

GE_GERICHTE A/2559/2017 vom 7. Mai 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2559_2017

FR: GE_GERICHTE A/2559/2017 du 7 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/2559/2017 del 7 maggio 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ recourant contre BALOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____, (ci-après: l'assuré), né le _____ 1965, travaille en qualité de réalisateur auprès de B_____. À ce titre, il est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. En raison d'une dysplasie spondylo-épiphysaire, l'assuré bénéficie depuis 2005 d'une prothèse de la hanche gauche et, depuis 2008, de la hanche droite.! [endif]>! [if> 3. Alors qu'il circulait à vélo, l'assuré a été percuté par un scooter le 22 septembre 2014. Le rapport de police indique qu'en obliquant à gauche, le conducteur du scooter n'a pas respecté la priorité de l'assuré, qui roulait dans le sens opposé. L'assuré a souffert de multiples fractures du fémur gauche, ainsi que de douleurs au niveau des côtes, de l'épaule et du coude gauche.! [endif]>! [if> 4. L'assuré a été transporté aux Hôpitaux universitaires de Genève, où il a séjourné pendant deux semaines dès le 22 septembre 2014. Une fracture péri-prothétique Vancouver B2 du fémur gauche lui a été diagnostiquée et, le 23 septembre 2014, il a été opéré de la hanche gauche (changement complet de la prothèse et ostéosynthèse de la fracture comminutive du fémur) par le docteur C_____, chirurgien-orthopédiste. Un arrêt de travail de deux mois lui a été prescrit.! [endif]>! [if> 5. Par courriers des 19 novembre 2014 et 6 janvier 2015, le Dr C_____ a informé la Bâloise que l'évolution était favorable et que l'assuré devrait pouvoir reprendre ses activités professionnelles au début de l'année 2015.! [endif]>! [if> 6. Par rapport du 23 janvier 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assuré bénéficiait d'un traitement de physiothérapie et a répondu par la négative à la question de savoir si des mesures étaient susceptibles d'influencer sa capacité de travail. ! [endif]>! [if> 7. Invité par la Bâloise à remplir un rapport intermédiaire, le Dr D_____ a répondu, le 9 septembre 2016, qu'il ne suivait pas l'assuré pour son accident.! [endif]>! [if> 8. Dans un courrier du 16 novembre 2016 adressé à la BÂLOISE, le Dr C_____ a exposé que deux ans après son accident, l'assuré avait récupéré une fonction normale de sa hanche gauche et repris son activité de réalisateur à 100%. Il conservait toutefois un léger raccourcissement séquellaire de la jambe gauche, nécessitant la prescription d'une semelle de compensation de 1.2 cm. Le traitement de la fracture péri-prothétique de la hanche gauche était en principe terminé, mais un contrôle médical annuel demeurait nécessaire pour vérifier l'évolution à long terme de la nouvelle prothèse. Le Dr C_____ invitait la Bâloise à prendre en charge la semelle de compensation et les 9 séances de physiothérapie qu'il avait prescrites, au motif qu'il s'agissait de conséquences de l'accident de septembre 2014. Pour le reste, il jugeait que l'état de la hanche gauche était stabilisé.! [endif]>! [if> 9. À la

demande de la Bâloise, le docteur E_____, médecin-conseil et FMH en chirurgie orthopédique, a rempli un questionnaire le 21 novembre 2016, dans lequel il a indiqué que l'opération réalisée en septembre 2014 était imputable à l'accident. Par ailleurs, les suites de l'accident nécessitaient un suivi médical espacé à long terme (une consultation par année), mais également le port d'une semelle de compensation pour le membre inférieur gauche (deux semelles, à renouveler annuellement) et un traitement de physiothérapie (une séance par semaine), dont il proposait d'évaluer le maintien dans six mois. Enfin, il préconisait de fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20%, ce qui coïncidait par analogie avec le taux moyen (10% à 30%) applicable en cas de coxarthrose de gravité moyenne selon les barèmes d'indemnisation légaux. Le taux retenu de 20% équivalait en outre à la différence entre les taux valables pour une endoprothèse avec mauvais résultat (40%) et une endoprothèse avec bon résultat (20%), étant précisé que cette seconde atteinte correspondait à l'état antérieur à l'accident du 22 septembre 2014.!

10. Sur questions de la Bâloise, le Dr E_____ a précisé le 10 février 2017 que pour chiffrer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20%, il avait tenu compte d'une aggravation prévisible de l'état de santé. Par ailleurs, le traitement médical en cours et futur – un examen par année ainsi que de la physiothérapie – lui paraissait adéquat et correspondait au traitement recommandé dans le cas de l'assuré.!

11. Par décision du 23 février 2017, confirmée sur opposition le 15 mai 2017, la Bâloise a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% et mis fin à la prise en charge des frais médicaux avec effet au 23 novembre 2016.!

Elle a retenu que l'assuré avait repris son activité professionnelle à plein temps et que selon le Dr C_____, son cas était stabilisé, de sorte qu'il ne lui incombait plus de prendre en charge le traitement médical. Par ailleurs, elle avait fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20%, sur la base de l'appréciation du Dr E_____. 12. Une copie de la décision du 23 février 2017 a été transmise à l'assureur-maladie, lequel n'a pas formé d'opposition.!

13. Par acte du 12 juin 2017, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40% et à ce que soit constaté son droit à la prise en charge de moyens auxiliaires et de son traitement médical au-delà du 23 novembre 2016.!

En premier lieu, il a requis la prise en charge de moyens auxiliaires propres à compenser la longueur inégale de ses jambes. En second lieu, il a fait valoir que le médecin-conseil et le Dr C_____ avaient reconnu qu'un traitement de physiothérapie demeurerait nécessaire pendant encore au moins six mois, ce qui selon sa physiothérapeute, devait permettre d'éviter une péjoration de sa capacité de travail. Contrairement à ce que prétendait l'intimée, on ne pouvait considérer que seule une amélioration insignifiante pouvait être attendue de ce traitement. En troisième lieu, il a contesté le calcul préconisé par le médecin-conseil et requis que le taux de son indemnité pour atteinte à l'intégrité soit fixé à 40%. Selon lui, rien n'indiquait qu'un état préexistant avait joué un rôle dans son atteinte à la santé d'origine accidentelle. De surcroît, si l'on se fondait sur un état de santé « non corrigé », comme le préconisait la doctrine, il fallait partir du principe que ses deux prothèses étaient brisées, ce qui justifiait que l'indemnité maximale relative à ce type d'atteinte lui soit accordée. Le recourant a joint à son mémoire un courrier signé par Madame F_____, physiothérapeute: le traitement avait débuté au mois de janvier 2015. Initialement, l'assuré avait présenté un déséquilibre du bassin en lien avec le raccourcissement de sa jambe gauche, lequel était probablement à l'origine d'une lombalgie gauche. Il avait également souffert de la hanche gauche et des deux genoux. Grâce au traitement, les douleurs avaient nettement diminué et l'assuré avait

récupéré une fonction normale de sa hanche gauche. Le raccourcissement de sa jambe entretenait toutefois des douleurs lombaires, que la physiothérapie permettait de maintenir à un faible niveau. Un arrêt de ce traitement engendrerait une augmentation des douleurs, qui pourrait aboutir à une diminution de la capacité de travail. La semelle de compensation n'apportait qu'une solution partielle dans la mesure où l'assuré ne portait pas ses chaussures en permanence. 14. Dans sa réponse du 29 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. [endif]> [if> La conclusion du recourant tendant à la prise en charge de moyens auxiliaires devait être déclarée irrecevable, car cette prestation ne faisait pas l'objet de la décision attaquée. Par ailleurs, l'assuré n'avait plus droit à la prise en charge du traitement médical depuis le 23 novembre 2016, date du premier rapport du Dr E_____, lequel avait indiqué que les suites de l'accident nécessitaient un suivi médical à long terme. Le Dr C_____ avait en outre considéré que l'état de santé était stabilisé. L'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail en mars 2015, qui ne pouvait être améliorée ni par une consultation annuelle visant à évaluer l'évolution de sa prothèse, ni par des séances de physiothérapie. Cette capacité de travail avait du reste conduit l'assurance-invalidité à lui refuser des mesures de réadaptation. Pour le reste, le recourant n'était pas fondé à contester la stabilisation de son état de santé tout en réclamant une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure, dont l'octroi supposait précisément le terme du traitement médical. S'agissant enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'accident avait occasionné une fracture de la hanche gauche et conduit le Dr C_____ à changer la prothèse ainsi qu'à pratiquer une ostéosynthèse. L'assuré avait alors récupéré une fonction normale de sa hanche ainsi qu'une pleine capacité de travail mais conservé, du fait de l'accident, un léger raccourcissement de la jambe gauche, pour lequel une semelle de compensation lui avait été prescrite. Le taux de l'indemnité (20%) avait été fixé par analogie avec ceux prévus pour d'autres atteintes selon les barèmes d'indemnisation légaux. Le recourant réclamait le versement d'une indemnité de 40%, qui correspondait à la perte d'une jambe à hauteur du genou, atteinte plus grave que celle dont il avait souffert. Ses allégations relatives à une absence d'atteinte préexistante étaient au demeurant difficiles à comprendre, puisqu'il était déjà porteur avant l'accident de prothèses des deux hanches en lien avec une dysplasie spondylo-épiphysaire. 15. Le 18 juillet 2017, l'intimée a rendu une décision reconnaissant à l'assuré le droit à la prise en charge d'un moyen auxiliaire (semelles de compensation), dont elle a transmis une copie à la chambre de céans. [endif]> [if> 16. Le recourant a répliqué le 28 août 2017, persistant dans ses conclusions. [endif]> [if> La question des moyens auxiliaires n'était certes plus litigieuse, mais elle l'était encore lorsqu'il avait déposé son recours, car la décision initiale portait également sur cet aspect. S'agissant du traitement médical, il ressortait du rapport du médecin-conseil que son état de santé n'était pas entièrement stabilisé. En effet, interrogé sur le point de savoir si le contrôle annuel de la prothèse et le traitement de physiothérapie étaient adéquats et économiques, ce médecin avait répondu « oui, ce traitement est adéquat et correspond au traitement recommandé après mise en place ou changement de prothèse de hanche et à une inégalité des MI ». On demeurait donc en présence d'un traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Enfin, pour évaluer son atteinte à l'intégrité, il convenait de se fonder sur le taux de 40% valable pour une endoprothèse avec mauvais résultat, mais sans opérer de déduction liée à un état antérieur, contrairement à ce qu'avait préconisé le médecin-conseil. 17. Dans sa duplique du 13 septembre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. [endif]> [if> L'allégation du recourant selon laquelle son état de santé n'était pas entièrement stabilisé était démentie par

son médecin, qui avait considéré que tel était le cas depuis le 16 novembre 2016.

L'intéressé avait de surcroît recouvré une pleine capacité de travail en mars 2015 et n'était plus suivi par le Dr D_____ depuis septembre 2016. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant disposait déjà d'une prothèse de la hanche avant l'accident, dont la seule séquelle était le raccourcissement de sa jambe gauche, nécessitant le port d'une semelle de compensation. En conséquence, l'état de santé « non corrigé » correspondait à une hanche gauche prothésée, qui aurait de toute manière été changée, et seul le raccourcissement de la jambe consécutif à l'accident devait être pris en considération pour évaluer l'atteinte à l'intégrité. 18. Cette écriture a été transmise au recourant, et la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).!

3. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). !

En l'espèce, la décision attaquée, qui délimite l'objet de la contestation, met fin à la prise en charge du traitement médical dès le 23 novembre 2016, et octroie à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. En revanche, elle ne porte pas sur la prise en charge de moyens auxiliaires. Partant, le litige porte uniquement sur la fin du droit au traitement médical et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée au recourant. Il n'appartient en revanche pas à la chambre de céans de se prononcer sur la prise en charge de moyens auxiliaires, dans la mesure où cette prestation ne fait pas l'objet de la décision attaquée. 4. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).!

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 5. Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé

par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

Le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA appartient, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). Le traitement médical au sens de cette disposition tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (voir MAURER, *Schweizerisches Unbfallversicherungsrecht*, 1985, p. 274). La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10 (ATF 134 V 109 consid. 4.1), le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). Le droit au traitement médical cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensible miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 , consid. 4.3 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4). 6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). 7. En premier lieu, le recourant conteste le refus de l'intimée de prendre en charge son traitement de physiothérapie au-delà du 23 novembre 2016, en arguant que son état de santé n'est pas encore pleinement stabilisé. Comme cela a été précédemment exposé (cf. consid. 5), le droit au traitement médical cesse lorsqu'il n'y a plus lieu d'en attendre une sensible amélioration de l'état de santé, ce par quoi il faut comprendre la capacité de travail. L'amélioration doit être « sensible », c'est-à-dire d'une certaine importance. En l'occurrence, à la suite de son accident puis de son opération de la hanche gauche, le 23 septembre 2014, l'assuré a repris son activité professionnelle à 100% le 2 mars 2015. Le Dr C_____, son chirurgien, a jugé que son état était stabilisé depuis le 16 novembre 2016 et que son traitement était terminé, sous réserve du contrôle annuel de la prothèse de hanche. Quant au Dr D_____, il a répondu par la négative à la question de savoir si des mesures concrètes étaient susceptibles d'influencer la capacité de travail, et il ne suit plus l'assuré depuis le 9 septembre 2016. Des rapports médicaux versés au dossier, il ne ressort pas que la poursuite du traitement de physiothérapie permettrait d'améliorer la capacité de travail de l'assuré, qui est d'ores et déjà entière depuis le mois de mars 2015. Il est vrai que le Dr C_____, auquel le Dr E_____ s'est rallié, a préconisé la prise en charge par l'assurance-accidents de 9 séances de physiothérapie supplémentaire en novembre 2016, mais il n'a pas indiqué que de telles séances étaient susceptibles de jouer

un rôle, a fortiori sensible, sur la capacité de travail de l'assuré. Quant à la physiothérapeute, elle a certes indiqué que mettre fin au traitement était propre à augmenter les douleurs de son patient, ce qui « pou[r]rait aboutir à une diminution de sa capacité de travail », mais elle n'a formulé à cet égard qu'une simple hypothèse, qui n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Au demeurant, elle a précisé que les douleurs avaient nettement régressé. En tout état de cause, c'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, il n'appartient pas à l'assureur-accidents de prendre en charge un traitement qui ne fait que soulager momentanément une symptomatologie occasionnée par un état de santé stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4). Dès lors que l'assuré travaille à plein temps depuis le mois de mars 2015, que son état de santé est jugé stationnaire depuis novembre 2016 et qu'il n'est pas établi au degré de vraisemblance requis que la poursuite du traitement permettrait d'améliorer sensiblement sa capacité de travail, c'est à juste titre que l'intimée a cessé de le prendre en charge avec effet au 23 novembre 2016. 8. Reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb p. 210; arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2009 du 18 août 2010 consid. 3.2) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. 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 annexe 3 OLAA). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA). Enfin, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité dépend de la gravité de l'atteinte et se détermine d'après les constatations médicales. Son évaluation incombe 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2 et la référence citée).

b. Selon la table d'indemnisation 5 de la SUVA, une arthrose de la hanche de gravité moyenne donne lieu à une indemnité comprise entre 10% et 30%, tandis qu'une endoprothèse de la hanche ouvre droit à une indemnité de 20% lorsque son résultat est bon et de 40% lorsqu'il est mauvais. Par ailleurs, en vertu de la table d'indemnisation 4, la perte d'une jambe à hauteur du genou donne lieu à une indemnité de 40%.

c. Pour évaluer l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses, respectivement d'endoprothèses, il convient de se fonder sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise de moyens auxiliaires. Cette règle s'applique même si les prothèses ne sont pas mentionnées au chiffre 1 al. 4 de l'annexe 3 à l'OLAA. En effet, selon la jurisprudence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise dans ce cas à compenser, du moins en partie, l'atteinte physique ou psychique en tant que telle et non pas les conséquences de celle-ci sur les fonctions de la vie ou le mode de vie en général (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 40/01 du 4 septembre 2001 consid. 4c ; arrêt du

Tribunal fédéral 8C_962/2008 du 26 juin 2009 consid. 3.2 ; Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3ème éd., 2016, n. 321). d. Selon l'art. 36 al. 2 LAA, 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 (première phrase). Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (seconde phrase). Partant du principe que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents, l'art. 36 al. 2, première phrase, LAA prévoit donc une réduction possible des indemnités pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions causées par des facteurs extérieurs à l'accident (comme un état maladif antérieur). L'application de cette disposition suppose néanmoins que l'accident et l'événement non assuré aient causé conjointement une atteinte à la santé et que les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la seconde phrase de l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable aux indemnités pour atteinte à l'intégrité (arrêt U 376/07 du 29 juin 2007 consid. 2 publié in SVR 2008 UV n° 6 p. 19). Il s'ensuit que cette prestation peut être réduite en raison d'un état préexistant, même si cet état n'avait aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident. En vertu de l'art. 47 OLAA, l'ampleur de la réduction des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de celles-ci dans l'atteinte à la santé; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération. 9. a. En l'espèce, il ressort du dossier que l'assuré dispose depuis 2005 d'une prothèse de la hanche gauche et depuis 2008 d'une prothèse de la hanche droite. À la suite de son accident de la circulation, en septembre 2014, il a souffert d'une fracture péri-prothétique du fémur gauche, qui a incité le Dr C_____ à l'opérer afin de pratiquer une ostéosynthèse de la fracture fémorale et de remplacer sa prothèse de la hanche gauche. L'assuré a par la suite pu reprendre son activité lucrative à plein temps, mais conserve comme séquelle accidentelle un léger raccourcissement de la jambe gauche, nécessitant le port d'une semelle de compensation de 1.2 cm. [endif]> [if> Le Dr E_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité en se référant à la table 5 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA. Il a retenu un taux de 20%, équivalant à la différence entre les taux valables pour une endoprothèse de la hanche « avec résultat mauvais » (40%) et « avec résultat bon » (20%), en précisant que cette seconde atteinte correspondait à l'état antérieur à l'accident. Il a relevé par ailleurs que ce pourcentage coïncidait avec le taux moyen prévu pour une coxarthrose (arthrose de la hanche) de gravité moyenne (entre 10% et 30%). Le recourant réclame le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%, ce qui correspond au taux évoqué par le Dr E_____ pour une « endoprothèse avec résultat mauvais » mais sans opérer une déduction de 20% liée à un état antérieur. Selon lui, rien ne permet de retenir qu'un état antérieur a joué un rôle dans son atteinte à la santé. Il souligne également qu'en cas d'implantation de prothèses, il convient selon la doctrine de fixer l'atteinte à l'intégrité en fonction d'un état de santé « non corrigé ». b. L'argumentation du recourant ne permet pas de s'écarter de l'appréciation du Dr E_____. Dans la mesure où avant son accident, le recourant était déjà porteur d'une prothèse de la hanche gauche, qui lui avait été installée en raison d'une dysplasie spondylo-épiphysaire, c'est-à-dire d'une maladie (cf. lettre de sortie des HUG du 6 octobre 2014), la réduction de 20% opérée par le médecin-conseil pour tenir compte de cette atteinte malade antérieure s'avère conforme à l'art. 36 al. 2 LAA. Cette disposition

prescrit en effet que les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Par ailleurs, la doctrine à laquelle le recourant se réfère se borne à rappeler le principe jurisprudentiel selon lequel en cas d'implantation d'une prothèse, l'atteinte à l'intégrité s'évalue en fonction de l'état de santé « non corrigé », c'est-à-dire de la situation prévalant avant la pose de la prothèse. Cette jurisprudence repose sur le principe que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser l'atteinte à la santé en tant que telle, et non pas ses effets sur les fonctions vitales ou le mode de vie en général. Il n'est dès lors pas décisif que l'atteinte à l'intégrité soit compensée, au point que l'assuré ne subisse pratiquement plus d'empêchement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_962/2008 du 26 juin 2009 consid. 3.2). Pour autant, le recourant n'explique pas clairement en quoi l'appréciation du Dr E_____ contreviendrait à la jurisprudence précitée et au demeurant, il omet de prendre en considération le fait que sa hanche gauche était déjà atteinte avant l'accident. Enfin, le recourant n'étaye son argumentation divergente par aucun rapport médical et comme le fait remarquer l'intimée, si une indemnité de 40% devait lui être accordée, cela reviendrait à quantifier son atteinte à l'intégrité au même taux qu'un assuré ayant été amputé de la jambe à hauteur du genou (cf. annexe 3 OLAA). Or, l'atteinte dont il souffre n'est pas d'une gravité comparable. Au vu de ce qui précède, le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé par la Bâloise ne prête pas le flanc à la critique. 10. Mal fondé, le recours est rejeté. 11. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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