

GE_GERICHTE A/1565/2006 vom 23. September 2008

GE Cour de justice, 2008-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1565_2006

FR: GE_GERICHTE A/1565/2006 du 23 septembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/1565/2006 del 23 settembre 2008

Erwägungen

E. 11

janvier 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit est applicable sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). L'art. 106 LAA prévoyait, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006, qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours était de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance-accidents. La décision sur opposition étant intervenue le 11 janvier 2006, le recours, interjeté le 9 mars 2006, est dès lors recevable. Est litigieuse la question de savoir à quel taux de rente d'invalidité a droit la recourante ensuite de son accident de juillet 2001, et à quel pourcentage d'IPAI elle peut prétendre. a) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b; 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04). En ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF 126 V 288), l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine malade qui n'engagent pas la responsabilité de l'assureur-accidents. b) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). 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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56). c) Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG et 18 LAA). Aux termes de l'art. 19 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. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né. d) Si par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). 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 ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est

donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (GILD et ZOLLINGER, Die Integritätenschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; RUMO-JUNGO, MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le Tribunal ou l'administration. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 351 ; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Il sied tout d'abord de relever que la décision de l'OCAI par laquelle il rejette la demande de prestations de la recourante est basée uniquement sur l'expertise du Dr S_____. En effet, ce n'est qu'en procédure fédérale que la recourante a produit le rapport d'expertise du Dr Q_____, rapport qui n'a pas pu être pris en compte devant le Tribunal fédéral, puisqu'il constituait un élément nouveau inadmissible dans le cadre de l'art. 105 al. 2 de la loi fédérale d'organisation judiciaire (OJ). Or tel n'est pas le cas ici, puisque c'est en procédure cantonale que la recourante avait produit le rapport d'expertise du Dr T_____ que le Tribunal de céans doit par conséquent prendre en considération. Ainsi, deux expertises figurent au dossier, l'une conduite par un spécialiste en chirurgie orthopédique, l'autre par un spécialiste en rhumatologie. Elles ont toutes deux valeur probante au regard de la jurisprudence fédérale en la matière. Cependant, ces expertises ont des conclusions contradictoires, puisque le Dr U_____ ne s'explique pas la discordance totale qui existe entre les plaintes subjectives formulées par la recourante, plaintes très lourdes d'un état invalidé et de douleurs permanentes et ses trouvailles cliniques et radiologiques au niveau du genou gauche, qui ne présente ni amyotrophie ni augmentation de la chaleur locale. Cet expert ne trouve aucune explication aux plaintes émises par l'assurée et il estime la capacité de travail de la recourante totale, sans diminution de rendement, dans un travail adapté en position assise. Le Dr Q_____ constate en revanche deux ans après le premier expert que son examen

confirme une atteinte notoire clinique du genou gauche, contrairement au Dr U _____ qui ne constatait ni limitation ni amyotrophie périarticulaire du genou gauche. Selon le Dr Q _____, la clinique actuelle de la patiente est le plus vraisemblablement en rapport direct avec les nombreuses lésions arthrosiques et préarthrosiques objectivées par les divers examens radiologiques et arthroscopiques. La patiente lui semblait parfaitement collaborante et l'expert n'a noté aucun signe de non-organicité dans le sens d'une simulation ou d'une démonstration. L'impotence du genou gauche était accompagnée de limitations fonctionnelles objectivables, non seulement pour la mobilité active mais également pour la mobilité passive. D'autre part, une amyotrophie indubitable s'était installée au niveau des quadriceps du côté gauche. Un syndrome rotulien très marqué était de surcroît apparu et confirmé par une subluxation externe de la rotule gauche nettement plus marquée que sur les clichés effectués par le Dr U _____ lors de son expertise. Le Dr Q _____ a encore relevé qu'il était bien connu qu'il n'existait pas de corrélation radio-clinique linéaire et qu'une arthrose avancée pouvait être cliniquement muette ou réciproquement qu'une arthrose débutante (légère chez la recourante) pouvait être hyperdouloureuse. Chez la patiente, l'on se trouvait déjà dans le cercle vicieux d'un syndrome douloureux chronique. L'assurée présentait par ailleurs une certaine décompensation lombaire et de la hanche gauche sous forme de lombalgies et de périarthrite, due à sa boiterie, avec syndrome du muscle pyramidal à caractère intermittent. Selon cet expert, seule une activité adaptée, pouvant être effectuée en position assise avec possibilité de mobiliser le genou gauche par intermittence, pourrait être assurée à 50% soit à mi-temps à plein rendement ou à un tiers temps à 75% de rendement. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans se trouve confronté à deux expertises - ayant valeur probante - aux conclusions divergentes. Il n'est ainsi en l'état pas en mesure de trancher entre l'une et l'autre et de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée. Il constate par ailleurs qu'aucun des deux experts ne s'est prononcé sur le lien de causalité naturelle entre les atteintes actuelles de la recourante et son accident de juillet 2001. Or, cette question doit être examinée dans le cadre de l'assurance-accidents, particulièrement en présence de lésions arthrosiques et de syndrome douloureux chronique. Il confiera dès lors une surexpertise judiciaire à un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, qui devra notamment poser des diagnostics clairs, expliquer pourquoi il s'écarte ou rejoint les conclusions des experts précédents, se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les atteintes actuelles et l'accident, déterminer le degré de capacité de travail résiduelle de la recourante, quelles activités sont adaptées à ses limitations fonctionnelles.

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