

# **GE\_GERICHTE ATAS/389/2018 vom 7. Mai 2018**

GE Cour de justice, 2018-05-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_389\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_389_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/389/2018 du 7 mai 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/389/2018 del 7 maggio 2018

## **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 - 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**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

### **E. 3**

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'espèce, la décision attaquée, qui délimite l'objet de la contestation, met fin à la prise en charge du traitement médical dès le 23 novembre 2016, et octroie à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. En revanche, elle ne porte pas sur la prise en charge de moyens auxiliaires. Partant, le litige porte uniquement sur la fin du droit au traitement médical et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée au recourant. Il n'appartient en revanche pas à la chambre de céans de se prononcer sur la prise en charge de moyens auxiliaires, dans la mesure où cette prestation ne fait pas l'objet de la décision attaquée.

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). 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. 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

A/2559/2017 - 8/14 - favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

## **E. 5**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin. Le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA appartient, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). Le traitement médical au sens de cette disposition tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (voir MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274). La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de cette disposition, 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). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10 (ATF 134 V 109 consid. 4.1), le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que 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). Le droit au traitement médical cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à

A/2559/2017 - 9/14 - la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de

santé doit être 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 stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

## **E. 6**

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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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).

A/2559/2017 - 10/14 - 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. 7**

En premier lieu, le recourant conteste le refus de l'intimée de prendre en charge son traitement de physiothérapie au-delà du 23 novembre 2016, en arguant que son état de santé

n'est pas encore pleinement stabilisé. Comme cela a été précédemment exposé (cf. consid. 5), le droit au traitement médical cesse lorsqu'il n'y a plus lieu d'en attendre une sensible amélioration de l'état de santé, ce par quoi il faut comprendre la capacité de travail. L'amélioration doit être « sensible », c'est-à-dire d'une certaine importance. En l'occurrence, à la suite de son accident puis de son opération de la hanche gauche, le 23 septembre 2014, l'assuré a repris son activité professionnelle à 100% le 2 mars 2015. Le Dr C\_\_\_\_\_, son chirurgien, a jugé que son état était stabilisé depuis le 16 novembre 2016 et que son traitement était terminé, sous réserve du contrôle annuel de la prothèse de hanche. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il a répondu par la négative à la question de savoir si des mesures concrètes étaient susceptibles d'influencer la capacité de travail, et il ne suit plus l'assuré depuis le

## E. 9

a. En l'espèce, il ressort du dossier que l'assuré dispose depuis 2005 d'une prothèse de la hanche gauche et depuis 2008 d'une prothèse de la hanche droite. À la suite de son accident de la circulation, en septembre 2014, il a souffert d'une fracture péri-prothétique du fémur gauche, qui a incité le Dr C\_\_\_\_\_ à l'opérer afin de pratiquer une ostéosynthèse de la fracture fémorale et de remplacer sa prothèse de la hanche gauche. L'assuré a par la suite pu reprendre son activité lucrative à plein temps, mais conserve comme séquelle accidentelle un léger raccourcissement de la jambe gauche, nécessitant le port d'une semelle de compensation de 1.2 cm. Le Dr E\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité en se référant à la table 5 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA. Il a retenu un taux de 20%, équivalant à la différence entre les taux valables pour une endoprothèse de la hanche « avec résultat mauvais » (40%) et « avec résultat bon » (20%), en précisant que cette seconde atteinte correspondait à l'état antérieur à l'accident. Il a relevé par ailleurs que ce pourcentage coïncidait avec le taux moyen prévu pour une coxarthrose (arthrose de la hanche) de gravité moyenne (entre 10% et 30%).

A/2559/2017 - 13/14 - Le recourant réclame le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%, ce qui correspond au taux évoqué par le Dr E\_\_\_\_\_ pour une « endoprothèse avec résultat mauvais » mais sans opérer une déduction de 20% liée à un état antérieur. Selon lui, rien ne permet de retenir qu'un état antérieur a joué un rôle dans son atteinte à la santé. Il souligne également qu'en cas d'implantation de prothèses, il convient selon la doctrine de fixer l'atteinte à l'intégrité en fonction d'un état de santé « non corrigé ». b. L'argumentation du recourant ne permet pas de s'écarter de l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_. Dans la mesure où avant son accident, le recourant était déjà porteur d'une prothèse de la hanche gauche, qui lui avait été installée en raison d'une dysplasie spondylo-épiphyssaire, c'est-à-dire d'une maladie (cf. lettre de sortie des HUG du 6 octobre 2014), la réduction de 20% opérée par le médecin-conseil pour tenir compte de cette atteinte malade antérieure s'avère conforme à l'art. 36 al. 2 LAA. Cette disposition prescrit en effet que les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Par ailleurs, la doctrine à laquelle le recourant se réfère se borne à rappeler le principe jurisprudentiel selon lequel en cas d'implantation d'une prothèse, l'atteinte à l'intégrité s'évalue en fonction de l'état de santé « non corrigé », c'est-à-dire de la situation prévalant avant la pose de la prothèse. Cette jurisprudence repose sur le principe que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser l'atteinte à la santé en tant que telle, et non pas ses effets sur les fonctions vitales ou le mode de vie en général. Il n'est dès lors pas décisif que l'atteinte à l'intégrité soit

compensée, au point que l'assuré ne subisse pratiquement plus d'empêchement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_962/2008 du 26 juin 2009 consid. 3.2). Pour autant, le recourant n'explique pas clairement en quoi l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ contreviendrait à la jurisprudence précitée et au demeurant, il omet de prendre en considération le fait que sa hanche gauche était déjà atteinte avant l'accident. Enfin, le recourant n'étaye son argumentation divergente par aucun rapport médical et comme le fait remarquer l'intimée, si une indemnité de 40% devait lui être accordée, cela reviendrait à quantifier son atteinte à l'intégrité au même taux qu'un assuré ayant été amputé de la jambe à hauteur du genou (cf. annexe 3 OLAA). Or, l'atteinte dont il souffre n'est pas d'une gravité comparable. Au vu de ce qui précède, le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé par la Bâloise ne prête pas le flanc à la critique.

**E. 10**

Mal fondé, le recours est rejeté.

**E. 11**

La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

A/2559/2017 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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