

GE_GERICHTE ATAS/1457/2009 vom 24. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1457_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1457/2009 du 24 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1457/2009 del 24 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. 1.2

; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement s'est produit en juillet 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision du 11 janvier 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de

A/1565/2006 - 12/22 - son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid.

E. 3

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006, en dérogation à l'art. 60 LPGA et art. 89C de la Loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA ; RS E 5 10; suspension des délais]).

E. 4

a) Est litigieuse la question de savoir à quel taux de rente d'invalidité a droit la recourante ensuite de son accident de juillet 2001, et à quel pourcentage d'IPAI elle peut prétendre. b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents ne répond des atteintes à la santé que

lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), 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. En revanche, il n'est pas nécessaire 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, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé

A/1565/2006 - 13/22 - physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. C'est donc essentiellement en présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 16). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). 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) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales

constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

A/1565/2006 - 14/22 - moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

E. 5

En l'occurrence, se trouvent notamment au dossier les rapports du médecin traitant, le Dr N_____, du Dr P_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, du Dr S_____, médecin-conseil de la SUVA, de la Clinique romande de réadaptation, et les expertises des Drs T_____, Q_____ et U_____. Le Dr N_____ s'est prononcé pour la dernière fois en date du 21 juin 2004. Il a indiqué que l'état de santé était plus ou moins en statu quo et il attendait le résultat du séjour de la patiente à la Clinique romande de réadaptation. Dans leur rapport du 12 juillet 2004, les médecins de la Clinique

romande de réadaptation ont diagnostiqué des thérapies physiques et fonctionnelles, des gonalgies gauches, une gonarthrose gauche, une entorse du genou gauche le 5 juillet 2001, une arthroscopie du genou gauche avec résection partielle du ménisque interne (corne postérieure et moyenne) en novembre 2001, une ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche le 14 avril 2003, une AMO et une arthroscopie du genou gauche, avec méniscectomie partielle interne (corne postérieure) et externe (corne moyenne) le 9 janvier 2004, une résection de SLAPS cartilagineux instables et une chondroplastie du condyle interne. La recourante ne présentait pas

A/1565/2006 - 15/22 - de pathologie psychiatrique. L'incapacité de travail comme employée chez X_____ Gourmet était totale. La situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée. L'assurée présentait une limitation fonctionnelle pour les positions debout prolongées, la montée et la descente d'escaliers, l'accroupissement, le travail en position à genou et la marche en terrain irrégulier. Le 23 août 2004, le Dr P_____ a retenu que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée avec des limitations fonctionnelles pour les positions debout prolongées, la montée la descente d'escaliers, l'accroupissement, le travail en position assise ou à genou et la marche en terrain irrégulier. Dans une activité adaptée, la patiente pourrait travailler à temps complet. Dans un rapport du 4 novembre 2005, ce médecin a précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée. Selon lui, un travail en position assise/debout alternée devait être privilégié. Une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles était possible à plein temps et plein rendement. Dans son rapport d'expertise du 30 novembre 2004, le Dr T_____ a diagnostiqué une impotence douloureuse du genou gauche après status post- méniscectomie interne par voie arthroscopique le 8 novembre 2001, une arthroscopie de contrôle et ostéotomie de valgisation le 14 avril 2003, une arthroscopie avec méniscectomie externe et ablation du matériel d'ostéosynthèse le

E. 9

Selon la table 5 de la SUVA, en cas de gonarthrose globale pour une atteinte moyenne, un taux de 10 à 30 % est prévu et pour une atteinte grave un taux de 30 à 40 % est prévu. Selon l'expert judiciaire, un taux de 30 % se justifie car celui-ci tient compte de l'évolution future (fourchette maximum d'une atteinte moyenne). Le Tribunal de céans ne voit pas d'argument pour s'écarter de cette appréciation et confirmera ce taux, qui diffère de celui retenu par la SUVA (20 %).

E. 10

Obtenant partiellement gain de cause, la recourante aura droit à des dépens fixés à 1'800 fr.

A/1565/2006 - 22/22 -

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