

## **GE\_GERICHTE ATAS/1464/2012 vom 4. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1464\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1464_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1464/2012 du 4 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1464/2012 del 4 dicembre 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; RSG 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).

A/1147/2012 - 16/23 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA).

#### **E. 3**

Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance, plus particulièrement sur le versement d'indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2011 et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

#### **E. 5**

a) Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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 (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. b) A teneur de l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes

exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confère à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2). Le traitement médical ne se limite pas aux mesures destinées au rétablissement ou à l'amélioration de la capacité de gain. Il comprend toutes les mesures qui visent à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une dégradation de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physiques ou psychiques. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être

A/1147/2012 - 17/23 - établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance- accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, n. 138; RAMA 2005 n°U 557 p. 388, consid. 3.1). c) Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF non publié 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009, consid. 5.3).

## **E. 6**

a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), édicté conformément à cette délégation de compétence, 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. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). 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 est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué

A/1147/2012 - 18/23 - du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; ATF non publié 8C\_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.2). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). 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. Ainsi, l'amputation d'un index donne lieu à la même indemnité pour un employé de bureau et pour un guitariste (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, op. cit., n. 229). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n. 235; ATF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27).

## **E. 7**

a) Pour pouvoir déterminer l'incapacité de travail ou de gain, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales

A/1147/2012 - 19/23 - permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage

d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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 LPGA), 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents

A/1147/2012 - 20/23 - pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

## **E. 8**

Il sied d'examiner les rapports médicaux à la lumière des considérants qui précèdent. Le Dr AC\_\_\_\_\_ a établi un rapport complet comprenant une anamnèse et un résumé du dossier médical de l'assuré. L'expert a relaté les plaintes de l'assuré et pris connaissance des documents radiologiques avant de procéder à un examen clinique détaillé. Ses diagnostics sont clairs et ses conclusions motivées. Elles sont par ailleurs corroborées par l'expertise réalisée par les Drs R\_\_\_\_\_ et AA\_\_\_\_\_ en juillet 2009, s'agissant en particulier de la capacité de travail. En effet, si l'examen de ces médecins visait avant tout à déterminer si la prise en charge de prestations incombait à l'assurance ou à la SUVA, ils n'en ont pas moins admis après une anamnèse, une étude du dossier et un status particulièrement fouillés

que les atteintes à la santé ne limitaient pas la capacité de travail, complète dans une activité adaptée telle que celle alors exercée par l'assuré. L'expertise réalisée par le Dr AD\_\_\_\_\_ pour l'assurance-invalidité ne suffit pas à remettre en cause les conclusions des précédents experts. Ce spécialiste a certes retracé l'historique médical de l'assuré, étudié son dossier médical et tenu compte de ses plaintes avant de procéder à un examen clinique minutieux. Cela étant, si ses diagnostics sont précis, ses conclusions sont peu claires. En effet, il n'a pas exclu la possibilité d'exercer une activité à temps complet du point de vue médical, en soulignant que l'examen clinique ne permettait pas de corréler les plaintes de l'assuré. Il n'a cependant admis qu'une augmentation progressive de la capacité de travail, sans plus de précision quant à la durée nécessaire de chaque palier, en se fondant sur la capacité subjective de l'assuré et sur le fait que ce dernier n'avait par le passé pas réussi à maintenir à long terme une capacité de travail complète. Ainsi, la capacité de travail retenue - outre le fait qu'elle n'est pas déterminée avec suffisamment de précision du point de vue temporel - ne repose pas sur des éléments médicaux objectifs. Le Dr AD\_\_\_\_\_ ne s'est de plus pas formellement prononcé sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2010 puisqu'il s'est contenté de se référer au taux auquel l'assuré avait été embauché dès octobre (recte novembre) 2011, sans indiquer si cela correspondait à la capacité médicalement exigible. Quant aux rapports du Dr AB\_\_\_\_\_, on ne saurait leur reconnaître une pleine valeur probante dès lors qu'ils ne contiennent pas de status détaillé et que leurs conclusions ne sont guère motivées. Ils ne satisfont dès lors pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de rapports médicaux. La Cour de céans soulignera par ailleurs que les indications de ce médecin sur la capacité de travail de l'assuré paraissent contradictoires. En effet, dans son rapport de juillet 2009, le Dr AB\_\_\_\_\_ a signalé que la reprise du travail pourrait être envisagée un

A/1147/2012 - 21/23 - mois plus tard malgré la décompensation douloureuse subie par l'assuré. Or, il n'explique guère dans son rapport du 14 avril 2011 pourquoi l'incapacité de travail a finalement perduré près de deux ans. Dans ce document, le Dr AB\_\_\_\_\_ pronostique au demeurant une reprise possible à 50 % au minimum quelques semaines plus tard, alors qu'il déclare en septembre 2011 que l'exercice d'une activité même à ce taux est prématuré. De plus, le Dr AB\_\_\_\_\_ a indiqué en avril 2011 qu'une activité serait possible à 60 ou 80 % à condition que celle-ci soit adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il retient, c'est-à-dire qu'elle n'implique ni déplacements prolongés ou fréquents, montées et descentes, port de charges et conditions climatiques défavorables. L'assuré n'étant pas exposé à de telles contraintes dans son activité dans l'horlogerie, on saisit mal pourquoi le Dr AB\_\_\_\_\_ limite à 50 % sa capacité de travail. S'agissant de la prise en charge du traitement médical, à laquelle l'assurance a mis un terme au 30 septembre 2011, il n'existe pas non plus de motif de s'écarter des constatations du Dr AC\_\_\_\_\_ selon lesquelles l'état était stabilisé à cette date. En effet, cet expert a exclu une possible amélioration grâce à un traitement physiothérapeutique ou des médicaments. Il est sur ce point rejoint par le Dr AD\_\_\_\_\_, qui a relevé qu'il n'existait aucune mesure médicale permettant d'augmenter la capacité de travail. En outre, on peut admettre que le traitement mentionné par le Dr AB\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 septembre 2011, dont il n'est au demeurant pas établi qu'il soit de nature à amener une amélioration sensible de l'état de santé, était terminé puisque ce médecin a attesté d'une possible reprise du travail à temps partiel dès le 1er octobre 2011. Compte tenu de ces éléments, il n'existe dès lors pas de motif de remettre en question l'expertise du Dr AC\_\_\_\_\_, qui revêt une pleine valeur probante.

## **E. 9**

Il convient encore d'examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le Dr AC\_\_\_\_\_ l'a estimée à 30 % en se référant à la table n°3 de la SUVA. Or, ce document concerne l'atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs. Le trouble ici en cause consiste en une arthrose du genou. Ce type d'atteintes est traité dans la table n°5 de la SUVA, qui prévoit en cas de gonarthrose moyenne un taux d'indemnisation de 10 à 30 % et précise que si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé. Le recourant présentant une légère instabilité du genou et une arthrose modérée selon les conclusions des Drs R\_\_\_\_\_, AA\_\_\_\_\_ et AC\_\_\_\_\_, le taux de 30 % retenu par ce dernier expert ne prête pas flanc à la critique. Il se révèle d'ailleurs légèrement plus favorable au recourant que celui de 25 à 30 % évoqué par les Drs R\_\_\_\_\_ et AA\_\_\_\_\_. Les autres griefs de l'assuré sur ce point ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation du Dr AC\_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'il affirme, le Dr AD\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur le taux de l'indemnité pour atteinte à

A/1147/2012 - 22/23 - l'intégrité. De plus, l'assuré ne fait état d'aucun autre élément médical qui justifierait que l'on tienne compte d'un taux supérieur. Or, comme cela ressort de la doctrine et de la jurisprudence citées, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être estimée en fonction de facteurs médicaux objectifs et non de l'incidence subjective de l'atteinte.

## **E. 10**

Eu égard à ce qui précède, la décision de l'assurance s'avère conforme au droit. L'assurance a conclu à l'octroi de dépens. Or, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Ces conditions n'étant pas réalisées en l'espèce, il ne se justifie pas d'octroyer une indemnité à ce titre à l'assurance. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1147/2012 - 23/23 - 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.