

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3057/2016

ATAS/772/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 11 septembre 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ Recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR, représentée par SWICA Assurances SA, sise avenue de Mon-Repos 22, LAUSANNE Intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1970 et originaire du Kosovo, est sans formation. Après son arrivée en Suisse en 2001, il a travaillé en tant que plongeur et aide de cuisine, en dernier lieu à la Brasserie B_____ pour un salaire de CHF 3'400.-. A ce titre, il était assuré auprès de la Swica Assurances SA (ci-après : Swica) contre le risque d'accidents.
2. Le 23 août 2012, il a subi un accident. En roulant à vélo, il a glissé sur la voie de tram et a chuté, ce qui a provoqué une contusion et une entorse latérale de la colonne cervicale, une contusion de l'hémithorax droit et de la colonne dorsale, ainsi que des lésions de l'épaule gauche. L'incapacité de travail était totale. Le cas a été pris en charge par la Swica.
3. Les radiographies réalisées le 24 août 2012 par le docteur C_____, radiologue FMH, ont mis en évidence un torticolis, une discarthrose C5/C6 et une arthrose facettaire à la colonne cervicale. A la colonne dorsale, les examens ont montré une scoliose à convexité droite et un angle scoliotique selon Cobb de 7°. Aucune fracture n'a été objectivée.
4. Une radiographie de l'épaule gauche effectuée le 28 août 2012 par le Dr C_____ a montré, selon l'interprétation de celui-ci, une luxation, une lésion discrète du tendon du muscle sous-scapulaire, une fissuration du long tendon du biceps et une fissure de la coiffe des rotateurs.
5. Une radiographie et une échographie de l'épaule gauche du 10 septembre 2012 ont mis en évidence une déchirure très probablement transfixiante de la partie distale du tendon sus-épineux, associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée.
6. En mars et avril 2013, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par les docteurs D_____, spécialiste en chirurgie de l'épaule, en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, et E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la Clinique Corela. Les experts ont posé les diagnostics de rupture transfixiante rétractée du tendon supra-épineux de l'épaule gauche, probable rupture du tendon sous-scapulaire, entorse latérale de la colonne cervicale, discarthrose C5-C6, petite hernie discale paramédiane droite au même segment rachidien, contusion de l'hémithorax droit et de la colonne dorso-lombaire, ainsi que scoliose dorsale haute à convexité droite et à sommet D10. Au niveau du rachis de l'hémithorax, la situation était stabilisée et le *status quo sine* avait été atteint un mois après l'accident, soit le 23 septembre 2012. Pour la contusion de l'hémithorax droit du rachis dorso-lombaire, le *status quo ante* avait été obtenu trois semaines après l'événement, soit le 13 septembre 2012. Les signes persistants à la colonne vertébrale étaient en rapport avec un état antérieur sous la forme de troubles dégénératifs de type discopathie C5-C6 et petite hernie discale, associées à une arthrose interfacettaire. La rupture transfixiante

rétractée du tendon supra-épineux de l'épaule gauche était actuellement en phase aigüe, l'assuré présentant des douleurs mécaniques et nocturnes associées à un déficit d'élévation antérieure active qui ne dépassait pas le niveau de l'horizontale, avec une diminution de la force musculaire et une impotence fonctionnelle majeure puisque l'assuré ne pouvait pas utiliser le bras gauche dans les gestes de la vie quotidienne. Une physiothérapie de l'épaule avec une participation active de l'assuré devrait être organisée pendant environ trois mois. Après avoir récupéré une mobilité active complète du bras gauche, une cure chirurgicale restait conseillée, malgré le début de rétraction. Toutefois, l'évolution devrait aller vers la guérison des déchirures après la cure chirurgicale recommandée. La déchirure du ou des tendons étant survenus sur un probable état dégénératif, le statu quo sine sera atteint après traitement et physiothérapie post opération bien conduite dans un délai de six mois environ après l'intervention. Les limitations fonctionnelles dans un emploi adapté étaient les suivantes : port de charges supérieures à 5 kg au-dessus de la ligne des épaules et avec le membre supérieur gauche, exposition au chaud et au froid ; conduite de véhicules professionnels et d'engins vibrants ; gestes au-dessus de l'horizontale ; position en porte-à-faux cervical ; port de charges régulier au-dessus de 5 à 12 kg ou occasionnellement supérieures à 25 kg. La capacité de travail avait toujours été de 100 % dans une activité monomanuelle ne nécessitant pas l'utilisation répétitive du bras gauche au-dessus de l'horizontale ni le port de charges avec le membre supérieur gauche.

7. En juillet 2013, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
8. Selon le rapport d'évaluation de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) du 2 octobre 2013, l'assuré n'était pas intégré, parlait avec beaucoup de difficultés le français, ne l'écrivait ni le lisait. Il provenait du milieu agricole et n'avait aucune formation professionnelle initiale. Interrogé sur son avenir professionnel, il a déclaré l'ignorer, mais envisageait éventuellement d'être chauffeur. Si sa santé allait, il allait trouver un travail. Il lui a été proposé de se faire aider par une assistante sociale et de s'inscrire à des cours de français.
9. Dans un avis médical du 14 octobre 2013, la doctoresse F_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré, sur la base de l'expertise de la Clinique Corela, que l'assuré présentait une capacité de travail totale dès le 23 septembre 2012 dans une activité adaptée, épargnant le membre supérieur gauche et autorisant un port de charges fréquent de 5-10 kg.
10. Le 11 novembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 28 octobre au 24 novembre 2013.
11. Selon le rapport du 17 décembre 2013 des EPI, l'assuré avait été un stagiaire attentif et poli qui s'était parfaitement adapté à l'atelier. Il ne semblait actuellement pas en état de rejoindre le circuit économique ordinaire, à cause des difficultés et

des douleurs au membre supérieur gauche qui se prolongeaient sur les cervicales, selon l'assuré. Il attendait la date d'une opération à l'épaule et espérait que ses douleurs s'arrêteraient après celle-ci. Une fois son état physique stabilisé, un poste dans le façonnage simple, en production, lui serait accessible, sa capacité d'apprentissage des gestes et son niveau d'attention étant bons, hormis quelques problèmes de concentration. A cause des alternances de position, des douleurs parfois ressenties et des positions mal supportées la tête penchée, des erreurs d'exécution ont été parfois constatées.

12. Le 14 janvier 2014, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule gauche pour la réparation partielle de la coiffe des rotateurs.
13. Le 18 mars 2014, l'OAI a déterminé la perte de gain de l'assuré à 0 %, en comparant son dernier salaire avant l'accident avec le salaire résultant de l'enquête suisse des salaires (ESS) qui y était supérieur, même après avoir admis une réduction de 10 % de la médiane des salaires statistiques retenue à titre de salaire d'invalidé.
14. Par décision du 23 mai 2014, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que, selon le SMR, il aurait pu reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % dès le mois de septembre 2012. Or, il ne subissait aucune perte de gain dans l'exercice d'une activité adaptée, raison pour laquelle les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas remplies.
15. Le 17 septembre 2014, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'expert a émis les diagnostics de rupture massive de la coiffe des rotateurs gauche, débridement et suture partielle, raideur diffuse de l'épaule gauche avec dyscinésie scapulo-thoracique, faiblesse du membre supérieur gauche, obésité, lombalgies et hypertension artérielle. L'épaule gauche était loin d'être stabilisée et les travaux lourds avec prises de charges étaient contre-indiqués de manière définitive. Il y avait par ailleurs une limitation fonctionnelle pour les mouvements au-dessus de l'horizontale. L'expert a recommandé une intensification de la physiothérapie avec hydrothérapie et, en cas d'échec, une rééducation en milieu stationnaire. L'accident était la seule cause des troubles actuels à l'épaule gauche. Pour ce qui concerne les problèmes de la colonne cervicale, la causalité était tout au plus possible. Le *status quo sine* était obtenu entre quatre à six semaines après l'accident pour les douleurs et contusions rachidiennes. L'assuré avait par ailleurs subi un nouvel accident le 17 avril 2014, au cours duquel sa voiture avait été emboutie à l'arrière par un autre véhicule, alors qu'il était arrêté à un passage piéton. Cet accident avait provoqué des cervicalgies et lombalgies, mais il n'y avait pas eu de bilan, en raison d'une longue attente aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Pour cet événement, le *status quo sine* était également atteint un mois après. La capacité de travail était nulle. Un travail sédentaire pourrait être théoriquement exigible avec une limitation du rendement du

fait des douleurs persistantes continues. Une réévaluation devait être réalisée dans six mois, une fois l'état stabilisé.

16. Du 8 avril au 5 mai 2015, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR). Dans leur rapport du 21 mai 2015, les docteurs H_____ et I_____ ont considéré que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives. Pendant le séjour, le patient avait suivi une physiothérapie et fait l'objet d'une évaluation psychosomatique. Les limitations fonctionnelles définitives étaient l'utilisation prolongée du bras gauche au-dessus du plan de l'épaule, le port répétitif de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg et l'utilisation du bras en porte-à-faux. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et il ne fallait pas s'y attendre avant un délai d'un à trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans une telle activité la capacité de travail était totale.
17. Le 23 septembre 2015, l'assuré a été de nouveau soumis à une expertise par le Dr G_____. Dans son rapport du 23 décembre 2015, cet expert a ajouté à ses précédents diagnostics une hyperlaxité morphologique et une bursite trochantérienne gauche. A deux ans de l'intervention chirurgicale et en l'absence de progrès en rééducation depuis plusieurs mois, l'état devait être considéré comme stabilisé. Il y avait une limitation pour toute activité nécessitant l'utilisation prolongée du bras au-dessus du plan de l'épaule, le port de charges lourdes répétitif de plus de 5 à 10 kg et l'utilisation du bras en porte-à-faux. L'épaule restait raide et douloureuse et l'accident était la seule cause des problèmes de l'épaule. La capacité de travail dans l'activité antérieure était nulle et totale dans une activité adaptée, sans limitation du rendement. L'atteinte à l'intégrité était de 15 %.
18. Par décision du 24 mars 2016, la Swica a mis fin aux prestations relatives aux traitements médicaux et aux indemnités journalières au 1^{er} mars 2016, tout en accordant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 18'900.-. Ce faisant, elle a considéré que l'état était stabilisé et que l'assuré ne subissait aucune perte de gain, après avoir comparé son gain avant l'accident aux salaires statistiques dans les activités simples.
19. Le 22 avril 2016, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle est toujours en cours.
20. Par courrier du 28 avril 2016, l'assuré a formé opposition à la décision de la Swica, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'au terme des mesures de réadaptation menées par l'assurance-invalidité, puis à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %. Il s'est opposé à ce que son salaire de CHF 3'400.- fût pris en considération à titre de salaire de valide dans le calcul de la perte de gain, dès lors que ce montant, particulièrement bas, résultait

d'éléments étrangers à la capacité de travail. Par ailleurs, la réduction appliquée ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles, lesquelles entraînaient une perte de rendement importante en raison de l'absence de force dans le bras gauche, l'absence de possibilité de préhension de charges légères, la stature assise prolongée, les douleurs invalidantes liées au traumatisme de l'épaule et aux troubles dégénératifs des cervicales, les douleurs irradiantes de la nuque au bras gauche en cas d'utilisation répétée du bras gauche et en situation assise, ainsi que les difficultés de rotation de la nuque. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % était insuffisante, les tables en la matière n'ayant pas été respectées.

21. Selon le rapport du 13 juin 2016 du docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen en rémission. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 50 %.
22. Par décision du 9 août 2016, la Swica a rejeté l'opposition. L'assurance-invalidité n'avait procédé à aucune mesure de réadaptation. Elle avait par ailleurs pris en considération à juste titre un salaire de CHF 3'400.- que l'assuré réalisait avant l'accident, pour le calcul de sa perte de gain. Par ailleurs, seules les limitations de l'épaule gauche étaient en rapport avec l'accident et pouvaient ainsi être prises en considération pour les activités exigibles. En outre, les activités simples et répétitives n'exigeaient ni une bonne connaissance de la langue ni un niveau de connaissance particulier, de sorte que ces facteurs ne se répercutaient pas sur le taux d'abattement. Ainsi, une réduction de 10 % du gain d'invalidité était suffisante. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr G_____ l'avait fixée à 15 %, en considérant que l'assuré avait une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. Partant, l'application des tables en la matière était correcte.
23. Le 12 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en faisant valoir que le traitement médical n'était pas terminé. Par ailleurs, il présentait une invalidité suite à l'accident, ne pouvant exercer les activités proposées par le Dr G_____. Le calcul de sa perte de gain violait le principe du parallélisme des revenus et appliquait un taux de réduction insuffisant. Le recourant a également mis en doute le salaire « exigible ». Enfin, il a contesté le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
24. Le 1^{er} novembre 2016, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée, laquelle a mis en évidence

"Rupture itérative après réparation de la coiffe aux dépens des tendons supra-épineux et sub-scapulaire, les moignons tendineux des tendons supra-épineux et sub-scapulaire sont à peine reconnaissables, complètement rétractés et on note de plus une infiltration graisseuse de stade IV du muscle sub-scapulaire et de stade I du muscle supra-épineux avec un début d'atrophie volumique. Lésion partielle du versant profond de la partie distale du tendon infra-épineux lequel est encore en continuité."

-
25. Selon le rapport du 11 novembre 2016 du docteur K_____, généraliste, les limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauche ne peuvent être réduites par les mesures médicales et il ne faut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
 26. Le 21 novembre 2016, l'assuré a complété son recours, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'annulation de la décision du 24 mars 2016 et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 %, sous suite de dépens. Malgré la poursuite d'un traitement de physiothérapie, sa situation s'était subitement détériorée en 2015, lorsqu'il s'était rendu au Kosovo pour rendre visite à sa famille. La conduite d'automobile l'avait fait extrêmement souffrir et il était revenu avec des tendons totalement enflammés. Le rapport de la CRR faisait par ailleurs ressortir que les améliorations étaient très faibles au terme du séjour et que les sensations de douleurs augmentaient lors des thérapies. Au demeurant, les douleurs à la nuque et au dos, ainsi que les sciatalgies ne lui permettaient pas d'exercer les différentes activités proposées. Le recourant a également reproché à l'intimée de n'avoir pas retenu une diminution du rendement, alors même qu'il présentait des limitations fonctionnelles étendues, ne pouvant utiliser son bras droit (recte gauche), et que ses nerfs sciatiques s'enflammaient, s'il restait assis trop longtemps. Il pouvait uniquement exercer une activité légère à temps partiel, vu sa fatigabilité accrue depuis l'accident et ses douleurs. De surcroît, il avait été longtemps éloigné du marché du travail, ne disposait d'aucune formation, ne parlait ni lisait le français, malgré ses efforts, et présentait un état psychique extrêmement fragile.
 27. Le 13 décembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Les limitations fonctionnelles dues à la discarthrose, à la hernie discale et à la scoliose dorsale étaient sans lien de causalité avec l'accident du 23 août 2012. Le fait que seules des activités légères étaient exigibles, ne permettait pas un abattement supplémentaire selon la jurisprudence en la matière. Au demeurant, les experts mandatés avaient considéré que la capacité de travail était totale. Enfin, l'absence prolongée sur le marché du travail suite à l'accident n'était pas un critère de réduction admise par la jurisprudence ni l'absence de formation ni la méconnaissance de la langue, dès lors que les activités simples et répétitives n'exigeaient pas de bonnes connaissances linguistiques.
 28. Le 26 janvier 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.
 29. Après l'apport du dossier de l'OAI ordonné par la chambre de céans, les parties ont également maintenu leurs conclusions.
 30. Le 16 mai 2017, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, médecine du sport, a attesté que le recourant présentait une aggravation de son état depuis l'expertise du 23 septembre 2015 du Dr G_____. Il souffrait d'une épaule gauche

pseudo-paralytique. Les douleurs évaluées à 8-9/10 en permanence et 7/10 la nuit l'empêchaient de dormir. Ce médecin a par ailleurs fait savoir à la chambre de céans que le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles énumérées par le Dr G_____ dans son expertise. Elle n'a pas répondu à la question de savoir si le recourant présentait une réduction de sa capacité de travail ou de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant au traitement actuel, l'assuré suivait une physiothérapie, mais n'avait pas besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Des mesures médicales n'étaient pas nécessaires pour empêcher que son état de santé subît une notable détérioration.

31. La Dresse M_____ a en outre joint à sa réponse copie du rapport relatif à une IRM de l'épaule gauche effectuée le 14 février 2017. La conclusion de cet examen est une rupture du sous-scapulaire avec un moignon tendineux mal individualisé et une involution graisseuse musculaire de stade IV, une rupture transfixiante du supra-épineux dans sa partie antérieure à environ 19 mm de son insertion.
32. Le 20 juin 2017, l'intimée s'est déterminée sur le rapport de la Dresse M_____. En premier lieu, elle a relevé que l'état de l'épaule à prendre en compte était celui au moment où la décision a été rendue, soit le 24 mars 2016. Il n'était par ailleurs pas mentionné pourquoi il y a eu une aggravation de l'épaule et si cette aggravation était en relation de causalité avec l'accident. En tout état de cause, cette aggravation n'engendrait pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles énumérées par le Dr G_____. Cela étant, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
33. Par écriture du 22 juin 2017, le recourant a relevé que, selon la Dresse M_____, il y avait clairement une aggravation, laquelle a été objectivée par les IRM. Cette détérioration avait une incidence sur la douleur, laquelle avait été évaluée par la Dresse M_____ à 8-9/10 en permanence et 7-10/10 la nuit. En cas de doute sur son invalidité, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.
34. Le 6 juillet 2017, la chambre de céans a communiqué aux parties qu'elle avait l'intention d'ordonner une expertise judiciaire et de la confier à la doctoresse N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, sous la supervision du docteur O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie FMH. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'expert.
35. Le 13 juillet 2017, le recourant a accepté le choix de l'expert et sa mission.
36. Par écriture du 28 août 2017, l'intimée a répété que l'état de l'épaule à prendre en compte était celui à la date de la décision du 24 mars 2016. Partant, il n'y avait pas lieu de poser à l'expert les questions concernant l'état de santé de l'assuré au-delà du 24 mars 2016. Seule une annonce de rechute pourrait permettre à l'intimée à réévaluer l'état de l'épaule gauche du recourant. L'intimée s'est par ailleurs étonnée que l'expertise fût confiée à des médecins qui ne possédaient ni l'un ni l'autre les

qualifications d'experts en assurance SIM (Swiss Insurance Medicine). Ainsi, l'intimée a considéré que l'expertise judiciaire ne pourrait répondre aux exigences de la jurisprudence en la matière.

EN DROIT

1. 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) ;

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. En particulier, il doit 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 ; ATFA non publié 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. 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).

2. En l'occurrence, une aggravation de l'état de santé du recourant ne peut être niée, celle-ci ressortant clairement des IRM de l'épaule gauche effectuées en novembre 2016 et février 2017. Celle-ci est également attestée par la Dresse M_____.

Quant au moment où cette aggravation s'est produite, il y a lieu de relever que, selon les déclarations du recourant dans ses écritures du 21 novembre 2016, l'état de cette épaule s'est subitement détérioré en 2015, lorsqu'il s'était rendu au Kosovo pour rendre visite à sa famille. Dans ces conditions, il ne peut pas être exclu que cette aggravation était déjà présente, lorsque l'intimée a rendu sa décision sur opposition du 9 août 2016, étant précisé que sont déterminants pour l'examen du bien-fondé de la décision attaquée les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision sur opposition et non pas de la décision initiale (ATF 131 V 4017 consid. 2.1.2.1).

Au vu de cette aggravation, éventuellement déjà présente à la date de la décision sur opposition, la chambre de céans juge nécessaire de soumettre le recourant à une expertise orthopédique judiciaire. Au demeurant, du moment où une expertise s'avère nécessaire, il paraît tout à fait judicieux, par économie de procédure et de moyens, d'éclaircir également la situation médicale actuelle en vue du règlement des prestations futures éventuellement dues. Cela est aussi dans l'intérêt de

l'intimée, dès lors que cela lui permettra cas échéant de faire l'économie d'une nouvelle expertise médicale.

3. Cette expertise sera confiée à la Dresse N_____ sous la supervision du Dr O_____.

Certes, la Dresse N_____ n'est pas au bénéfice de la certification SIM. Toutefois, l'expertise sera effectuée sous la supervision du Dr O_____ qui, en dépit de l'absence de cette certification, est un expert confirmé, ayant déjà été à plusieurs reprises mandaté en tant qu'expert judiciaire et étant mandaté au demeurant également par la SUVA.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie à la Dresse N_____ sous la supervision du Dr O_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics ?
 2. Lesquels de ces diagnostics ont un lien de causalité avec l'accident du 23 août 2012 au degré de la vraisemblance prépondérante?
 3. L'état de l'épaule gauche s'est-il aggravé depuis l'expertise du Dr G_____ du 23 décembre 2015 ?
 4. Dans l'affirmative à la question précédente, quand l'état de l'épaule gauche s'est-il aggravé au degré de la vraisemblance prépondérante ?
 5. Cette aggravation est-elle en relation de causalité avec l'accident au degré de vraisemblance prépondérante ?
 6. Quelle est la cause de cette aggravation ?
 7. Quelles sont les limitations fonctionnelles liées à l'épaule gauche de l'expertisé ?
 8. L'expertisé présente-t-il une réduction de la capacité de travail ou de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes à l'épaule gauche (sans tenir compte des autres atteintes sans lien avec l'accident subi) ?
 9. Si l'aggravation devait s'être produite après la décision sur opposition du 9 août 2016 de la Swica, quelle était la capacité de travail de l'expertisé à cette date dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes à l'épaule gauche ?
 10. Les douleurs alléguées sont-elles compatibles avec les atteintes objectivées à l'épaule gauche ?

11. Le cas échéant, les douleurs entraînent-elles une diminution du rendement dans une activité adaptée et, si oui, de quel pourcentage ?
 12. L'état est-il stabilisé ? Dans la négative, quand sera-t-il stabilisé selon toute vraisemblance ?
 13. L'expertisé nécessitera-t-il un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé ? Si oui, de quel genre, dans quel intervalle et pour quelle durée ?
 14. Quel est le taux d'atteinte à l'intégrité de l'épaule gauche, prévisible dans le futur, selon les tables d'indemnisation du service médical de la SUVA ?
 15. Partagez-vous les conclusions du rapport d'expertise du Dr G_____ du 23 décembre 2015 ?
- D. Invite les Drs N_____ et O_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le