

GE_GERICHTE ATAS/1255/2012 vom 16. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1255_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1255/2012 du 16 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1255/2012 del 16 ottobre 2012

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; 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'événement accidentel, sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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

La recourante ne contestant plus le taux d'invalidité fixé à 55% par l'intimée, l'objet du litige porte uniquement sur le lien de causalité entre l'événement accidentel du 17 janvier 2009 et l'affection au genou droit de la recourante, ainsi que sur la poursuite du traitement pour le pied gauche et le nombre de séances de physiothérapie à prendre en charge.

A/2817/2011 - 10/18 -

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.

E. 7

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la

A/2817/2011 - 11/18 - survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 8

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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

A/2817/2011 - 12/18 - d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 9

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. 10

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En

A/2817/2011 - 13/18 - cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

E. 11

Pour trancher la question du lien de causalité entre l'accident du 17 janvier 2009 et l'arthrose fémoro-tibiale interne au genou droit de la recourante, il y a lieu d'examiner les divers rapports médicaux.

E. 12

L'expertise du Dr H_____ a été établie de manière circonstanciée, au terme d'une étude attentive et complète du dossier, ainsi qu'à l'issue d'un examen complet de la recourante. Elle a pris en considération les antécédents médicaux de cette dernière ainsi que ses plaintes. Le médecin a posé des diagnostics clairs d'après l'étude des radiographies. Concernant notamment le problème au genou droit, le rapport mentionnait le choc reçu à celui-ci, les douleurs apparues dès le printemps 2010 sans nouveau traumatisme et les résultats des différentes radiographies effectuées sur ce membre. Compte tenu de ces éléments, le médecin a conclu que l'arthrose fémoro-tibiale interne du genou droit n'était pas en relation de causalité avec l'accident, car la gonarthrose était déjà présente sur les radiographies effectuées le jour de l'accident. Au cours de l'instruction, le Dr H_____ a expliqué que l'arthrose est une maladie dégénérative de nature évolutive du cartilage articulaire et qu'elle apparaît avec le temps. En l'absence de lésion post-traumatique, seule une contusion pourrait être retenue, avec un statu quo quelques semaines après l'accident. La présence de l'arthrose fémoro-tibiale interne pouvait expliquer l'apparition des douleurs. Ce médecin a expliqué que compte tenu de son périmètre de marche restreint, il n'était pas possible d'affirmer que la recourante chargeait d'avantage son genou droit. Il ajoutait que sans l'accident, la recourante aurait eu une plus grande activité. Lors de l'audience d'enquête, le médecin a répété que l'arthrose, dont on ne pouvait que sous-estimer l'importance, était visible sur les radiographies du jour l'accident prise en position couchée. Il ne savait dire si le genou avait été cintré lors du choc. La recourante a peut-être souffert d'une entorse, mais celle-ci se guérit après deux ou trois mois et ne provoque pas d'arthrose. Le diagnostic d'une telle entorse aurait été celui d'une élongation des ligaments par

exemple. La Cour estime que ces explications sont convaincantes et cohérentes s'agissant de son expertise et s'agissant de ses interventions au cours de l'instruction.

E. 13

Cela étant, la recourante se prévaut d'un courrier de son médecin traitant pour affirmer que l'arthrose n'était pas présente le jour de l'accident et que les problèmes au pied gauche, impliquant la marche avec des béquilles, a surchargé son genou droit.

A/2817/2011 - 14/18 - Le médecin traitant a adressé un courrier au Dr H_____, après avoir étudié les radiographies effectuées le jour de l'accident. Selon lui, l'arthrose n'était pas aussi visible qu'actuellement. Il posait ensuite une simple question sur la possibilité que la surcharge de la jambe droite ait aggravé l'arthrose d'une manière importante, faisant le lien entre les douleurs et l'accident, et n'a pris aucune conclusion. Par la suite, il ne s'est plus prononcé sur la question de la causalité après s'être entretenu par téléphone avec le Dr H_____. Il convient également de tenir compte que selon la jurisprudence, ce médecin, du fait de son lien avec sa patiente, est enclin à prendre plutôt parti pour la recourante. La Cour relève par ailleurs que selon la littérature médicale, la sollicitation d'une jambe dans le cas de boiteries de la jambe lésée, de paralysies ou de raccourcissements, n'est pas plus importante qu'elle ne l'est pour une personne en bonne santé (Harrington in *J Bone Joint Surg*, juillet 1994, 76B:519-520; Harrington in *Biomechanics in Orthopaedics*, Springer-Verlag 1992:121-146). La Cour considère en conséquence que l'avis du Dr D_____ n'est pas propre à mettre sérieusement en doute l'expertise du Dr H_____, de sorte qu'il doit être écarté.

E. 14

La recourante se fonde également sur l'expertise du Dr K_____ pour critiquer l'expertise du Dr H_____. Elle affirme que l'arthrose au genou droit est d'origine post-traumatique. Le Dr K_____ a rédigé un courrier le 10 octobre 2011 au terme notamment de l'étude des scintigraphies de 2009 et 2011. Après comparaison, il a conclu à une nette asymétrie, qu'il a interprété comme une aggravation significative et durable de la situation du genou droit, sans toutefois poser un diagnostic précis, ni expliquer en quoi cette aggravation serait en lien avec l'accident. Il ne s'est pas référé à d'autres éléments du dossier, notamment aux radiographies du genou droit. La Cour relève que le Dr K_____ se contredit en posant diverses hypothèses selon lesquelles l'aggravation de l'arthrose serait due à la surcharge du genou droit ; puis qu'une entorse pourrait être à l'origine de l'arthrose ; ou que l'aggravation de l'arthrose devait être due au choc, compte tenu de la marche restreinte de la recourante ; ou encore que le genou aurait été cintré. Il affirme que le choc était à l'origine de l'aggravation avec une probabilité estimée à plus de 50%. Dans cette mesure, il ne peut mettre en doute les conclusions du Dr H_____. L'avis du Dr K_____ est lacunaire et contradictoire. Les hypothèses envisagées ne sont que de simples possibilités qui, faute de pouvoir être vérifiées par des éléments objectifs, n'atteignent pas le degré de vraisemblance prépondérante. Il n'a ainsi pas force probante.

A/2817/2011 - 15/18 - Après avoir écarté les avis du Dr D_____ et du Dr K_____, l'on ne peut suivre la recourante dans son raisonnement. Force est ainsi de constater que l'avis du Dr H_____, ne peut être remis en question. Il convient donc de retenir qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'accident et l'arthrose fémoro-tibiale au genou droit.

E. 15

La recourante affirme que le traitement médical pour le pied gauche n'est pas terminé et elle conclut à la prise en charge des troubles l'affectant. Il s'agit de déterminer si c'est à tort que l'intimée a fixé la fin du traitement médical au 30 novembre 2010.

E. 16

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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATFA non publiés U 391/00 du 9 mai 2001 et U 89/95 du 21 novembre 1995).

E. 17

janvier 2009. La recourante se réfère à l'avis du Dr K_____ et affirme que le traitement en lien avec les affections du membre inférieur gauche n'est pas fini. Elle n'indique cependant pas quelles sensibles améliorations pourraient être apportées à son état, ni par quel moyen. Au moment de l'expertise, le traitement médical n'avait pas encore pris fin car il fallait encore procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, ce qui allait diminuer les douleurs ressenties. Cette intervention a du reste été prise en charge par l'intimée. Le Dr H_____ a indiqué dans son expertise qu'il n'y aurait cependant jamais de statu quo sine ou statu quo ante concernant les lésions post-traumatiques du membre inférieur gauche et qu'il n'y aurait pas d'amélioration notable en portant des chaussures orthopédiques et en faisant de la physiothérapie. De ce fait, la Cour constate qu'on ne pouvait s'attendre à une amélioration sensible de l'état de la recourante après l'intervention. De plus, aucune mesure de

A/2817/2011 - 16/18 - réadaptation n'a été instaurée par l'assurance-invalidité. Les conditions requises par l'art. 19 al. 1 LAA étaient ainsi réalisées. Dès lors, c'est à raison que l'intimée a mis un terme au traitement médical et aux indemnités journalières au 30 novembre 2010 et qu'elle a versé une rente d'invalidité dès le 1er décembre 2010.

E. 18

Reste à examiner dans quelle mesure les frais médicaux sont pris en charge après la fixation de la rente.

E. 19

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). 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 (ATFA non publié U 188/02 du 14 mars 2003 consid. 1). L'art. 21 al. 1 let. c LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. 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).

E. 20

En l'espèce, l'intimée a prévu notamment la prise en charge, en se référant à l'expertise du Dr H_____, de chaussures et semelles orthopédiques et de deux à trois séries de physiothérapie, ces mesures étant destinées à maintenir l'état actuel. La recourante conclut cependant dans ses conclusions après enquêtes à la prise en charge jusqu'à quatre séries de neuf séances de physiothérapie par année. En effet, selon le Dr K_____ celles-ci améliorent notablement la capacité de travail résiduelle dans la mesure où la douleur est diminuée. C'est perdre de vue que l'amélioration de la capacité de travail est le critère permettant la prise en charge des traitements selon l'art. 10 LAA. Or cette disposition ne s'applique plus dans la mesure où la rente d'invalidité a été fixée. La prise en charge des frais des traitements médicaux est donc limitée en l'occurrence à ceux qui permettent de conserver la capacité de travail actuelle et non de l'améliorer. C'est donc à juste titre que l'intimée a décidé de prendre en charge trois séries de séances de physiothérapie selon ses écritures après enquêtes.

A/2817/2011 - 17/18 -

E. 21

Eu égard à ce qui précède le recours doit être rejeté.

E. 22

La procédure est gratuite.

A/2817/2011 - 18/18 - 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.