

# **GE\_GERICHTE ATAS/1059/2016 vom 8. Dezember 2016**

GE Cour de justice, 2016-12-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1059\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1059_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1059/2016 du 8 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1059/2016 del 8 dicembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur la question de savoir si son état est stabilisé, sur le droit éventuel à une rente et sur la quotité de l'IPAI.

A/3254/2015 - 9/18 -

### **E. 5**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). 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**

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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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. S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

## **E. 7**

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

A/3254/2015 - 10/18 - 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). 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 LPG), 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. A 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).

#### **E. 8**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 9**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/3254/2015 - 11/18 -

#### **E. 10**

En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement survenu le 14 février 2011 et les atteintes dont se plaint encore la recourante. a. La recourante allègue en premier lieu souffrir d'une instabilité du genou gauche dont elle soutient qu'elle serait en lien avec l'accident. Elle en veut pour démonstration le fait qu'elle n'ait jamais subi de traumatisme ni souffert à ce niveau auparavant et relève que, dans le résumé de séjour du 14 février 2011 des HUG, une dermabrasion des genoux est mentionnée. Force est cependant de constater que ce n'est que dans le rapport établi le 14 juin 2013 - soit plus de deux ans après l'accident - par le Dr H\_\_\_\_\_ qu'une entorse du genou gauche est mentionnée pour la première fois, sans autre précision. Le rapport de police relatif à l'accident ne fait état, à titre de blessure, que d'une plaie au visage. Par ailleurs, si le résumé de séjour du 14 février 2011 des HUG fait certes mention des genoux, ce n'est que pour des dermabrasions, l'hématome, lui, concerne le tiers supérieur de la jambe droite et non le genou gauche, lequel n'a fait l'objet d'aucune investigation durant l'hospitalisation de l'assurée en 2011. Au contraire, dans le même document, les HUG mentionne que la mobilité des genoux est bonne. Dans ces conditions, il est clair que le lien de causalité naturelle entre l'atteinte invoquée par la recourante au niveau de son genou gauche et l'accident doit être nié, sans qu'il soit besoin de mettre en œuvre des mesures d'instruction supplémentaires. b. La recourante invoque ensuite des problèmes cervicaux qui, selon elle, ne sauraient s'expliquer autrement que par le traumatisme dont elle relève que le Dr I\_\_\_\_\_ l'a attribué à une probable contusion cervicale. On rappellera en premier lieu que le Dr I\_\_\_\_\_ est spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, et qu'il était appelé à se déterminer en cette seule qualité, sur les

problèmes rencontrés par la recourante au niveau facial. A la lecture du dossier, on constate que l'IRM pratiquée suite à l'accident, le

### **E. 15**

mars 2011 n'a montré aucun signe traumatique, mais seulement des atteintes dégénératives à ce niveau. Il en allait de même fin 2014, lorsque le Dr C\_\_\_\_\_, spécialisé en la matière, a réexaminé la situation. Ce médecin a souligné que l'examen neurologique était normal, que toute atteinte tronculaire devait être écartée et a clairement énoncé à deux reprises qu'au vu de la chronologie et du résultat des examens, il était vraisemblable que l'origine des paresthésies soit cervicale. On ajoutera que, même si l'on admettait l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne cervicale, selon la jurisprudence rappelée supra, il faudrait considérer le statu quo sine atteint après six ou neuf mois, ce qu'a confirmé le médecin traitant puisque le Dr D\_\_\_\_\_ annonçait, en septembre 2011, une guérison des douleurs cervicales.

A/3254/2015 - 12/18 - Là encore, il est manifeste que le lien de causalité naturelle entre l'atteinte invoquée par la recourante au niveau des cervicales et l'accident doit être nié, à tout le moins après septembre 2011. c. Restent donc l'atteinte au menton et la cicatrice à ce niveau, dont le lien de causalité avec l'accident n'est ni contestable ni contesté, pas plus que le lien de causalité adéquate, d'ailleurs. 11. Dans la décision litigieuse, l'intimée a mis fin à sa prise en charge avec effet au 31 décembre 2014, date à compter de laquelle elle a considéré que l'état de santé de l'assurée était stabilisé, ce que l'intéressée conteste. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du

### **E. 20**

décembre 1982 - OLAA; RS 832.202; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en

commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui

A/3254/2015 - 13/18 - conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Selon l'art. 21 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés par l'alinéa 1, à savoir : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). b. En l'occurrence, la décision litigieuse confirme celle du 13 mai 2015 au terme de laquelle l'intimée a considéré : « 1. Le traitement médical à la charge de l'assurance-accidents a pris fin au 31.12.2014, en raison de la stabilisation de l'état de santé et faute de droit à une rente d'invalidité (...). 3. Il persiste actuellement une cicatrice qui pourrait être améliorée par une nouvelle chirurgie correctrice. Si une intervention devait être programmée, une nouvelle déclaration devra être éditée sous l'angle de l'article 21 al. 3 LAA pour rechute et séquelles tardives ». Le lien de causalité n'ayant été reconnu que pour les atteintes faciales, la question se limite à savoir si celles-ci ont des répercussions sur la capacité de travail de la recourante au point de lui ouvrir droit à une rente. Tel n'est manifestement pas le cas puisqu'aucun médecin n'a conclu en ce sens. Le droit à une rente n'est donc pas ouvert, d'autant qu'il n'est pas contesté que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail à compter du 1er juillet 2011, l'incapacité de 50% persistant

A/3254/2015 - 14/18 - depuis lors devant être attribuée à des causes malades (pces 5, 7, 12, 27, 33, 34, 40, 48 et 49 intimée). Dès lors, la question de la continuation de la prise en charge du traitement en lien avec les atteintes faciales se pose sous l'angle de savoir s'il serait propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état, sans qu'il soit nécessaire qu'il permette de rétablir ou augmenter la capacité de gain. Cependant, en l'occurrence, l'expert I\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas lieu d'attendre d'amélioration s'agissant des troubles sensitifs persistant dans la zone mentonnière. C'est

dès lors à juste titre que l'intimée a considéré que, sur ce plan, l'état de santé était stabilisé. En revanche, s'agissant de la cicatrice qui demeure, l'expert I\_\_\_\_\_ a préconisé une nouvelle correction, dont il a estimé qu'elle pourrait conduire à une nette amélioration, ce que reconnaît le Dr E\_\_\_\_\_. Ce dernier a suggéré de réserver la possibilité d'une reprise de la cicatrice sous l'angle d'une séquelle tardive ou d'une rechute et l'intimée l'a suivi sur ce point (cf. point 3 du dispositif de la décision confirmée sur opposition). La Cour de céans est d'avis qu'envisager la situation sous cet angle est erroné dans la mesure où la cicatrice n'est pas « guérie ». On ne saurait dès lors parler d'atteinte qui se « manifesterait à nouveau » ou d'état pathologique différent. On retiendra en revanche que l'état de la cicatrice n'est sans doute pas définitif et on prendra acte de l'engagement de l'intimée à prendre en charge une nouvelle reprise si la recourante s'y résout plus tard. En dehors de cela, l'état de santé doit être considéré comme stabilisé, ainsi qu'en ont attesté tous les médecins. 12. Reste la question litigieuse de la quotité de l'IPAI, fixée par l'intimée à 5% sur la base de l'avis de son médecin-conseil, la recourante concluant quant à elle à un taux de 20%. Elle reproche notamment à l'intimée de n'avoir pas pris en compte le préjudice esthétique causé par ses cicatrices faciales. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre,

A/3254/2015 - 15/18 - limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au

moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

A/3254/2015 - 16/18 - Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). c. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires - à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). d. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). Une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des

assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité

A/3254/2015 - 17/18 - est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA). e. En l'espèce, ainsi que cela a été relevé plus haut, seules perdurent, en lien de causalité avec l'accident, une cicatrice - qui pourrait être améliorée par une nouvelle chirurgie correctrice - et une neuropathie du nerf mentonnier gauche. C'est la table 17 de la SUVA qui s'applique en cas de déficits et de troubles fonctionnels des nerfs crâniens. Or, cette table prévoit effectivement, en cas d'atteinte du nerf mentonnier d'un seul côté, un taux d'indemnisation de 5% ; ce n'est qu'en cas d'atteinte au nerf mentonnier bilatéral qu'une indemnité de 7,5% est prévue (chapitre I). C'est ainsi à juste titre que l'intimée s'est écartée, sur ce point, de l'évaluation du Dr I\_\_\_\_\_, celle-ci étant manifestement erronée, et n'a octroyé qu'une IPAI de 5% à la recourante. Quant à la cicatrice para-mentonnière droite, c'est la table 18 de la SUVA, relative aux atteintes à l'intégrité en cas de lésions de la peau qui pourrait trouver application. Cependant, cette table précise que, pour être indemnisée, il faut encore que l'atteinte cutanée persiste vraisemblablement dans la même mesure toute la vie. Or, en l'espèce, tant le Dr I\_\_\_\_\_ que le Dr E\_\_\_\_\_ ont jugé que la cicatrice de la recourante pourrait encore être considérablement amoindrie et « nettement » améliorée par une nouvelle reprise chirurgicale, raison pour laquelle, précisément, l'intimée a accepté d'entrer en matière sur la prise en charge d'une telle intervention dans le futur. Là encore, à ce stade, on ne saurait donc suivre la recourante lorsqu'elle conclut à l'octroi d'une IPAI pour atteinte esthétique. 13. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté, avec la précision qu'il est pris acte de l'engagement de l'intimée de prendre en charge une éventuelle nouvelle reprise chirurgicale de la cicatrice, à l'issue de laquelle il faudra, cas échéant, se prononcer sur un éventuelle IPAI en relation avec les séquelles esthétiques.

A/3254/2015 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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