ne tiennent pas compte des douleurs neurogènes et de l'instabilité de la marche et de la station debout. [endif]> [if> 27. Le 3 novembre 2014, l'assuré a consulté le Dr L_____ aux HUG. Ce médecin pose le diagnostic de séquelles d'un traumatisme rachidien, avec fracture L2, traitée chirurgicalement au CHUV le 5 juillet 2012. Il ne retient pas d'indication à une prise en charge chirurgicale, mais propose une consultation spécialisée pour la douleur neurogène séquellaire au traumatisme au Centre de la douleur des HUG, avec évaluation des séquelles. Nouvelle électromyographie auprès du docteur O_____, médecin adjoint agrégé, au service de neurologie des HUG, pour évaluer les séquelles neurologiques de son traumatisme de la queue de cheval. Le patient décrit très bien deux types de douleurs. Actuellement il ne décrit pas de rétention ni de fuites urinaires, mais une légère constipation probablement liée à la prise de Palexia. Il ressort de l'I.R.M. lombaire récente une arachnoïdite réactive au niveau du site de la fracture, pour laquelle une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire. Une évaluation se fera au Centre de la

douleur, avec une adaptation des antidouleurs et éventuellement une indication à un traitement minimal invasif de douleurs neurogènes. Pour ce qui est de sa capacité de travail, le patient est certainement incapable d'exercer sa profession et il estime qu'il sera difficile, avec les douleurs en l'état actuel, que ce patient puisse poursuivre son activité professionnelle. !endif>![if> 28. Le 13 janvier 2015 le SMR conclut qu'au vu des nouveaux éléments médicaux il est approprié de considérer une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée en raison de la sédation secondaire au traitement antalgique. L'assuré présente une capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée, dès le 1 er mars 2013. !endif>![if> 29. Fort de cet avis, l'OAI a recalculé le degré d'invalidité. Prenant désormais en compte, pour le calcul du revenu avec invalidité, l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, table TA1 pour un homme dans une activité de niveau 1, le salaire déterminant était de CHF 65'177 en 2012, dont le 80 % déterminait un montant de CHF 52'142.-, pour un revenu sans invalidité en 2012 de CHF 55'485.- soit une différence de CHF 3'343.- et un degré d'invalidité en pourcentage de 6.03 %. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans l'appréciation médicale, l'OAI a estimé ne pas devoir accorder de réduction supplémentaire. !endif>![if> 30. Par courrier du 16 janvier 2015, l'OAI a notifié à l'assuré la décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Compte tenu des éléments pris en compte dans le cadre du droit d'être entendu, soit les rapports médicaux du médecin traitant et du Dr L_____, il était désormais admis une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée en raison de la sédation secondaire au traitement antalgique, et ce depuis le 1 er mars 2013. Le taux d'invalidité désormais retenu est de 6 % !endif>![if> 31. Par mémoire du 18 février 2015, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise, et à la condamnation de l'intimé à verser au recourant une rente entière à compter du 5 juillet 2012, avec suite de dépens. Dans son rapport du 4 novembre 2014, le Dr L_____ a constaté sur une récente I.R.M. lombaire une arachnoïdite réactive au niveau du site de la fracture, et préconise une évaluation au Centre de la douleur des HUG, avec une adaptation des antidouleurs et éventuellement une indication à un traitement minimal invasif de douleurs neurogènes. Depuis la fin de l'année 2014, le recourant, a fini par admettre l'existence d'un problème psychique grâce notamment aux observations que lui a faites sa compagne, de sorte que, de son propre chef, il consulte un médecin psychiatre, le docteur P_____. En effet, le recourant, en raison de très vives douleurs nocturnes, développe un sentiment d'anxiété, respectivement de peur de la douleur, qui engendre à son tour une absence de sommeil et des tachycardies. Le recourant n'a pas encore retrouvé à ce jour une entière capacité de travail dans une activité adaptée, cette capacité, associée à un taux de rendement réduit, devra être déterminée à dire d'une expertise pluridisciplinaire. !endif>![if> 32. L'intimé a conclu au rejet du recours, par courrier du 6 mars 2015. L'appréciation du SMR, Le recourant a fait l'objet de nombreux examens cliniques auprès de différents médecins, dont les rapports circonstanciés ont fait l'objet d'une appréciation par le SMR. Le SMR n'a pas estimé qu'une nouvelle expertise était nécessaire. La CNA a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé en 2014, et que les limitations fonctionnelles à retenir sont celles prises en compte par la CRR en 2013. !endif>![if> 33. Par courrier du 23 avril 2015, le recourant a encore produit trois documents nouveaux : !endif>![if> - Un certificat médical du Dr P_____ du 29 mars 2015 : le patient présente actuellement un ensemble de symptômes et signes permettant de retenir le diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen, avec syndrome somatique

(F32.11) en fonction de l'anamnèse, il estime tout à fait clair qu'il y a un lien de causalité entre la survenue de cette problématique psychique et l'accident dont son patient a été victime le 5 juillet 2012.![endif]>![if> - Une attestation établie en mars 2015 par M. Q_____, physiothérapeute du recourant depuis le 25 mars 2013 : le recourant n'a plus de sensibilité profonde au membre inférieur droit ; il n'a plus de sensibilité superficielle sous le genou et sur le trajet du droit antérieur. Quadriceps très faible et à renforcer (plus de droit antérieur selon ENMG). Durant toute la période où il a suivi le patient, ce dernier s'est montré très assidu et a suivi les séances de physiothérapie régulièrement à raison de deux fois par semaine. Il a pu constater que ce dernier souffre par moment, de violentes douleurs dans son membre inférieur droit. Après l'absorption des antalgiques (Tramal) afin de lutter contre lesdites douleurs, le patient n'avait plus toutes ses facultés tant le médicament est violent et les doses absorbées importantes. Ces problèmes ont eu pour effet que les jours de douleurs ou ceux qui ont suivi, le patient était à plusieurs reprises dans l'incapacité de faire ses séances de physiothérapie. Il marche actuellement toujours avec des cannes et ne peut s'en passer.![endif]>![if> - Un rapport du CHUV au médecin traitant du 25 février 2015 : au status clinique, le patient présente une marche clairement déficitaire, nécessitant en permanence deux cannes anglaises avec une station monopodale impossible sur la jambe droite avec une importante boiterie à la marche. Sur les talons et pointes possibles en statique, difficile à la marche. La sensibilité de la jambe gauche est intacte. Au testing moteur de la jambe droite, on retrouve un déficit à M3 du quadriceps. Le testing est à M5 dans toutes les autres modalités, à M5 également de la jambe contro-latéral. On note une atteinte proprioceptive et épicritique complète de la jambe droite; seul persiste le tact protopathique. Le patient ne présente plus de troubles sphinctériens, mais des dysesthésies un peu diffuses de la région périnéale. Hypersensibilité pénienne et quelques dysesthésies de la cuisse gauche. Les réflexes ostéotendineux sont abolis aussi bien en rotulien qu'en achilléen des deux côtés. Il ne présente pas de signe de myélopathie, pas de clonus de la cheville, pas de Babinski, pas de Lasègue ni de Lasègue contro-latéral, ni de rétro-Lasègue. Il ne présente pas d'autres troubles neurologiques ni d'autres plaintes somatiques. Léger œdème du genou droit, probablement dû à une petite arthrose précoce suite aux micro-mouvements par abolition de la sensibilité proprioceptive de ce côté. Radiographies dynamiques le 26 janvier 2015 : pas de mises en évidence d'instabilité des niveaux sus- et sous-jacents. Matériel bien en place. Le scanner montre une très bonne fusion osseuse avec un matériel parfaitement en place. Au niveau strictement neurochirurgical, on note une très bonne récupération clinique avec un contrôle radiologique tout à fait satisfaisant. Dans ce contexte, il n'est plus nécessaire d'effectuer des imageries et de revoir le patient. Au niveau orthopédique, le patient nécessiterait éventuellement la réalisation de radiographies du genou droit afin de contrôler s'il ne développe pas une arthrose précoce.![endif]>![if> Fort de ces documents, le recourant sollicite la mise en place d'une expertise multidisciplinaire (somatique et psychiatrique). 34. L'intimé a dupliqué le 11 mai 2015. Les nouveaux documents médicaux ont été soumis au SMR. Selon le service médical, le psychiatre - qui n'indique pas depuis quand il suit le patient - estime que l'assuré présente un épisode dépressif de sévérité moyenne en rapport avec son accident de juillet 2012. Il ne donne toutefois aucun renseignement sur l'évolution ou l'état actuel psychique de l'assuré permettant de s'écarter des conclusions de l'examen psychiatrique de la CRR. La Dresse R_____ – CRR) avait en effet mentionné dans le consilium psychiatrique du 17 juillet 2012 et suivi durant le séjour que sur le plan psychiatrique, elle ne retenait pas de diagnostic psychiatrique, mais des singularités de personnalité et de fonctionnement, auxquelles

s'ajoutent des appréhensions face aux gestes thérapeutiques invasifs. Le rapport du psychiatre est plus que succinct et peu documenté. Le physiothérapeute fait une description des atteintes du membre inférieur droit déjà connues, en précisant que l'assuré prend pour cela un traitement antalgique (Tramal) mal supporté aux dires du patient. Mais le médicament annoncé est une thérapeutique habituelle et n'est en rien « violent », ne pouvant justifier a priori d'effets secondaires aussi importants. Les médecins du service de neurochirurgie confirment dans leur courrier « une très bonne récupération clinique et radiologique de son accident de 2012 ». Ils insistent sur l'absence de prise en charge nécessaire. Les douleurs neurogènes encore ressenties par l'assuré malgré une bonne évolution médicale sur le plan neurologique, n'entravent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité d'accomplir une activité adaptée. Ces documents n'apportent aucun élément nouveau!

35. le 27 mai 2015, le recourant a produit encore deux rapports médicaux supplémentaires : - Un rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG : le patient présente des douleurs neuropathiques séquellaires d'une fracture éclatement de L2 pour laquelle il n'y a actuellement pas de nouvelle indication opératoire. Au plan fonctionnel, on note une bonne récupération de la force, toutefois il persiste une instabilité majeure à la marche empêchant ce jeune patient de se déplacer sans cannes. Il a bénéficié d'une rééducation intensive à la CRR dont les médecins (du Centre) n'ont pas les comptes-rendus. Face à l'importance du handicap résiduel, il est proposé un nouvel ENMG afin d'avoir une meilleure idée de l'évolution sur le plan neurologique. Il sera par ailleurs convoqué pour une évaluation ergothérapeutique pré-professionnelle afin d'apprécier ses capacités fonctionnelles actuelles dans l'optique du recours face à l'OAI. Il vaudrait aussi la peine de confectionner une orthèse de stabilisation du genou. Enfin il est certainement encore possible de reprendre une rééducation fonctionnelle globale ciblée sur la fonction et l'activité, de façon à optimiser encore les capacités physiques du patient. Il est enfin proposé de modifier quelque peu le traitement médicamenteux, compte tenu notamment du mécanisme d'action très similaire des deux molécules de médicaments actuellement pris. Des essais pourraient être faits avec d'autres médicaments, mais après concertation avec le psychiatre qui vient d'introduire un stabilisateur de l'humeur.

- Un courrier du service de neurochirurgie-polyclinique du CHUV au médecin traitant du 1^{er} mai 2015. Le patient s'était présenté le jour-même à ce service, pour indiquer qu'il avait oublié de dire au médecin qu'il a vu en consultation qu'il a des douleurs intenses dans le membre inférieur droit, lesquelles sont intermittentes, interviennent comme des crises intenses de douleurs, durant des heures et qui peuvent même perdurer dix jours sans traitement adéquat. Il n'y a pas de topographie claire des douleurs. Les médecins du CHUV concluent que d'un point de vue neurochirurgical le suivi postopératoire est très satisfaisant avec une récupération totale à presque trois ans de suivi, sans complications relatives à la fixation lombaire. Il n'est donc pas prévu de revoir le patient à leur consultation.

36. L'intimé a brièvement pris position, le 16 juin 2015, après avoir soumis ces nouveaux documents ou SMR. Il persiste dans toutes ses conclusions. Les spécialistes du traitement de la douleur expliquent que l'assuré présente une instabilité à la marche et des douleurs multiples. Ils écrivent que celles-ci sont mal calmées par les traitements et que ceux-ci provoquent des effets secondaires (sommolence diurne). Ils précisent pourtant que l'assuré est apte à la conduite automobile malgré ce risque. Ils précisent encore que l'intéressé arrive à assumer ses activités du quotidien.

37. La chambre de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une expertise médicale judiciaire et les a invitées à proposer des noms

d'experts potentiels.![endif]>![if> 38. La Chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 11 avril 2016 ;![endif]>![if> M. A_____ a déclaré, en relation avec sa situation actuelle, qu'il est d'une part assez difficile moralement de vivre les conséquences de ce qui lui est arrivé, et notamment d'avoir « perdu une jambe », et de souffrir ainsi de cette jambe, notamment pendant la nuit. Les crises sont irrégulières : il ne ressent rien pendant une semaine, puis, pour quelques heures, quelques jours ou quelques semaines d'affilée, il souffre de crises pour lesquelles il doit prendre des médicaments très puissants pour réduire la douleur et la supporter. Son état de santé est tel qu'il ne voit pas ce qu'il pourrait encore faire comme travail, d'autant que son niveau d'études est assez bas. D'autre part et surtout, compte tenu du caractère aléatoire de la survenance de ses crises de douleurs, il se voit mal devoir périodiquement appeler un employeur, pendant plusieurs semaines d'affilée, chaque jour, pour lui dire qu'il ne peut pas venir à cause de ses douleurs. Il n'imagine donc pas un employeur pouvoir l'engager dans des conditions pareilles. Il avait envisagé une formation de formateur pour la mise à niveau des chauffeurs de poids-lourds, mais cela n'a pas abouti. S'agissant de la conduite de véhicules, il conduit les véhicules légers sans équipement particulier, si ce n'est la restriction de conduite aux seuls véhicules automatiques. Il ne peut pas conduire lorsqu'il est sous l'effet des médicaments, mais certaines fois, lorsque les crises surviennent, alors qu'il conduit, il doit se ranger au bord de la route et attendre que cela passe; il a toujours sur lui le nécessaire pour réduire les douleurs en cas de besoin. Il ne peut plus conduire un véhicule poids-lourd, camion ou autobus par exemple, car dans ces véhicules, la colonne de direction est située entre les jambes, et sur le plancher du véhicule, entre la pédale de frein et l'embrayage. Lorsqu'il déplace la jambe droite il ne sait pas où elle se trouve lorsqu'il la bouge : si sa jambe se trouve sur l'accélérateur, il n'y a pas de problème jusqu'au moment où il devrait la déplacer pour freiner. En pratique, il devrait conduire à deux pieds, mais freiner avec le pied gauche, ce que la colonne de direction ne permet pas s'il est en boîte mécanique. Les poids-lourds automatiques existent, mais pour conduire un tel véhicule, il devrait de toute manière avoir une position, en travers, totalement inadéquate. Mme T_____, pour l'intimé, a communiqué les noms de quelques experts neurologues qui pourraient être désignés dans le cadre d'une expertise. Les parties ont indiqué être d'accord que l'expert devrait notamment se prononcer sur la capacité de travail résiduelle, voire sur la question de la diminution de rendement, et de l'adéquation des douleurs ressenties avec l'état neurologique du patient.

39. La chambre des assurances sociales a communiqué aux parties le nom de l'expert pressenti ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.![endif]>![if> 40. Par pli du 28 avril 2016, le recourant a indiqué n'avoir aucune remarque à formuler ni quant au choix de l'expert et ni de questions complémentaires à celles mentionnées. ![endif]>![if> 41. Par pli du 3 mai 2016, l'intimé a indiqué n'avoir aucun motif de récusation quant à l'expert désigné et propose les questions complémentaires suivantes, à la suggestion de son service médical :![endif]>![if> - Les atteintes relevées s'inscrivent-elles dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux particuliers ?![endif]>![if> - Quelles sont les répercussions fonctionnelles des atteintes retenues dans les actes de la vie quotidienne ?![endif]>![if> - Le traitement est-il approprié ?![endif]>![if> - La compliance est-elle optimale ?![endif]>![if>

EN DROIT
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations

prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).! [endif]>! [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;! [endif]>! [if> 3. La question, préalable à l'examen d'éventuelles prestations, à résoudre est de savoir si les douleurs ressenties et décrites par le recourant sont en adéquation avec l'état neurologique du patient, et quelle est sa capacité de travail résiduelle, et s'il existe une diminution de rendement ;! [endif]>! [if> 4. 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) ;! [endif]>! [if> 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. Il doit en particulier 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 ; 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 oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) ; 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3)°; les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ; 5. Il convient en l'espèce d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée au Dr S_____, spécialiste FMH en neurologie.! [endif]>! [if> *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise neurologique l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré 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 ;! [endif]>! [if> 2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :! [endif]>! [if> 1. Anamnèse.! [endif]>! [if> 2. Données subjectives de la personne.! [endif]>! [if> 3. Constatations objectives.! [endif]>! [if> 4. Diagnostic(s).! [endif]>! [if> 5. S'agissant des troubles neurologiques, répondre aux questions suivantes :! [endif]>! [if> a) Le recourant présente-t-il des troubles neurologiques? Si oui, depuis quand ? b) Les plaintes du patient sont-elles objectivées du point de vue neurologique? c) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic? 6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.! [endif]>! [if> 7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.! [endif]>! [if> 8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.! [endif]>! [if> 9. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis la survenance de l'incapacité de travail durable.! [endif]>! [if> 10. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.! [endif]>! [if> 11. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.! [endif]>! [if> 12. Le traitement est-il approprié ?! [endif]>! [if> 13. La compliance est-elle optimale ?! [endif]>! [if> 14. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.! [endif]>! [if> 15.

Les atteintes relevées s'inscrivent-elles dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux particuliers ?!

16. Quelles sont les répercussions fonctionnelles des atteintes retenues dans les actes de la vie quotidienne ?!

17. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR et des médecins traitants et si l'expert s'écarte de leurs conclusions sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail du recourant, dire pourquoi.!

18. Formuler un pronostic global.!

19. Formuler toute remarque utile et proposition.!

3. Commet à ces fins le Dr S_____;

4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;!

5. Réserve le fond.!

La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO 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.