

## **GE\_GERICHTE A/1147/2012 vom 4. Dezember 2012**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1147\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1147_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1147/2012 du 4 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1147/2012 del 4 dicembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié au Lignon recourant contre LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise Bundesgasse 35, 3001 Berne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GRUMBACH intimée EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_, ressortissant portugais né en 1973, a travaillé en tant qu'agent de sécurité après avoir suivi une formation de vendeur en pièces détachées. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA (ci-après l'assurance). Le 22 avril 1997, l'assuré a subi une entorse du genou droit en jouant au football, ce qui a entraîné une rupture du ligament croisé antérieur. Il a subi une plastie ligamentaire le 10 juillet 1997. Dans son rapport du 19 novembre 1997, le Dr A \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Service de chirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a attesté d'une instabilité chronique du genou droit sur rupture du ligament croisé antérieur et d'une rupture de la corne postérieure du ménisque externe droit. Il a précisé que le traitement perdurerait encore environ neuf mois. Dans son rapport du 8 décembre 1997, le Dr A \_\_\_\_\_ a signalé qu'une arthroscopie du genou droit pour débridement était prévue. L'incapacité de travail persistait. Dite arthroscopie a eu lieu le 8 janvier 1998. Dans son rapport du 19 janvier 1998, le Dr B \_\_\_\_\_ du Service de chirurgie des HUG a indiqué que la mobilité en extension laissait un flexum de 5 à 10°. La Dresse C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM du genou droit le 17 avril 1998. Dans son rapport, elle a conclu à un status après plastie du ligament croisé antérieur avec aspect continu des fibres de la plastie, à un minime épanchement intra-articulaire, à une absence d'anomalie de l'os, à une absence d'argument en faveur d'un œdème, d'une algodystrophie ou d'une nécrose, à un aspect également remanié du ligament croisé postérieur et du ligament collatéral interne sans image actuelle de déchirure, à un remodelé post-thérapeutique du tendon rotulien, à une absence de visualisation de la corne postérieure et moyenne du ménisque externe et à une forte suspicion de lésion de grade III du ménisque interne aux dépens de sa corne postérieure et moyenne. L'assurance a confié une expertise au Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a rendu son rapport le 3 septembre 1998. Il a résumé le dossier médical de l'assuré et établi son anamnèse. L'assuré se plaignait de douleurs lorsqu'il faisait des efforts pour se muscler ainsi que d'épanchements assez fréquents, de craquements intra-articulaires et de difficultés "au démarrage" lorsqu'il était resté assis pendant un certain temps. Il avait beaucoup de peine à descendre les escaliers. La flexion était bonne mais l'extension n'était pas totale. L'assuré avait une impression de solidité sur son genou mais ressentait parfois des subdérolements. Il pouvait marcher jusqu'à une heure le matin, moins le soir lorsqu'il était fatigué. Après un examen clinique et une analyse des documents radiologiques, le Dr D \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status après entorse grave du genou avec déchirure du ligament croisé

antérieur, de lésion du ligament latéral interne, de déchirure de la corne postérieure du ménisque externe, de status après méniscectomie externe partielle avec plastie du ligament croisé selon Kenneth Jones et de tendinite résiduelle post-opératoire du tendon rotulien. L'expert a noté que l'intervention avait permis une récupération tout à fait satisfaisante de la stabilité du genou. L'extension n'était pas complète mais la récupération musculaire était très bonne. La mobilité et la stabilité du genou étaient excellentes. Il subsistait une irritation marquée du tendon rotulien et de son insertion sur la rotule, conséquence de l'intervention de juillet 1997. L'atteinte du genou était en relation certaine avec l'accident. L'état actuel du genou ne justifiait pas la poursuite de l'arrêt de travail, l'activité d'agent de sécurité à Genève consistant essentiellement à rester debout et contrôler des identités sans activité physique importante. Selon l'expert, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, partageait cet avis. Le Dr D \_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 1998 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 1998. L'assuré avait cependant reçu son congé pour fin mai et s'inscrivait au chômage. Le pronostic paraissait bon à moyen terme compte tenu de la bonne récupération fonctionnelle et musculaire du genou. Il était cependant urgent que l'assuré perde du poids. Si une année plus tard, une indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être envisagée, celle-ci ne devrait pas dépasser 8 à 10 %. Par courrier du 9 septembre 1998, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement d'indemnités journalières dès le 30 septembre 1998. Dans son rapport du 20 août 2000, le Dr F \_\_\_\_\_ a fait état d'un traitement médical dès le 26 juin 2000 et diagnostiqué une déchirure de grade II et III de la corne postérieure du ménisque interne et externe. L'assuré se plaignait de douleurs augmentant à l'effort avec une tuméfaction du genou droit. Une nouvelle arthroscopie était prévue. L'assurance a pris en charge cette rechute. A la demande de l'assurance, le Dr D \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur la nouvelle incapacité de travail de l'assuré dans son rapport du 15 mars 2001. Dans le résumé du dossier, il s'est notamment référé à un rapport émanant du Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui aurait vu l'assuré le 7 juillet 2000 pour des douleurs postérieures internes et externes du genou droit sans instabilité subjective, sans blocage et sans lâchage. L'assuré avait alors repris une activité de manoeuvre dans le bâtiment et n'avait pas perdu de poids depuis la première expertise du Dr D \_\_\_\_\_. Une arthroscopie avait été pratiquée le 24 août 2000, le rapport opératoire ne mentionnant pas de déchirure des ménisques. En décembre 2000, le Dr H \_\_\_\_\_, médecin au Service d'orthopédie des HUG, avait examiné l'assuré qui se plaignait de lâchages. Ce médecin avait posé le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire par lésion chondrale fémoro-patellaire et par dysbalance musculaire probablement consécutive. Enfin, le Dr F \_\_\_\_\_ avait attesté d'une incapacité de travail complète du 23 août 2000 au 7 janvier 2001. Dès le 8 janvier 2001, la capacité de travail était de 50 %. Le Dr D \_\_\_\_\_ s'est étonné de ce que l'assuré ait changé de médecin aussi souvent et déploré qu'il ne soit pas suivi par un chirurgien orthopédiste spécialiste des genoux. En outre, l'activité de manoeuvre, associée au surpoids, entraînait une surcharge chronique du genou même si celui-ci était stable. Le problème fémoro-rotulien diagnostiqué par le Dr H \_\_\_\_\_ s'était vraisemblablement développé à la suite de cette activité de manoeuvre, qui n'était certainement pas adaptée. Le lien de causalité avec l'accident de 1997 n'était cependant que possible. L'assuré pourrait reprendre un poste de vendeur de pièces détachées pour lequel il était formé et qui était plus approprié. Il devait en outre perdre du poids. Le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré le 9 juillet 2001. Dans son rapport du 16 juillet, il a résumé l'anamnèse après avoir pris connaissance des

documents radiologiques. L'assuré se plaignait d'un gonflement par intermittence du genou droit, même sans effort particulier. L'extension - soit le verrouillage du genou - n'était jamais complète. La station debout et le piétinement étaient pénibles. Il ne pouvait pas courir. La descente des escaliers était difficile. L'assuré avait essayé de perdre du poids sans grand succès. Il a expliqué les nombreux changements de médecins par le fait qu'il voyait toujours un autre médecin aux HUG et que les nombreuses injections subies lui paraissaient inadéquates. Après l'examen clinique, l'expert a noté que l'assuré présentait des séquelles subjectives et objectives de son entorse assez importantes. Les lésions constatées au genou droit étaient graves. Le succès de la technique de réparation utilisée dans le cas de l'assuré n'était pas toujours complet et il avait eu besoin de deux nouvelles interventions. L'évolution vers une arthrose ne pouvait d'ailleurs jamais être exclue, même après une réparation bien faite, a fortiori en cas d'excès pondéral. La chirurgie itérative du genou pouvait provoquer une synovite chronique et une symptomatologie évoquant un syndrome fémoro-patellaire. Le Dr I \_\_\_\_\_ ne pouvait adhérer aux conclusions du Dr D \_\_\_\_\_. L'excès pondéral existait bel et bien mais il ne jouait pas un rôle prépondérant dans l'évolution du cas. L'arthrose débutante, la synovite chronique et le syndrome rotulien étaient imputables au moins à 80 % à l'accident. Le médecin a ajouté que ce décompte était un peu injuste car l'assuré avait essayé de reprendre plusieurs activités, malheureusement inadéquates. Il pourrait à la rigueur occuper un poste d'agent de sécurité tel que celui qu'il occupait précédemment avec une capacité totale. En revanche, toutes les occupations dans le bâtiment, comme chauffeur-livreur ou impliquant de lourdes charges étaient déconseillées. L'assuré devait être recyclé dans un travail sédentaire et paraissait très motivé. Le Dr I \_\_\_\_\_ a admis l'existence d'une atteinte à l'intégrité de 15 %, en tenant compte de l'évolution de l'arthrose débutante. Le pronostic était réservé. Un reclassement dans un travail moins difficile pouvait mener à une stabilisation de l'état du genou droit. Une aggravation à moyen et long termes vers une arthrose était cependant à prévoir. Le 13 août 2001, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement d'indemnités journalières le 1<sup>er</sup> octobre 2001. Se fondant sur les conclusions du Dr I \_\_\_\_\_, elle a relevé que l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, correspondant à un montant de 14'580 fr. Par courrier du 10 septembre 2001, l'assuré a sollicité la poursuite du versement d'indemnités journalières pendant quelques mois en faisant valoir qu'un emploi correspondant aux limitations dégagées par l'expert serait difficile à trouver à bref délai. Il a précisé avoir requis des mesures de reclassement auprès de l'assurance-invalidité. Par décision du 17 septembre 2001, l'assurance a confirmé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et la cessation du versement d'indemnités journalières au 30 septembre 2001, en soulignant qu'elle n'avait pas à indemniser les difficultés liées au marché du travail. Dans un certificat du 2 octobre 2001, le Dr F \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré n'était actuellement pas en état de reprendre une activité. Son genou droit avait beaucoup enflé et était douloureux à la marche, même sans efforts particuliers. L'assuré s'est opposé à la décision le 9 octobre 2001. Il a souligné que le Dr I \_\_\_\_\_ avait admis le caractère définitif de ses séquelles et évoqué au conditionnel la reprise de son ancien poste. Or, selon le certificat du 2 octobre 2001 du Dr F \_\_\_\_\_, la problématique s'aggravait. L'assuré était dès lors à nouveau incapable de travailler et les indemnités journalières devaient continuer à être servies pour une durée indéterminée. L'assurance a rejeté l'opposition par décision du 20 février 2002. Le 3 janvier 2006, l'assuré a déclaré un accident à la SUVA, assurance-accidents de son nouvel employeur. Il s'était cogné le genou droit dans sa voiture. Le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a

réalisé des radiographies du genou de l'assuré le 24 janvier 2006. Il a observé une tunnellation de plastie du ligament croisé antérieur, quelques éléments dégénératifs au niveau du compartiment interne avec ébauche ostéophyttaire et quelques éléments calciques pouvant correspondre à des fragments ostéo-cartilagineux calcifiés, le plus important étant visible au niveau du récessus poplité. Une calcification allongée en projection de la face interne de la métaphyse tibiale pouvait correspondre à une déchirure du ligament latéral interne. Le 3 avril 2006, alors qu'il courait en jouant au football, l'assuré a ressenti un déchirement dans son genou entraînant une très vive douleur. Il a déclaré cet accident à la SUVA. Le 7 avril 2006, le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une IRM du genou de l'assuré. Il a conclu à une plastie du ligament croisé antérieur par transplant du tendon rotulien d'aspect satisfaisant, sans argument pour sa rupture secondaire ou son insuffisance, à un remaniement fibro-cicatriciel au versant antéro-externe du pied de la plastie, définissant une arthrofibrose localisée ébauchant un syndrome du cyclope, à un status après méniscectomie partielle externe comprenant un moignon irrégulier, bordé par des lésions de chondromalacie à focalisation postéro-externe et tibiale par endroits au stade IV; à des remaniements de la jonction ménisco-capsulaire interne compatibles avec des séquelles de désinsertion cicatrisée, à un clivage de la corne postérieure se prolongeant par une ébauche de microfissuration de sa surface inférieure, sans segment méniscal instable, à une minime chondromalacie fémoro-tibiale interne, à une discrète chondromalacie de la partie inférieure de la crête rotulienne, à un épaississement fibro-cicatriciel des ligaments collatéraux, à un épanchement et à une synovite chronique modérés. Il n'y avait pas de remaniement d'aspect post-traumatique récent et pas d'argument pour une récurrence d'instabilité antéro-postérieure. Le 3 mai 2006, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que lors de l'accident du 3 avril 2006, l'assuré avait subi un mouvement d'entorse du genou avec un sentiment de déboîtement du genou. Il y avait une tuméfaction avec un épanchement intra-articulaire. L'incapacité de travail était totale. Une nouvelle IRM du genou réalisée le 15 juin 2006 par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a révélé une arthrose fémoro-patellaire nette avec des signes de gonarthrose aussi bien au niveau du compartiment interne qu'externe, une lésion de grade III du ménisque interne, une discrète hyperintensité centrale au niveau de sa partie intermédiaire communiquant avec la surface méniscale inférieure. Le néoligament était intact, avec des signes d'impingement et une discrète arthrofibrose consécutive. Dans son rapport du 23 juin 2006, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a noté que l'assuré présentait surtout des douleurs antérieures et au niveau du mollet. Le genou était sans épanchement avec une mobilité complète, à l'exception d'un flexum de 5° pré-existant. Le genou était stable. Il n'existait pas de lésion méniscale justifiant une arthroscopie. La chirurgie n'était dès lors pas préconisée et la physiothérapie devait être poursuivie. Le 1<sup>er</sup> novembre 2006, l'assuré a été examiné par le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. A l'issue de son examen et après étude du dossier médical, celui-ci a retenu que la symptomatologie actuelle du genou droit était imputable à l'accident de 1997. Par décision du 16 novembre 2006, la SUVA a refusé d'allouer des prestations au motif que les symptômes de l'assuré étaient imputables à l'accident survenu en 1997, pour lequel elle n'avait pas à intervenir. A la suite de l'opposition de l'assuré et de l'assurance, la SUVA a annulé sa décision le 6 mars 2007 et admis la prise en charge provisoire du cas. Elle a accordé des indemnités journalières à l'assuré dès le 3 avril 2006. Le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a effectué des radiographies et une IRM du genou de l'assuré

le 9 juillet 2007. Il a conclu à des données en faveur d'une déchirure complète de la portion intra-articulaire de la plastie du ligament croisé antérieur, à une déchirure de la corne antérieure du ménisque interne avec luxation médiane d'un volumineux fragment méniscal en bec de perroquet, à une petite déchirure verticale du segment moyen du ménisque interne, à une déchirure verticale de la corne postérieure du ménisque externe versus status post-méniscectomie partielle, à des troubles dégénératifs fémoro-tibiaux relativement marqués, à une chondropathie rotulienne de grade IV et à un discret épanchement intra-articulaire. Lors d'un entretien avec la SUVA le 10 juillet 2007, l'assuré a indiqué qu'il avait été engagé en tant que coursier par X\_\_\_\_\_ SA. Il manutentionnait des colis d'un poids maximal de 5 kg et les acheminait auprès de leurs destinataires. Cette activité nécessitait d'emprunter de nombreux escaliers, les déplacements étant effectués en voiture. Il s'était considéré guéri en 2001 car dès cette date, il avait été à même de courir, jouer au football et faire du vélo. Le 17 septembre 2007, une nouvelle rupture du ligament croisé antérieur, une arthrose bicompartimentale débutante et une lésion méniscale interne de la corne antérieure ont été diagnostiqués dans un rapport médical. L'assuré présentait toujours des douleurs et des signes assez clairs de souffrance du compartiment interne. Une arthroscopie serait discutée six semaines plus tard. L'assuré a subi une nouvelle arthroscopie le 21 novembre 2007, pratiquée par le Dr P\_\_\_\_\_ du Service de chirurgie des HUG. Dans un rapport reçu en février 2008 par la SUVA, le Dr P\_\_\_\_\_ a signalé que le travail avait pu être repris à temps complet le 3 décembre 2007. Le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé des radiographies et une IRM du genou de l'assuré le 20 mai 2008. Ces examens ont révélé un status post plastie du ligament croisé antérieur apparaissant intact et une gonarthrose tricompartmentale avec status post méniscectomie partielle étendue des deux ménisques et signes de redéchirure des deux ménisques. Le 22 juin 2009, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 31 août 2009 pour des raisons économiques. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 23 juin 2009. Une nouvelle expertise a été confiée par la SUVA et l'assurance aux Drs R\_\_\_\_\_ et AA\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique. Ceux-ci ont rendu leur rapport le 27 juillet 2009 après avoir pris connaissance du dossier médical de l'assuré, l'avoir examiné à deux reprises en mars et avril 2009 et procédé à des radiographies. Dans l'anamnèse, ils ont relevé que l'assuré avait commencé à travailler comme coursier dans une entreprise d'horlogerie en 2002. En septembre 2008, il avait repris son travail à temps complet. Il travaillait désormais à 50 % comme surveillant en position assise et à 50 % comme contrôleur de qualité en position debout avec de courts déplacements dans cette entreprise. L'assuré s'est plaint de douleurs et d'une limitation du périmètre de marche depuis l'accident de 1997. Il avait constaté une dégradation progressive depuis une année et n'arrivait plus à marcher que pendant 30 minutes avant de devoir s'arrêter en raison de douleurs insupportables. Assis, il devait changer sa jambe droite de position et les douleurs s'intensifiaient en fin de journée et en fin de semaine. Lors d'efforts, il ressentait des douleurs au niveau lombaire et en regard de la hanche et de l'arrière-pied droits lors de la marche. L'augmentation du périmètre de marche entraînait des douleurs qui le faisaient boiter. Il avait une sensation de gel dans ses jambes, ce qui le forçait à bouger constamment. Il ressentait également parfois une sensation d'engourdissement en regard de son gros orteil droit lorsqu'il faisait des efforts. A l'examen clinique, les experts ont notamment relevé que l'assuré marchait sans boiterie dans un premier temps. Après quelques tours dans la salle de consultation, une légère boiterie apparaissait à droite, surtout lorsque l'assuré était distrait. Après le status, les Drs AA\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic principal de

gonarthrose tricompartmentale symptomatique post traumatique modérée avec status post rupture du ligament croisé antérieur, du ligament latéral interne et lésion du ménisque interne, status post reconstruction du ligament croisé antérieur, méniscectomie partielle, status après multiples reprises arthroscopiques avec méniscectomies partielles et shaving, instabilité modérée du ligament croisé antérieur et plica symptomatique médio-rotulien du genou droit. Les experts ont également posé les diagnostics complémentaires de légère achillodynie à droite, de léger conflit fémoro-acétabulaire de la hanche droite sans arthrose et de surcharge pondérale. La symptomatologie avait été causée par l'accident du 22 avril 1997. Il était connu qu'une arthrose pouvait se développer après une telle lésion et que les ménisques et le cartilage pouvaient développer des lésions ultérieures. Les accidents de janvier et avril 2006, qualifiés d'accidents-bagatelles, avaient pu aggraver les suites mais n'étaient en aucun cas à l'origine des lésions structurelles additionnelles. En janvier 2006, l'assuré avait tapé son genou contre la portière de sa voiture. En avril 2006, il avait subi un lâchage, lequel était une conséquence du status après plastie du ligament croisé antérieur qui montrait déjà auparavant une certaine instabilité. Ces deux accidents pouvaient expliquer l'augmentation des douleurs en raison d'une gonarthrose préexistante. Aucune mesure médicale ne semblait indiquée pour l'heure, car la symptomatologie était relativement faible. Lors de l'expertise, l'assuré exerçait à temps complet une activité adaptée. Les recommandations suivantes pouvaient toutefois être émises en cas de gonarthrose: pas de déplacement sur de longues distances, les déplacements répétés sur de petites distances étant possibles. Un travail debout ne pourrait s'exercer qu'à 50 %, une activité assise étant possible à temps complet. Le port de charges ne devrait pas excéder 10 kg et il y avait lieu d'éviter l'exposition à un temps froid ou humide. Une aggravation de l'état du genou était possible à plus ou moins long terme, ce qui rendrait cas échéant nécessaire une réadaptation du travail. Les experts ont retenu qu'un lien de causalité entre les accidents de janvier et avril 2006 et les troubles du genou droit n'était que possible, l'accident de 1997 en étant la cause principale. Les douleurs de l'assuré étaient parfaitement corrélées par l'examen clinique. L'assuré disposait au moment de l'expertise d'une capacité de travail totale dans son activité. L'indication aux traitements suivants pourrait éventuellement se faire en cas de besoin: physiothérapie, traitement antalgique, arthroscopie de débridement et prothèse totale du genou. L'assuré présentait une atteinte importante et durable à son intégrité physique. Au vu de la gonarthrose tricompartmentale symptomatique post-traumatique modérée, les médecins ont estimé cette atteinte entre 25 ou 30 % en se fondant sur les tables de la SUVA. Le Dr AB \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, a fait état dans son rapport du 29 juillet 2009 d'une décompensation et d'une poussée douloureuse d'arthrose très importante à droite avec une enthésopathie rotulienne surajoutée. La capacité de travail était nulle mais une reprise pouvait être envisagée fin août. Dans un nouveau rapport daté du 8 mai 2010, le Dr AB \_\_\_\_\_ a mentionné une évolution guère favorable. Une indication à l'arthroscopie de nettoyage devait être discutée au vu de l'inefficacité des traitements conservateurs. L'incapacité de travail perdurait. Le 30 novembre 2010, la SUVA et l'assurance ont mis fin au litige qui les opposait sur la prise en charge des prestations par une convention aux termes de laquelle la SUVA prenait en charge la totalité des frais liés à la rechute jusqu'au 9 juillet 2007, l'assurance intervenant dès le lendemain. Dans un certificat du 14 avril 2011, le Dr AB \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de gonarthrose droite tricompartmentale post traumatique, de conflit de la hanche droite et de lombalgies récurrentes. Ces deux dernières atteintes étaient des conséquences de l'atteinte fonctionnelle du genou droit. L'assuré

présentait des épisodes récurrents de douleurs au genou droit avec des poussées aiguës et des épisodes d'épanchements itératifs malgré la physiothérapie et les infiltrations. L'incapacité de travail restait totale. Des déplacements prolongés ou fréquents, des montées et descentes, le port de charges et les conditions climatiques défavorables devaient être évitées. L'activité actuelle pourrait être maintenue à 60 ou 80 % en fonction des possibilités d'adaptation. Le travail pourrait être repris au minimum à 50 % dans un délai de quelques semaines. Le traitement comprenait de la physiothérapie occasionnelle, des auto-exercices et des infiltrations intra-articulaires. L'assuré prenait en outre des médicaments anti-inflammatoires. 0 A la demande de l'assurance, le Dr AC \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise en date du 14 juin 2011. Il a rédigé son rapport le 27 juin suivant en se fondant sur l'étude du dossier et l'examen des documents radiologiques. Dans son anamnèse, il a notamment relevé que l'assuré avait perdu son emploi en mars 2010. Il n'avait pas retrouvé d'activité lucrative depuis mais ne s'était pas inscrit au chômage. L'assuré se plaignait de ne pas pouvoir rester debout plus de 15 minutes, d'une tuméfaction plus ou moins permanente du genou droit et de douleurs accompagnées de lâchages de cette articulation. Il éprouvait un sentiment d'insécurité au genou droit et ne pouvait marcher plus de 30 minutes. Il a déclaré faire de la physiothérapie et avoir bénéficié d'injections de visco-supplémentation et de cortisone qui avaient amené un bénéfice pendant trois mois. Il prenait occasionnellement de l'Olfen<sup>®</sup> et du Dafalgan<sup>®</sup>. L'expert a examiné l'assuré avant de poser les diagnostics suivants: status après entorse grave du genou droit avec déchirure du ligament croisé antérieur et partielle du ménisque externe, status après méniscectomie externe partielle et plastie du ligament croisé antérieur au genou droit selon Kenneth Jones, status après arthrolyse par voie arthroscopique pour flexum du genou droit, status après complément de méniscectomie externe au genou droit par voie arthroscopique, status après méniscectomie partielle de la corne antérieure du ménisque interne au genou droit et rupture de la plastie du ligament croisé antérieur, gonarthrose tri-compartmentale modérée post-traumatique du genou droit et instabilité modérée du genou droit en rapport avec la rupture-insuffisance de la plastie du ligament croisé antérieur. Dans son appréciation, le Dr AC \_\_\_\_\_ a considéré que l'état du genou pouvait être considéré comme favorable malgré les nombreux accidents et interventions chirurgicales. L'instabilité constatée était modérée. Lors de l'examen, l'épanchement intra-articulaire était minime. L'assuré déambulait sans gêne apparente dans la salle d'examen, sans boiterie, et la fonction du genou était bonne. Le périmètre de marche devrait ainsi être plus important que ce qu'annonçait l'assuré. Il existait une arthrose mais les constatations arthroscopiques lors de l'intervention du 21 novembre 2007 étaient plutôt réconfortantes. La chondromalacie était évaluée de stade I à II aux trois compartiments. Pour l'expert, il était quasi certain que l'événement du 22 avril 1997 était la cause principale de la situation actuelle. Les accidents ultérieurs n'avaient pas eu d'effet aggravant déterminant sur le genou droit. L'état du genou pouvait être considéré comme plus ou moins stabilisé. Il s'aggraverait néanmoins, en fonction de l'évolution naturelle de genoux arthrosiques et instables. Ni la physiothérapie, ni les médicaments ne pouvaient améliorer l'état de l'articulation. La prise occasionnelle d'anti-inflammatoires ou d'antalgiques pouvait soulager l'assuré. L'incapacité de travail depuis le mois de mars 2010 ne paraissait pas justifiée, l'état du genou étant resté stable de cette date jusqu'à l'examen. L'assuré aurait été à même de travailler à plein temps dans une activité adaptée et allégée depuis le mois de mars 2010, sans diminution de rendement. Une activité dans l'horlogerie, telle que celle qu'exerçait l'assuré, était adaptée, à l'instar d'une activité de gérant de kiosque ou d'une

station d'essence, de surveillant de parking ou de coursier de petits colis. L'expert a indiqué avoir de la peine à admettre que l'assuré ne puisse pas travailler à plus de 50 %. Celui-ci présentait une atteinte à l'intégrité que le Dr AC \_\_\_\_\_ a estimée à 30 %, en indiquant se référer à la table n°3 de la SUVA. Par courrier du 6 juillet 2011, l'assurance s'est référée à l'expertise du Dr AC \_\_\_\_\_ et a relevé que les séquelles de l'accident ne diminuaient pas la capacité de travail dans une activité légère adaptée. L'assurance mettait ainsi fin au paiement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical avec effet au 30 septembre 2011. L'assuré avait en outre droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 30 %, soit 29'160 fr. Le 26 juillet 2011, l'assuré a contesté que l'état de son genou droit soit stabilisé et s'est référé à un certificat des HUG du 25 juillet 2011, dont il a affirmé qu'il établissait qu'il était toujours en traitement pour ce genou et ne pouvait travailler à plus de 50 %. Partant, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait également être de 50 %. Dans un certificat du 7 septembre 2011, le Dr AB \_\_\_\_\_ a attesté suivre de longue date l'assuré. Son genou droit présentait actuellement une poussée inflammatoire relativement aiguë, traitée par une infiltration intra-articulaire et des anti-inflammatoires. Il paraissait dès lors prématuré au médecin de retenir une capacité de travail de 50 % pour le mois de septembre. L'assuré serait cependant capable d'exercer une activité adaptée telle que décrite par le Dr AC \_\_\_\_\_ à 50 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011. Par décision du 29 septembre 2011, l'assurance a confirmé la suppression des indemnités journalières et la fin de la prise en charge des frais de traitement au 30 septembre 2011. Elle a considéré que le certificat du Dr AB \_\_\_\_\_ n'amenait pas d'élément susceptible de s'écarter des conclusions du Dr AC \_\_\_\_\_. Elle a également confirmé le taux d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité. Ce document a été signé par Madame SS \_\_\_\_\_, Monsieur ST \_\_\_\_\_ dont le nom figurait également en bas de page ne l'ayant pas paraphé. L'assuré, par son mandataire, s'est opposé à cette décision le 27 octobre 2011. Il a précisé qu'il avait retrouvé un emploi à 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011 en qualité de contrôleur chez X \_\_\_\_\_ SA. Il a fait valoir que la décision était nulle car viciée, dès lors qu'elle avait été signée par une seule personne ne disposant que de la signature collective à deux. Il a allégué que c'était à tort que le Dr AC \_\_\_\_\_ avait considéré l'état du genou comme stabilisé. Les constatations du Dr AB \_\_\_\_\_, notamment sur le besoin de traitement médical, étaient claires et ne souffraient aucune interprétation. Sa capacité de travail n'était que de 50 % et c'est au demeurant à ce taux qu'il avait été embauché. Le paiement des indemnités journalières devait dès lors être repris et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à 40 %. L'assurance a écarté l'opposition par décision du 6 mars 2012. S'agissant de la validité de la décision sujette à opposition, elle a affirmé que la procédure en matière d'assurances sociales n'exigeait pas qu'une décision soit munie d'une double signature et que les règles de droit privé sur l'engagement d'une personne morale n'étaient pas applicables. Sur le fond, il n'existait aucun motif permettant de mettre en doute les conclusions du Dr AC \_\_\_\_\_, dont les résultats étaient convaincants, motivés et sans contradiction. Le certificat du Dr AB \_\_\_\_\_ ne correspondait quant à lui pas aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il y avait donc lieu d'admettre que le traitement médical était terminé et que la capacité de travail n'était pas entravée par les séquelles de l'accident. En ce qui concernait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle se fondait sur des tables de la SUVA et devait être établie en fonction de facteurs médicaux objectifs, ce qui était le cas en l'espèce. Son taux devait dès lors également être confirmé. L'assuré a interjeté recours contre cette décision par écriture du 20 avril 2012. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation et au versement d'indemnités

journalières dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % correspondant à 38'880 fr. sous déduction des montants déjà versés à ce titre. Reprenant les arguments développés à l'appui de son opposition, il souligne qu'il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) et qu'il a dans ce cadre été examiné par le Dr AD\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier lui aurait déclaré que son indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élèverait au moins à 40 %. Dans sa réponse du 11 juin 2012, l'assurance conclut, sous suite de dépens, au rejet du recours. Elle rappelle que l'assuré conteste les conclusions de l'expertise du Dr AC\_\_\_\_\_ dont elle affirme qu'elle satisfait aux critères permettant de lui voir reconnaître une pleine valeur probante. Les certificats du Dr AB\_\_\_\_\_ ne sont en revanche guère détaillés et n'ont dès lors pas de valeur probante. S'agissant de la prise en charge du traitement médical, l'assurance affirme que les certificats établis par le Dr AB\_\_\_\_\_ ne permettent pas de considérer qu'un traitement serait requis et qu'il n'est de plus pas établi que celui-ci pourrait amener une sensible amélioration de l'état de santé. Quant à la capacité de travail, le Dr AB\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi elle est restreinte à 50 %. Les griefs de l'assuré sont ainsi sans fondement. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a également été fixée selon des facteurs médicaux objectifs par le Dr AC\_\_\_\_\_ et l'assuré se contente de renvoyer à une autre table d'indemnisation de la SUVA portant sur des cas d'arthrose, sans aucun élément médical à l'appui de ses prétentions. Par ordonnance du 28 août 2012, la Cour de céans a requis l'apport du dossier de l'OAI. Celui-ci s'est exécuté le 4 septembre 2012. Les éléments suivants ressortent du dossier: l'assuré a déposé une demande de prestations le 4 juin 2001; l'assuré a travaillé en tant que manœuvre chez Y\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> octobre 1999 au 22 août 2000 et résilié les rapports de travail car il avait trouvé un nouvel emploi; dans un rapport du 23 septembre 2001, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail était totale en tant que manœuvre mais qu'une autre activité, par exemple en tant que vendeur ou dans la surveillance, était exigible avec toutefois une diminution de rendement non précisée; dans un avis du 10 janvier 2002, le Dr AE\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), a noté qu'un travail d'agent de sécurité ou de chauffeur-livreur imposait des déplacements et des stations debout prolongées incompatibles avec les atteintes de l'assuré; l'assuré a travaillé en tant que manutentionnaire pour XA\_\_\_\_\_ SA du 19 octobre 1998 au 30 septembre 1999; l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de reclassement professionnel en tant que polisseur chez X\_\_\_\_\_ SA du 22 avril 2002 au 30 avril 2003; à l'issue du reclassement, l'assuré a trouvé un emploi de six mois en tant que polisseur chez Z\_\_\_\_\_ SA pour un salaire annuel brut de 64'480 fr.; le 20 mars 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a indiqué qu'il travaillait en tant que contrôleur chez X\_\_\_\_\_ SA depuis 2003 pour un revenu mensuel de 5'429 fr. mais que sa capacité de travail avait été diminuée de moitié du 27 juin 2006 au 8 janvier 2007. Il a affirmé qu'il lui était impossible de travailler même assis. Son genou droit gonflait de plus en plus et il avait des douleurs atroces; selon un rapport d'inspection de la SUVA, l'assuré a repris son travail à temps complet dès le 9 janvier 2007 avant d'être totalement incapable de travailler du 23 février au 15 avril 2007, sa capacité de travail étant de 50 % dès cette date; le 10 mars 2008, l'employeur a indiqué à l'OAI que l'assuré s'occupait désormais de contrôle, activité légère adaptée avec alternance des positions. L'employeur a souligné que le genou de l'assuré enflait après seulement une demi-journée de travail et qu'il doutait que ce dernier puisse travailler à plus de 50 %; le Dr AF\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en

médecine interne et médecin au SMR, a retenu dans son avis du 23 octobre 2009 que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès septembre 2008 dans une activité adaptée et qu'un reclassement interne avait eu lieu chez son employeur; l'assuré s'est annoncé à l'assurance-chômage le 3 octobre 2011 en indiquant rechercher un poste à 50 % conformément au certificat médical établi par le Dr AB\_\_\_\_\_ ; le Dr AD\_\_\_\_\_, a réalisé une expertise le 13 décembre 2011. Dans son rapport du 25 mai 2012, ce médecin a établi l'anamnèse et rapporté les plaintes de l'assuré. Celui-ci mentionnait un épanchement et des lâchages au moindre effort et déclarait ne pas pouvoir travailler à plus de 50 % sous peine de décompensation au niveau du genou. Son périmètre de marche était limité à 20 minutes. Il souffrait de douleurs également nocturnes que le froid exacerbait. La conduite entraînait des douleurs immédiates au genou. Après un examen clinique et une analyse des documents de radiologie, le Dr AD\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale du genou droit secondaire à l'accident du 22 avril 1997, de status après plastie du ligament croisé antérieur le 10 juillet 1997, de status après arthrolyse par voie arthroscopique pour flexum du genou droit le 8 janvier 1998, de status après ménisectomie externe et interne subtotal, de flexum résiduel du genou droit, d'insuffisance du ligament croisé antérieur du genou droit avec instabilité et de conflit fémoro-acétabulaire droit symptomatique. Ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait également un rétrolisthésis de stade II de L5-S1, une discarthrose modérée de L4-L5 et de L1-L2 ainsi qu'une obésité, sans incidence sur sa capacité de travail. L'expert a souligné la présence d'une discrète voussure postérieure et d'un flexum, lequel causait des douleurs lors de la marche en terrain accidenté, mais n'a pas constaté d'atrophie musculaire, contrairement à ce qui ressortait de l'expertise du Dr AC\_\_\_\_\_. L'examen clinique ne permettait pas d'objectiver de manière formelle les plaintes présentées par l'assuré. Le Dr AD\_\_\_\_\_ relevait néanmoins que toutes les tentatives de reprise professionnelle à temps complet s'étaient soldées par des rechutes entraînant une incapacité de travail complète de moyen à long termes. Il était d'avis qu'une tentative de passer progressivement à un taux de 75 % puis si ce taux était bien supporté à un taux de travail complet après un temps d'adaptation devait être entreprise sous contrôle médical. Les activités sédentaires sans port de charges lourdes et avec la possibilité de mobiliser régulièrement le genou en alternant les positions étaient adaptées. Le rendement était complet si la surcharge mécanique était évitée. A la question " Comment le degré d'incapacité de travail a évolué [depuis 2010] ", le Dr AD\_\_\_\_\_ a indiqué " Reprise à 50 % depuis octobre 2011 ". Aucune mesure, notamment médicale, ou moyen auxiliaire ne permettait d'augmenter la capacité de travail. Par courrier du 11 et 24 septembre 2012, la Cour de céans a imparti un délai aux parties pour consulter les pièces du dossier et déposer d'éventuelles observations. L'avocat de l'assuré a informé la Cour de céans par courrier du 20 septembre 2012 qu'il cessait de représenter ce dernier. L'assurance s'est déterminée le 4 octobre 2012. Elle persiste dans ses conclusions et soutient que le dossier de l'OAI ne remet pas en cause le bien-fondé de sa décision. En particulier, le rapport du Dr AD\_\_\_\_\_ ne permet pas de soutenir que la capacité de travail de l'assuré n'est que de 50 % et l'activité professionnelle qu'il exerce est adaptée aux limitations établies par cet expert. Ce dernier ne se prononce par ailleurs pas sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Copie de cette écriture a été transmise à l'assuré le 15 octobre 2012. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1 er 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. 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). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). 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. 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 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], 2<sup>ème</sup> 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 1<sup>er</sup> décembre 2009, consid. 5.3). 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 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). 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 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 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 (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 pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). 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 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 1<sup>er</sup> 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. 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 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. 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). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de

l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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