

GE_GERICHTE ATAS/215/2011 vom 22. Februar 2011

GE Cour de justice, 2011-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_215_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/215/2011 du 22 février 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/215/2011 del 22 febbraio 2011

Erwägungen

E. 39

Par mémoire de réponse du 17 novembre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle produit dans ce cadre un rapport établi par le Dr F_____ daté du 24 août 2010, lequel se prononce sur l'avis du Dr Q_____ daté du 21 juin 2010. S'agissant de l'épaule gauche, le Dr F_____ relève qu'il est possible que les douleurs soient persistantes, mais l'état de santé en relation avec l'accident du 19 décembre 2004 est stabilisé: il existait une amyotrophie de l'épaule gauche, secondaire aux multiples interventions pratiquées, et celle-ci est irréversible. L'expert persiste à dire que si des douleurs sont présentes actuellement, alors que le traitement médical a pris fin depuis le milieu de l'année 2006, il faut se poser la question des conséquences de la cervicarthrose C5 à C7, compatible avec l'âge, avant de chercher à tout prix un lien de causalité avec un accident passé. Selon les normes de la SUVA, ce type de pathologie n'est pas admise après 40 ans, tant sur le plan accidentel que le plan des maladies professionnelles. Quant au risque quasi-certain d'arthrose post-traumatique chez une assurée née en 1946, sans troubles dégénératifs et sans limitation de l'amplitude articulaire constatée lors de l'expertise, en l'absence de traumatismes dans le cadre de l'activité professionnelle exercée précédemment et sachant que l'IPAI est seulement de 5 % dans les cas graves, l'expert rejette l'avis du médecin-traitant. De plus, une arthrose est possible pour l'articulation acromio-claviculaire et sterno-claviculaire selon le Dr Q_____, alors que le seul risque éventuel est une arthrose acromio-claviculaire, indemnisable uniquement dans les cas graves, ce qui n'est pas le cas de la recourante. S'agissant de la lésion du genou gauche, le Dr F_____ maintient ce qu'il a déjà indiqué dans ses précédents avis, et ajoute que la relation de causalité sur ce point ne saurait être examinée à la seule lumière de l'accident du 24 octobre 2008, comme le fait le médecin-traitant, mais qu'il faut remonter à 2005.

E. 40

Par pli du 23 décembre 2010, la recourante considère que les commentaires du Dr F_____ doivent être pris avec réserve, dès lors qu'il n'est pas mentionné qu'il est titulaire d'une spécialisation FMH. Par ailleurs, elle considère que le Dr F_____ n'a pas un niveau de compétence assécurologique suffisant pour emporter la conviction du Tribunal.

E. 41

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

A/2212/2010 - 16/27 - 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir s'il y a un le lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions du genou gauche de la recourante et les accidents des 19 décembre 2004, 26 mai 2005 et 24 octobre 2008, sur la question de savoir si le traitement de la cheville et de l'épaule gauche est terminé, ainsi que de savoir si la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les lésions orthopédiques. 5. a) 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). b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question 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,

A/2212/2010 - 17/27 - 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007). c) 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 la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 177 consid. 3.2 et la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les référence). En présence d'accidents successifs ayant des répercussions sur la même partie du corps, notamment en cas de distorsions cervicales ou de mécanismes similaires, la question de la causalité

adéquate s'apprécie de façon globale, tant il est vrai qu'il n'est guère possible de distinguer entre les événements accidentels lequel a généré quelle conséquence particulière (cf. Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 52/2008, p. 67 ; arrêts non publiés du TF 8C_415/2007 du 1er juillet 2008 consid. 5 et 8C_644/2009 du 17 mars 2010 consid. 5.2). d) 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 no U 142 p. 75, consid. 4b). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte

A/2212/2010 - 18/27 - 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATFA non publié du 14 février 2006, U 351/04 et les références). e) 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 le 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 n° U 363 p. 46). 6. 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). Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 44 consid. 2c; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références). Le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). 7. a) Conformément à 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 cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance- invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG) (al. 3). b) Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V

103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. 8. 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

A/2212/2010 - 19/27 - 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). 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), 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^{ère} phrase). b) Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc 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. 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, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). c) L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins

A/2212/2010 - 20/27 - compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. d) Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la

base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral du 4 février 2009, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; ATF 115 V 147, consid. 1 ; ATF 113 V 218, consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 417; Ulrich Meyer-Blaser, Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Das ärztliche Gutachten, 4e éd., Berne 2003, p. 30). Comme elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale de l'atteinte à l'intégrité (Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg, 1998, p. 50), l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin. 9. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés du 30 novembre 2004, U 222/04; du 14 octobre 2004, U 66/04; du 4 octobre 2004, U 159/04 et du 20 décembre 2005, U/359/04). 10. a) 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

A/2212/2010 - 21/27 - b) L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). c) 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. 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). d) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa

A/2212/2010 - 22/27 - désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). e) 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). f) Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (ATF non publié 9C_270/2007 du 12 août 2008, consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (ATF non publié 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.3 et les références). 11. En l'espèce, la recourante considère, s'appuyant ainsi sur l'avis de son médecin-traitant, le Dr Q _____, que le lien de causalité naturelle entre les lésions du genou gauche et l'accident du 24 octobre 2008 est prépondérant. Pour sa part, l'intimée le rejette, se basant sur les avis du Dr F _____. Pour rappel, le CEMED, dans son rapport du 26 mars 2007, a retenu que la déchirure du ménisque interne du genou gauche est en relation de causalité très vraisemblable avec l'accident du 26 mai 2005. En effet, la recourante n'a pas ressenti de douleurs au genou gauche après cet accident, mais elles sont apparues rapidement dès qu'elle a arrêté les

cannes qu'elle utilisait en raison de la fracture de la cheville. La lésion du genou a parfaitement pu passer inaperçue jusqu'alors. Quant à la chondropathie de grade I du condyle fémoral interne du genou gauche, elle est en relation de causalité possible avec l'accident du 26 mai 2005, la lésion étant plus probablement dégénérative et antérieure à l'accident. Toutefois, l'évaluation arthroscopique des lésions permettra de mieux juger d'un lien de causalité entre les plaintes actuelles et les accidents. Quant au Dr F _____, il expose, en substance, que les lésions au genou sont de nature dégénérative, sans rapport de causalité naturelle avec les trois accidents en question.

A/2212/2010 - 23/27 - Quant au médecin-traitant, il expose que les lésions du genou gauche sont bien dues à l'accident du 24 octobre 2008, par torsion du genou, ayant entraîné des lésions du ménisque interne sur ménisque restant comme le prouvent l'IRM et les constatations opératoires. C'est indépendant des lésions cartilagineuses progressives débutées comme conséquences de l'accident de décembre 2004. Au regard de ces avis divergents, il sied d'examiner, au vu des critères établis par la jurisprudence, si l'un ou l'autre doit se voir conférer pleine valeur probante. Les divers avis du Dr F _____, expliquant les raisons pour lesquelles il considère qu'il n'y a pas de lien de causalité entre les lésions au genou gauche et les accidents en question, sont étayés. En effet, au regard des accidents dont a été victime la recourante et des lésions qu'elle présente, ce médecin explique de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il ne retient pas de lien de causalité, considérant bien plutôt qu'il s'agit d'une lésion dégénérative, de type maladif, et donc non accidentel. Ses explications sont convaincantes, l'évolution des atteintes au genou gauche étant expliquée tant chronologiquement que physiquement, au regard des trois accidents dont la recourante a été victime. Par ailleurs, l'expert s'est prononcé en pleine connaissance du dossier, et son avis ne contient pas de contradiction. Certes, il relève, s'agissant du deuxième accident, qu'il a eu lieu dans un bus alors qu'il a eu lieu dans un escalier. Cela ne change toutefois rien au mécanisme de l'événement. Quant au Dr Q _____, il se limite à relever que le lien de causalité entre les lésions du genou et l'accident du 2008 est prépondérant. L'on ne comprend pas bien pourquoi il existerait un lien de causalité entre l'accident de 2008 et les lésions au genou, alors même que ces lésions étaient préexistantes, lui-même l'admettant dans son rapport du 7 octobre 2010. Par ailleurs, le Dr Q _____ relève que la causalité est évidente, sans toutefois développer son propos. De plus, dans le cadre de son rapport établi après la consultation du mois d'octobre 2006, il indiquait, contrairement à ses avis subséquents, que le problème d'imbrication entre les lésions cartilagineuses et méniscales étaient sans rapport avec l'accident (du 25 mai 2005 ou du 19 décembre 2004). Enfin, il indique, dans son rapport du 21 juin 2010, que les lésions du genou gauche sont bien dues à l'accident du 24 octobre 2008, par torsion du genou, ayant entraîné des lésions du ménisque interne sur ménisque restant, comme le prouvent l'IRM et les constatations opératoires, indépendamment des lésions cartilagineuses progressives débutées comme conséquences de l'accident de décembre 2004. Toutefois, et jusque là, aucune lésion du genou gauche n'avait été mise en évidence des suites de l'accident du 19 décembre 2004. Partant, les divers avis du Q _____ ne sauraient remettre en question ceux du Dr F _____, faute d'être motivés, d'une part, et étant contradictoires, d'autre part.

A/2212/2010 - 24/27 - Enfin, l'avis du CEMED ne saurait être suivi, dès lors qu'il était et est soumis à la condition d'un examen complémentaire par arthroscopie. Au vu de ce qui précède, force est de constater que seul l'avis du Dr F _____ remplit les réquisits

jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Par conséquent, la Cour retiendra qu'il n'est pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions du genou gauche sont en lien de causalité naturelle avec les accidents du 24 octobre 2008 et du 26 mai 2005, cas échéant du 19 décembre 2004, de sorte que la décision querellée n'est, sous cet angle, pas critiquable. Pour le surplus, la recourante fait valoir que l'avis du Dr F_____ ne saurait être suivi, dès lors qu'il n'est pas titulaire d'une spécialisation FMH. Toutefois, selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'est en revanche pas une condition. En l'espèce, il ne fait pas de doute que le Dr F_____ est spécialisé dans le domaine de la chirurgie orthopédique, ce que ne conteste d'ailleurs pas la recourante. Quoi qu'il en soit, le Dr F_____ est titulaire du titre FMH de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, depuis 1987, comme cela ressort du site internet de la FMH (http://www.doctorfmh.ch/index_fr.cfm). Aussi, l'argument de la recourante à ce sujet est sans pertinence. 12. En deuxième lieu, se pose la question de la poursuite des traitements s'agissant de la cheville et de l'épaule gauche. Selon l'expert, il n'y a pas lieu d'attendre des traitements une amélioration de l'état de santé de la recourante, malgré les douleurs décrites, en ce sens où aucun traitement ne serait propre à améliorer son état de santé. Quant à la recourante, elle conteste ce point de vue. Elle s'appuie sur l'avis du Dr Q_____ du 7 octobre 2010, lequel indique que la recourante suit des séances de physiothérapie intermittentes pour la cheville gauche et surtout pour l'épaule gauche. Dans son pli du 25 janvier 2010, il relevait toutefois que la dernière prescription de physiothérapie concernant les problèmes de l'épaule gauche a eu lieu le 31 mai 2006, consistant en 9 séances sur environ 6 semaines. En sus du fait que le Dr Q_____ n'explique pas la contradiction entre ses déclarations de janvier 2010, selon lesquelles les dernières séances de physiothérapie remontaient à 2006 et, celles d'octobre 2010, selon lesquelles il y avait encore des séances intermittentes, ce médecin n'expose pas en quoi ces séances amélioreraient de manière sensible l'état de santé de la recourante. Il n'est certes pas nié que la recourante puisse encore avoir des douleurs à l'épaule gauche, ou même à la cheville gauche. Il n'en demeure pas moins, à l'instar des

A/2212/2010 - 25/27 - considérations du Dr F_____, qu'il n'est pas démontré que le traitement physiothérapeutique est propre à améliorer l'état de santé de la recourante. Le Dr Q_____ ne le soutient d'ailleurs pas, ni même la recourante dans son écriture, dès lors qu'ils se limitent à indiquer qu'il y a encore un traitement médical en cours pour justifier la prise en charge de celui-ci par l'intimée, ce qui n'est pas suffisant. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme au traitement médical tant concernant les lésions de la cheville gauche que celles de l'épaule gauche. S'agissant de la date de la fin du droit aux prestations, l'intimée indique, dans sa décision 24 mars 2009, que les traitements médicaux, concernant ces deux atteintes, peuvent être considérés comme terminés à la date de la décision. L'intimée l'a rappelé dans la décision querellée. Selon le Dr F_____, la fin du traitement peut être fixée dans les 12 semaines suivant l'ablation du matériel opératoire, soit à fin juillet 2006. Quant au CEMED, il indiquait que le traitement était fini au moment de l'expertise, soit en mars 2007. Dès lors que l'intimée a retenu, comme fin du traitement pour l'épaule gauche et la cheville gauche, le mois de mars 2009, il n'y a pas lieu de s'en écarter. 13. En dernier lieu, il s'agit d'examiner si la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, s'agissant des atteintes rhumatologiques, soit à l'épaule gauche et à la cheville gauche. Selon le Dr Q_____, la recourante a droit à une indemnité pour

atteinte à l'intégrité de 15 % avec risque d'aggravation ultérieure, pour l'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche et sterno-claviculaire, et la gonarthrose gauche. Selon le Dr F _____, la recourante n'a pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les atteintes rhumatologiques. Selon le CEMED, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité pour la cheville gauche. Pour l'épaule gauche, le taux d'atteinte est de 7 %. En premier lieu, aucun médecin, ni la recourante, ne considèrent qu'elle a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour l'atteinte à la cheville gauche, de sorte que ce point n'est pas litigieux. En second lieu, les avis divergent pour l'épaule gauche. Selon le médecin-traitant, il existe un risque certain d'arthrose post-traumatique tant acromio-claviculaire que sterno-claviculaire, suites classiques d'une disjonction acromio-claviculaire associée à une subluxation sterno-claviculaire de ce même côté gauche. Selon le Dr F _____, le seul risque éventuel est celui de l'articulation acromio-

A/2212/2010 - 26/27 - claviculaire, indemnisable uniquement dans les cas graves, ce qui ne serait pas le cas de la recourante. Force est de constater que les médecins précités n'étaient pas leur point de vue. En effet, le Dr Q _____ n'indique pas pourquoi la risque d'arthrose post-traumatique tant acromio-claviculaire que sterno-claviculaire est certain. Quant au Dr F _____, il exclut le risque d'arthrose sterno-claviculaire, toutefois sans explication. L'on ignore s'il l'exclut car une telle arthrose n'est médicalement pas possible, ou si elle ne ressort pas de la table 5 de la SUVA (édition 2000) concernant les atteintes à l'intégrité résultant de l'arthrose, ce qui ne serait pas un argument décisif. De plus, le Dr F _____ n'a pas appliqué correctement les tables établies par la SUVA, dès lors que la table 5 (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) prévoit une indemnisation de 0 % pour une arthrose moyenne, de 5 à 10 % pour une arthrose grave et de 5 % pour une résection et une arthrode. S'agissant du CEMED, son avis n'est aucunement motivé. Ainsi, la Cour n'est pas en possession de tous les éléments médicaux clairs permettant de trancher la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'agissant des lésions à l'épaule gauche de la recourante, de sorte qu'une instruction complémentaire devra être mise en œuvre. L'intimée devra en particulier indiquer si une arthrose tant acromio-claviculaire que sterno-claviculaire est possible, de même que de tenir compte de l'importance prévisible de l'atteinte. Dans tous les cas, conformément à l'art. 24 al. 3 OLAA, en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, due à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage. Or, il est admis que sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, la situation n'est pas encore stabilisée, de sorte qu'en l'état, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité ne saurait être allouée. Par conséquent, l'intimée s'est prononcée prématurément sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte que l'examen devra être effectué au moment de l'examen de l'indemnité pour les troubles psychiatriques et neuropsychologiques. 14. Le recours sera donc partiellement admis. 15. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA; art. 61 let. g LPG).

A/2212/2010 - 27/27 - 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.