

## **GE\_GERICHTE ATAS/798/2012 vom 18. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_798\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_798_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/798/2012 du 18 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/798/2012 del 18 giugno 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La Cour de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 10 octobre 2011, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/935/2011).

#### **E. 2**

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'assurance de la part de l'intimée pour les atteintes à la santé dont elle souffre postérieurement au 17 mars 2009.

#### **E. 3**

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 LPG; 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. 4**

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

A/3752/2010 - 16/27 - 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte 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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à la santé 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, ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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 (ATF non publiés 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C\_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2).

## **E. 5**

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 publié U 222/04 du 30 novembre 2004 ; ATFA non publié U 66/04 du 14 octobre 2004 et ATFA non publié U 159/04 du 4 octobre 2004).

## **E. 6**

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).

A/3752/2010 - 17/27 - 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). Ainsi, en principe, 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). 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

A/3752/2010 - 18/27 - 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. 7**

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). 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 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). Au demeurant, il n'existe 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 (RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48 p. 284).

## E. 8

En l'occurrence, la recourante est d'avis que les atteintes qu'elle présente postérieurement au 17 mars 2009 sont dus à l'accident survenu le 17 mars 2007, en se fondant sur les rapports de la Dresse B \_\_\_\_\_, du Dr AF \_\_\_\_\_ et de Mme Q \_\_\_\_\_. Pour sa part, l'intimée soutient, en se référant notamment aux conclusions rendues par les experts du BREM, qu'à compter de la date précitée, la recourante n'a plus droit à des prestations. Il n'est pas contesté que suite à l'accident assuré, la recourante a présenté des coccygodynies sur fracture-contusion du coccyx, une entorse au genou gauche avec lésion du pivot central et instabilité résiduelle, une déchirure du ménisque interne du genou gauche, des céphalées et des rachialgies. Le lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident assuré a été admis tant par les experts du CEMED (rapport du 30 septembre 2008) que par ceux du BREM (rapport du 6 juillet 2009).

A/3752/2010 - 19/27 - Les traitements médicaux concernant ces atteintes ont été pris en charge par l'intimée jusqu'au 17 mars 2009 et des indemnités journalières pour une incapacité de travail totale ont été versées à la recourante jusqu'au 30 juin 2009. Les 14 et 19 mai 2009, la recourante a été examinée par les Drs O \_\_\_\_\_, AA \_\_\_\_\_, AB \_\_\_\_\_ et AC \_\_\_\_\_, médecins auprès du BREM. Dans leur rapport du 6 juillet 2009, les experts ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, notamment une spondylodiscarthrose étagée évolutive en L5-S1 sans myélopathie ni radiculopathie, un status après cure de hernie discale, un status après contusion coccygienne en mars 2007, une gonarthrose interne bilatérale, un status après entorses cervicales à répétition, un status après périarthropathies d'épaules en 2006-2007 et un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis octobre 2007. Ils ont estimé que d'un point de vue somatique - mis à part pour les atteintes au genou gauche - il n'existait pas de séquelle objective qui serait encore en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. S'agissant du genou gauche en particulier, les experts ont considéré que les gonalgies dont souffre la recourante sont encore en lien de causalité vraisemblable avec l'accident assuré, se ralliant ainsi à l'avis du Dr H \_\_\_\_\_. Les experts du BREM ont considéré qu'il n'y avait pas de traitement conservateur à proposer pour la lésion méniscale et que dès le 17 mars 2009, les gonalgies n'entraînaient plus de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant des autres atteintes, l'examen neurologique avait permis de mettre en évidence un tableau de tensions musculaires douloureuses et diffuses prédominant au niveau de la tête et de la ceinture scapulaire de la recourante, des phénomènes d'allodynie avec une diminution du seuil de la douleur. C'est dans ce contexte qu'il fallait également admettre les céphalées chroniques, les rachialgies et les coccygodynies rebelles. La présentation des douleurs avait

progressivement évolué depuis 2001 vers un tableau actuel de syndrome somatoforme douloureux, diagnostic qui était confirmé par l'expert psychiatre. L'accident du 17 mars 2007 avait engendré une recrudescence de l'ensemble du tableau douloureux antérieur. Selon les experts, si la relation de causalité naturelle entre ces douleurs et l'accident devait être admise dans un premier temps, le statu quo ante avait toutefois été atteint 24 mois après l'accident, soit au 17 mars 2009. Enfin, selon les experts, ces douleurs n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, la recourante présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis octobre 2007. La plainte essentielle concernait des douleurs intenses et persistantes survenues et aggravées à la suite de l'enchaînement de plusieurs accidents entre septembre 2001 et mars 2007. Ces douleurs s'accompagnaient d'un important sentiment de détresse justifiant le diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. La recourante a fait état d'une perte de la mémoire et des difficultés de la concentration avec une diminution de l'attention. Le lien de causalité entre le syndrome somatoforme douloureux et l'accident assuré était seulement possible et ce trouble n'entraînait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

A/3752/2010 - 20/27 - La Cour de céans constate que le rapport des Drs O\_\_\_\_\_, AA\_\_\_\_\_, AB\_\_\_\_\_ et AC\_\_\_\_\_ - long de 80 pages - se fonde sur un examen médical complet de la recourante et prend en considération ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier radiologique et médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires, non contradictoires, et les conclusions sont dûment motivées. La Cour de céans constate également qu'aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts quant à la question du lien de causalité naturelle entre les atteintes dont souffre la recourante et l'accident survenu le 17 mars 2007. La recourante fait certes valoir que certaines conclusions des experts du BREM entrent en contradiction avec celles rendues par les experts du CEMED dans leur rapport du 30 septembre 2008. Cela étant, on relèvera que l'état de santé de la recourante n'était pas encore stabilisé au moment où elle a été examinée par les experts du CEMED. En outre, les conclusions des experts du BREM, sur lesquelles s'est fondée l'intimée pour rendre sa décision litigieuse, sont favorables à la recourante dans la mesure notamment où s'agissant des céphalées et des cervico-brachialgies, ils ont retenu un retour au statu quo au 17 mars 2009, alors que les experts du CEMED avaient estimé que le statu quo avait déjà été atteint 3 mois après l'accident pour les céphalées et 6 mois après l'accident pour les cervico-brachialgies. La recourante conteste les conclusions des experts du BREM en se référant aux appréciations de la Dresse B\_\_\_\_\_ et de Mme Q\_\_\_\_\_, chiropraticienne. Certes, de l'avis de la Dresse B\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, les cervico-brachialgies, les céphalées, les lombalgies, les gonalgies intermittentes, les coccygodynies, l'incontinence fécale, l'état dépressivo-anxieux, les problèmes de mémoire et de concentration sont encore en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré (rapport du 2 mai 2011). Cela étant, force est de constater que l'ensemble de ces troubles a fait l'objet d'une investigation complète effectuée par quatre experts spécialisés en chirurgie orthopédique, en neurologie, en médecine interne/rhumatologie et en psychiatrie, et qui parviennent à la conclusion qu'hormis les gonalgies, les autres atteintes ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident à compter du 17 mars 2009. Qui plus est, on relèvera que la Dresse B\_\_\_\_\_ ne fait nullement état d'éléments qui auraient été ignorés par les experts précités. Enfin, l'avis du 6 mai 2011 de Mme Q\_\_\_\_\_ - qui n'a pas le titre de médecin - selon lequel la recourante n'a pas recouvré le statu quo ante, ne

saurait remettre en question les conclusions émises par les experts précités. S'agissant en particulier des gonalgies, la recourante fait valoir que contrairement à ce qu'ont retenu les experts du BREM, elles ont une répercussion sur sa capacité de travail et qu'elles justifient la poursuite d'un traitement médical au-delà du 17 mars

A/3752/2010 - 21/27 - 2009. On relèvera toutefois qu'aucune pièce versée au dossier ne permet de retenir une incapacité de travail en raison de la seule atteinte au genou gauche. Au contraire, les experts du CEMED - qui avaient examiné la recourante les 6 mars et 2 avril 2008 - avaient alors estimé que cette atteinte n'entraînait déjà plus de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Qui plus est, le Dr H \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique qui a suivi la recourante depuis le 3 septembre 2007 pour cette atteinte au genou gauche, n'a nullement fait état d'une éventuelle incapacité de travail, ni d'un traitement conservateur à suivre par la recourante postérieurement au 17 mars 2009. De surcroît, on relèvera que les experts du BREM rejoignent le Dr H \_\_\_\_\_ lorsqu'ils estiment qu'une arthroscopie présenterait des risques de péjoration, ce que la recourante a encore confirmé lors de son audition le 4 avril 2011 par-devant la Cour de céans. En conclusion, force est de constater qu'aucun rapport établi par un spécialiste en orthopédie ne fait état ni d'une incapacité de travail, ni de la nécessité de la poursuite d'un traitement médical pour le genou gauche. La recourante fait également valoir que les experts du BREM auraient omis de prendre en compte l'incontinence double dont elle souffre. La Cour de céans constate cependant que les experts du BREM ont non seulement relevé les plaintes de la recourante à ce sujet (pp. 34, 35, 36 et 38 du rapport d'expertise), mais qu'ils ont également recueilli le rapport établi le 13 mars 2009 par le Dr N \_\_\_\_\_ concernant les examens urodynamiques effectués par ce spécialiste. Au demeurant, il y a lieu d'observer qu'aucun rapport au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et l'incontinence dont souffre la recourante. La recourante prétend également que les troubles psychiques dont elle souffre seraient dus à l'accident assuré. Certes, le Dr AE \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, fait-il état d'une anxiété généralisée et d'une dysthymie existant depuis octobre 2007, cette dernière atteinte ayant évolué en un trouble dépressif majeur (rapports des 18 août 2009 et 3 février 2010). Cela étant, le Dr AE \_\_\_\_\_ ne fait nullement état de ce que ces troubles seraient en lien de causalité naturelle avec l'accident. Enfin, la recourante se prévaut de la vidéosurveillance du détective privé mandaté par l'intimée pour faire valoir que tous les mouvements qu'elle effectue se font de manière très contrôlée et que sa vie sociale est pauvre en raison de ses douleurs. La Cour de céans relèvera toutefois que les observations du détective privé ne permettent aucunement d'écarter les conclusions prises par les médecins du BREM s'agissant de la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre les atteintes à la santé et l'accident du 17 mars 2007 étant rappelé que cette question s'examine au regard des renseignements d'ordre médical.

A/3752/2010 - 22/27 - Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, les conclusions ressortant de l'expertise du BREM du 6 juillet 2009, selon lesquelles à compter du 17 mars 2009, les causes accidentelles ne jouent plus de rôle dans les atteintes à la santé dont souffrent encore la recourante - à l'exception des troubles au genou gauche, lesquels n'entraînent toutefois aucune incapacité de travail et pour lesquels il n'y a pas de traitement médical - ne sauraient être mises en doute. La décision litigieuse, en tant qu'elle porte sur ces points, ne prête donc pas le flanc à la critique. Reste toutefois à examiner si la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des atteintes au genou gauche causées par l'accident

assuré.

## **E. 9**

a) Si, par suite d'un accident, l'assuré 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 (art. 24 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004).

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). Enfin, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4). 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

A/3752/2010 - 23/27 - spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, ATF 113 V 221 consid. 4b et les références; ATFA non publié U 249/01 du 30 juillet 2002). L'annexe 3 à l'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 SUVA 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 compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, ATF 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. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2). b) Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque

l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (art. 36 al. 2 LAA). Il est nécessaire, pour que l'article 36 al. 2 LAA soit applicable, que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un préjudice déterminé. Cette disposition ne trouve donc pas application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont provoqué des dommages sans effet l'un sur l'autre (ATF 126 V 116 consid. 3a ; ATF 121 V 336 consid. 3c). c) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

A/3752/2010 - 24/27 - conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 10**

En l'occurrence, l'intimé a estimé que la recourante ne présente aucune atteinte à l'intégrité, en se fondant sur les conclusions des experts du CEMED et du BREM, lesquelles seraient confirmées par les observations du détective privé. Dans son ordonnance d'expertise du 10 octobre 2011, la Cour de céans a toutefois estimé que l'on ne pouvait accorder un poids décisif aux conclusions des experts précités, de sorte qu'elle a mandaté le Dr AF \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 29 décembre 2011, le Dr AF \_\_\_\_\_ a considéré que la gonarthrose gauche (moyenne), l'instabilité et la lésion méniscale, qui sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 mars 2007, justifient un taux de 15% d'atteinte à l'intégrité selon la table 5 d'indemnisation SUVA. Par ailleurs, il a estimé que l'arthrose allait probablement évoluer de manière défavorable, aboutissant à une arthrose grave et à un degré d'atteinte à l'intégrité de 30%. La Cour de céans est d'avis que le rapport de l'expert a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier radiologique et médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires, non contradictoires, et les conclusions sont dûment motivées. En particulier, on ne voit pas que l'appréciation de l'expert repose sur des faits médicaux inexacts ou sur une mauvaise application des règles d'indemnisation des atteintes à l'intégrité rappelées ci-dessus. L'intimée est d'avis que ce rapport n'a pas de valeur probante, faisant valoir que l'expert n'a pas motivé les diagnostics retenus, qu'il se trompe lorsqu'il retient que les experts précédents n'ont pas constaté la déchirure du ménisque interne et qu'il aurait dû déterminer si l'état du genou est dû en partie à des facteurs préexistants à l'accident. Selon l'intimée, dans ce cadre-là, la comparaison avec le genou droit est pertinente. L'intimée conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. La Cour de céans relèvera que contrairement à ce qu'allègue l'intimée, le Dr AF \_\_\_\_\_ a répondu de manière motivée à toutes les questions qui lui ont été posées. Au demeurant, il y a lieu de relever que le Dr AF \_\_\_\_\_ n'a pas fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité sur la base de nouveaux diagnostics, mais sur ceux constatés par les experts du CEMED (rapport du 30 septembre

2008) et par les experts du BREM (rapport du 6 juillet 2009). S'agissant de l'état antérieur du genou gauche, la Cour de céans observe que rien ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'arthrose moyenne - qui constitue l'atteinte à l'intégrité donnant droit à une indemnité - aurait été causée par un facteur autre que l'accident assuré. Certes, le bilan radiographique a-t-il objectivé des troubles

A/3752/2010 - 25/27 - dégénératifs débutants au genou gauche (rapport du 3 septembre 2007 du Dr H\_\_\_\_\_ et rapport du 30 septembre 2008 des experts du CEMED). Cela étant, il n'apparaît pas que ces troubles aient déclenché l'arthrose moyenne. En effet, les experts du CEMED, interrogés sur la question de l'existence d'un état antérieur, ont estimé qu'un tel état antérieur existait pour les rachialgies et les céphalées, mais pas pour le genou gauche (page 26 du rapport). Les experts du BREM ont quant à eux certes indiqué qu'une partie de la symptomatologie était liée à l'atteinte dégénérative préexistante visible, liée à la gonarthrose du reste bilatérale. Cela étant, on relèvera que leur appréciation à cet égard n'emporte pas la conviction dans la mesure où ils se fondent notamment sur l'existence d'une gonarthrose au genou droit pour en déduire que la gonarthrose au genou gauche est due en partie à un état dégénératif préexistant. Or, une telle comparaison est irrelevante étant donné que le genou droit a subi une arthroscopie à la suite d'une chute en scooter en 1999 (p. 35 rapport du BREM). Ainsi, il ne peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un état antérieur et l'accident assuré auraient causé ensemble l'atteinte la santé à indemniser. Il s'ensuit qu'une réduction de l'indemnité ne se justifie pas. Selon la table 5 de la SUVA, en cas d'arthrose moyenne fémoro-tibiale, un taux de 5% à 15 % est prévu et pour une arthrose grave un taux de 15% à 30 % est prévu. Si l'articulation présente une instabilité en plus de l'arthrose, le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé est retenu. Selon l'expert judiciaire, un taux de 15 % se justifie car celui-ci tient compte de la lésion méniscale et de l'instabilité. En outre, la Cour de céans constate que la survenance ultérieure d'une aggravation de l'atteinte à la santé doit être considérée comme vraisemblable et son importance quantifiable puisque de l'avis de l'expert judiciaire, l'atteinte correspondra à une arthrose grave de l'ordre de 30%. La Cour de céans ne voit pas d'argument pour s'écarter de cette appréciation. En particulier, les observations du détective privé, qui n'est pas médecin, ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire. Par ailleurs, la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par l'intimée, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion préalable de l'intimée doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Il résulte de ce qui précède que le taux d'atteinte à l'intégrité de 30% doit être retenu.

A/3752/2010 - 26/27 - Par conséquent, la décision litigieuse sera annulée en tant qu'elle ne retient aucune atteinte à l'intégrité.

## **E. 11**

Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 OPGA, le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé

par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à l'intégralité de la prestation (al. 3). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (art. 24 al. 2 LAA). En l'espèce, la recourante a fait valoir son droit à une IPAI le 2 février 2009 et le droit à cette indemnité est né le 17 mars 2009, soit à la fin du traitement médical, de sorte que la recourante a droit à un intérêt moratoire de 5% dès le 17 mars 2011 sur le montant de cette indemnité.

#### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse partiellement annulée dans le sens que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, majorée d'un intérêt moratoire de 5 % l'an dès le 17 mars 2011.

#### **E. 13**

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 3'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

A/3752/2010 - 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.