

GE_GERICHTE ATAS/1249/2013 vom 12. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1249_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1249/2013 du 12 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1249/2013 del 12 dicembre 2013

Erwägungen

E. 10

Dans le délai légal, l'assurée s'est opposée à cette décision en alléguant d'une part qu'avant l'accident, l'état de son rachis s'était amélioré au point qu'une reprise de son activité professionnelle était prévue et, d'autre part, que des douleurs se faisaient encore sentir au niveau de la vertèbre D12. Par ailleurs, elle a contesté le taux de l'IPAI, l'estimant insuffisant.

E. 11

Par décision du 29 mai 2012, la SUVA a confirmé celle du 21 mars 2012. La SUVA s'est référée aux avis du Dr G_____, son médecin d'arrondissement, qui, le 16 mars 2011, a considéré que l'accident avait déstabilisé un état antérieur maladif de manière passagère, et du Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie auprès de la Division de médecine des assurances, qui a pour sa part relevé que la fracture-tassement de la vertèbre D12 constituait la seule suite de l'accident, le status après spondylodèse L3-S1 étant quant à lui constitutif d'un état antérieur maladif devant être formellement distingué de l'atteinte accidentelle. La SUVA a relevé qu'une ostéoporose diffuse avait été clairement mise en exergue par un examen tomoscintigraphique (SPECT) pratiqué le 16 novembre 2011. Qui plus est, cette ostéoporose au niveau du rachis lombaire avait également été signalée par le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. En conséquence, la SUVA, suivant en cela l'avis du Dr I_____, a considéré que l'état de santé de l'assurée ne pouvait désormais plus être sensiblement amélioré par la poursuite du traitement médical de l'atteinte de la vertèbre D12 et que l'exercice de l'activité de secrétaire n'était nullement entravé par les séquelles à ce niveau. Quant à la quotité de l'IPAI, la SUVA s'est également référée à l'avis du Dr I_____ qui, se fondant sur les données fournies dans la table de calcul 7 (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale), a estimé à 5% le dommage permanent induit par la fracture-tassement de la vertèbre D12. A cet égard, le médecin a noté que la cunéiformisation vertébrale était inférieure à 20°, que le canal médullaire n'était pas concerné et que les troubles résiduels étaient

A/1848/2012 - 7/16 - discrets. Sur ce point, la SUVA a relevé que l'assurée n'apportait aucun élément propre à mettre en cause l'appréciation du Dr I_____.

E. 12

Par courrier du 9 juin 2012 - adressé à la SUVA et transmis par cette dernière à la Cour de céans comme objet de sa compétence le 15 juin 2012 -, l'assurée a contesté cette décision, en particulier le pourcentage de l'IPAI. L'assurée a expliqué avoir passé différents examens, au nombre desquels une minéralométrie dont elle allègue qu'elle a confirmé qu'elle n'avait pas d'ostéoporose et que « bien au contraire, ses os étaient splendides ».

E. 13

Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 juillet 2012, a conclu au rejet du recours. En substance, l'intimée se réfère une nouvelle fois à l'avis du Dr I_____.

E. 14

Le 29 août 2012, l'assurée a répliqué en concluant à ce que des indemnités journalières continuent à lui être versées jusqu'à ce qu'elle recouvre une pleine capacité de travail, à ce que la SUVA soit condamnée à prendre en charge son traitement au-delà du mois de mars 2012 et à ce que l'IPAI soit réévaluée. En substance, la recourante conteste l'avis du Dr I_____. Elle allègue ne pas être atteinte d'ostéoporose mais d'une discrète ostéopénie limitée à un seul paramètre. Quant au degré de son indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante la conteste en se référant à l'avis du Dr J_____, dont elle produit un rapport, rédigé le 6 juillet 2012. Le médecin y conclut que les lombalgies chroniques de l'assurée peuvent s'expliquer par une non-fusion vertébrale postérieure (instabilité au niveau L5-S1) et un déséquilibre sagittal compensé : étant continuellement penchée en avant, cela provoque une hyper-pression au niveau corps vertébraux. Elle demande l'audition des Drs J_____ et A_____, mais également d'un collaborateur de la NATIONALE SUISSE ASSURANCE - qu'elle soupçonne de l'avoir « dénoncée à toutes les autres compagnies d'assurances », d'un collaborateur d'ALLIANZ ASSURANCE, d'un collaborateur de l'assurance- invalidité et d'un collaborateur de HELSANA, assureur-maladie.

E. 15

Par écriture du 1er octobre 2012, la SUVA a indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler.

E. 16

Le 26 octobre 2012, l'intimée a ajouté que les pièces produites par la recourante confirmaient que l'affection lombaire dont elle souffre remonte à une cause antérieure à l'accident, cause pour laquelle elle a été en traitement auprès de son assureur-maladie.

E. 17

Le 13 novembre 2012, la recourante a informé la Cour qu'elle devait subir une nouvelle opération du dos en décembre 2012.

E. 18

Par écriture du 14 janvier 2013, l'intimée a fait remarquer que cette nouvelle intervention ne concernait pas les suites de l'accident mais bien le problème médical préexistant à l'événement et a persisté dans ses conclusions.

A/1848/2012 - 8/16 -

E. 19

Le 4 février 2013, l'assurée a produit des pièces supplémentaires en alléguant que la cimentoplastie effectuée suite à l'accident n'avait pas été suffisante pour stabiliser la vertèbre endommagée. Elle en tire la conclusion que l'opération qui a été pratiquée en janvier 2012 ne l'a pas été faite dans les règles de l'art.

E. 20

Par écriture du 28 février 2013, la SUVA a indiqué qu'elle restait d'avis que l'intervention pratiquée le 14 décembre 2012 ne concernait pas les suites de l'accident dont elle répond, le diagnostic ayant commandé l'intervention chirurgicale étant à mettre sur le compte de l'affection lombaire développée antérieurement.

E. 21

Le 21 octobre 2013, la recourante a produit les décisions rendues la concernant par l'assurance-invalidité, et lui accordant une rente entière d'invalidité à compter du 1er septembre 2005. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). 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. 4. Le litige porte sur la question de savoir si, au moment de la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante devait être considéré comme stabilisé, justifiant ainsi la cessation de la prise en charge du traitement médical et de l'indemnité journalière, s'il subsistait encore des troubles générant une incapacité de travail en lien avec l'accident du 31 août 2010 et, enfin, si le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée par l'intimée est correcte. 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

A/1848/2012 - 9/16 - 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). 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. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance

A/1848/2012 - 10/16 - prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid. 4.2). 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal

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

A/1848/2012 - 11/16 - sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). 9.

L'assureur-accidents dispose de la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu. Ce n'est que lorsqu'il souhaite mettre un terme au versement de ses prestations avec effet rétroactif et requérir la restitution des prestations versées à tort que l'assureur doit respecter les conditions de la reconsidération (ATFA non publié U 6/03 du 6 mai 2003, consid. 4.2.1). 10. En l'espèce, force est de constater que les conclusions du Dr I_____ selon lesquelles l'accident n'a plus eu d'incidence sur la capacité de travail et aucune amélioration ne pouvait plus être attendue après la fin de l'année 2011 apparaissent convaincantes dans la mesure où tant le Dr F_____ que le Dr A_____ ont confirmé que la cimentoplastie effectuée en avril 2011 a entraîné une amélioration nette de la situation de la recourante et où il ressort des documents médicaux versés au dossier après cette intervention que les douleurs qui ont subsisté étaient de « type sciatique à droite suite à la spondylodèse du mois de mai 2010 » (cf. rapport du Dr A_____ du 7 juin 2011), ou de type « lombaires basses » (cf. rapport du Dr F_____ du 20 juin 2011) et où les examens ont montré l'absence de traduction scintigraphique du tassement du plateau supérieur de D12 (investigations complémentaires d'octobre 2011). Quant à l'avis du Dr J_____, invoqué par la recourante, il n'apporte aucun élément objectif permettant de faire douter des conclusions du Dr I_____ puisque le Dr J_____ conclut que les lombalgies chroniques de l'assurée peuvent s'expliquer par une non-fusion vertébrale postérieure provoquant une instabilité au niveau L5-S1 – donc sans relation avec la vertèbre D12 touchée lors de

l'accident pris en charge par l'intimée - et un déséquilibre sagittal compensé – également sans relation avec la zone touchée lors de l'accident.

A/1848/2012 - 12/16 - Eu égard à ces considérations, c'est par conséquent à juste titre que l'intimée a mis un terme à sa prise en charge avec effet au 31 mars 2012, date à partir de laquelle elle était légitimée à penser qu'il ne subsistait plus de troubles générant une incapacité de travail en lien avec l'accident du 31 août 2010. Sur ce point, le recours est rejeté. 11. Reste à examiner la question du degré de l'IPAI allouée à la recourante. L'intimée a considéré, suivant en cela l'avis du Dr I_____, qu'une IPAI de 5% se justifiait. 12. 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). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). 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, 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 (ATF non publié 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).

A/1848/2012 - 13/16 - 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; ATFA non publié 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 (FREI/BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). 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; ATFA non publié U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2). 13. Depuis le 1er janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à 126'000 fr. par an et 346 fr. par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à 106'800 fr. par an et 293 fr. par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588). 14. a) 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 pour cent (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 A/1848/2012 - 14/16 - 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 SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur 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). b) 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 (ATFA non publié U 173/00 du 22 septembre 2000, consid. 2; RAMA 1998 p. 602). Par ailleurs, 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. ATF non publié 8C_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.3; ATFA non publié 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). 15. À teneur de l'art. 36 al. 2 1ère phrase LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité

ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Cette disposition légale repose sur l'idée qu'une atteinte à la santé peut ne pas avoir été causée uniquement par un accident mais conjointement à d'autres facteurs étrangers à celui-ci, alors que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents. L'art. 36 al. 2 LAA trouve application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont causé conjointement une atteinte à la santé et si les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable lorsque les facteurs déclenchants ont causé des dommages sans influence réciproque, par exemple lorsque l'accident et l'événement non assuré concernent des parties du corps différentes et qu'ainsi les troubles ne coïncident pas. Dans un tel cas, les conséquences de l'accident assuré sont à évaluer pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3b; ATF 121 V 326 consid. 3c et les références; ATF non publié 8C_277/2007 du 2 avril 2008, consid. 4; ATFA non publié U 79/03 du 18 décembre 2003, consid. 4.2). 16. En l'espèce, le Dr I_____ a expliqué s'être fondé sur les données fournies dans la table de calcul 7 (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale) pour estimer à 5% le dommage permanent induit par la fracture- tassement de la vertèbre D12. A cet égard, le médecin a noté que la

A/1848/2012 - 15/16 - cunéiformisation vertébrale était inférieure à 20°, que le canal médullaire n'était pas concerné et que les troubles résiduels étaient discrets. Sur ce point non plus, ainsi que le fait remarquer l'intimée, l'assurée n'apporte aucun élément objectif propre à mettre en cause l'appréciation du Dr I_____. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1848/2012 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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