

GE_GERICHTE A/2817/2011 vom 16. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2817_2011

FR: GE_GERICHTE A/2817/2011 du 16 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE A/2817/2011 del 16 ottobre 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame W _____, domiciliée route de Saint-Julien 177, Plan-les-Ouates, représentée par ASSISTA TCS SA Services juridiques recourante contre GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, Service juridique prestations, sise avenue Perdtemps 23, Nyon intimée EN FAIT 1. Madame W _____ (ci-après : l'assurée), de nationalité suisse, née en 1946, travaillait comme aide-comptable à la FONDATION X _____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après : GENERALI).¹ Le 17 janvier 2009, l'assurée a été renversée par une voiture sur un passage piéton. Elle a été examinée par le Dr A _____ du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le jour même. Elle se plaignait de douleurs au genou droit et de douleurs et plaies à la cheville gauche. Les radiographies effectuées de la jambe gauche mettaient en évidence une fracture ouverte du pilon tibial gauche, une fracture de la fibula gauche et une fracture du calcanéum gauche. Celles du genou droit ne révélaient pas de fracture, mais une gonarthrose fémoro-tibiale interne avec ostéophytose et un pincement articulaire. Un hématome et une dermabrasion à ce membre ressortaient de l'examen médical. L'assurée a présenté une incapacité de travail de 100% dès ce jour.² L'accident a été déclaré le 26 janvier 2009 à GENERALI. 3. Entre le 17 janvier 2009 et le 12 février 2009, l'assurée a subi quatre interventions chirurgicales aux HUG impliquant la mise en place de matériel d'ostéosynthèse au pilon tibial et au calcanéum gauches.⁴ Le 11 avril 2009, l'assurée a glissé avec ses béquilles. En chutant, elle s'est fracturé le scaphoïde gauche. La Dresse B _____, spécialiste FMH en chirurgie, l'a suivie pour un traitement qui a pris fin en novembre 2009.⁵ Le 3 août 2009, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a procédé à un examen scintigraphique osseux partiel lequel a évoqué une algoneurodystrophie du membre inférieur gauche dans sa première phase hémodynamiquement active.⁶ Dans un rapport du 26 janvier 2010, le médecin traitant de l'assurée, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne, a relevé l'apparition de "douleurs à la hanche droite par surcharge".⁷ En raison des plaintes de l'assurée, le Dr E _____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué le 15 février 2010 des radiographies du bassin et de la hanche droite signalant une double discarthrose entourant L5, une insertionite ossifiante au niveau des deux grands trochanters fémoraux, mais pas de coxarthrose. Selon la Dresse F _____, spécialiste FMH en orthopédie, consultée par GENERALI, ces problèmes n'avaient pas de rapport avec l'accident.⁸ Le 19 mars 2010, une échographie du genou droit pratiquée par le Dr G _____, spécialiste FMH en radiologie, a confirmé la présence d'une gonarthrose interne du genou droit avec péri-tendinopathie des tendons de la patte d'oie.⁹ Dans son rapport du 29 mars 2010, le médecin traitant a repris les

diagnostics des radiologues.![endif]>![if> 10. Après avoir consulté son médecin conseil, GENERALI a expliqué à l'assurée par courrier du 25 mai 2010 que l'atteinte à la cheville droite n'était pas en relation avec l'accident et a refusé de prendre en charge les frais y afférents.![endif]>![if> 11. L'assurée a pris sa retraite le 1 er juillet 2010.![endif]>![if> 12. A la demande de GENERALI, une expertise a été menée le 13 octobre 2010 par le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier a examiné l'assurée et étudié le dossier. Dans son rapport du 9 décembre 2010, il a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs au membre inférieur droit depuis le printemps 2010, sans nouveau traumatisme. La gonarthrose droite était déjà présente sur les premiers clichés effectués en urgence à l'hôpital. Les dorso-lombalgies et les enthésopathies calcifiantes étaient des troubles dégénératifs indépendants de l'accident. Ces diagnostics n'étaient selon lui pas liés à l'accident. Le médecin a ajouté qu'il n'y aura jamais de statu quo sine ou statu quo ante concernant les lésions post-traumatiques du membre inférieur gauche. Le traitement médical n'était pas terminé car une ablation du matériel d'ostéosynthèse devait encore avoir lieu. L'assurée devrait porter des chaussures et semelles orthopédiques, et suivre deux à trois séries de physiothérapie par an. Il n'y avait pas lieu d'attendre de ces mesures une amélioration notable de l'état de santé mais elles maintiendraient l'état actuel. La capacité de travail était de 50% avec une diminution du rendement de 10% en raison des difficultés de déplacement.![endif]>![if> 13. Selon des radiographies du genou droit réalisées par le Dr I _____ le 10 novembre 2010, l'assurée présentait une gonarthrose droite tricompartmentale prédominant au niveau fémoro-tibial interne. Il n'y avait pas de lésion traumatique.![endif]>![if> 14. Par courrier du 21 décembre 2010, GENERALI a informé l'assurée qu'elle mettait fin à la prise en charge des frais de traitement, à l'exception des frais médicaux pour les soins mentionnés par l'expert et dans la limite des frais pris en charge après la fixation de la rente, ainsi qu'aux indemnités journalières au 30 novembre 2010, dans la mesure où il ressortait du rapport d'expertise qu'il n'y avait pas lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé et où aucune mesure de réadaptation n'avait été instaurée par l'assurance-invalidité. Elle lui verserait dès le 1 er décembre 2010, et jusqu'à sa décision formelle, des avances sur rente à raison de 2'000 fr. par mois. Une copie du rapport d'expertise était transmise à l'assurée, à laquelle un délai était imparti pour faire part de ses éventuelles remarques.![endif]>![if> 15. Par fax du 7 janvier 2011 adressé au Dr H _____, le Dr D _____, à laquelle l'assurée avait remis une copie de l'expertise, a expliqué que "l'arthrose actuellement bien visible au niveau du compartiment interne surtout, ne l'était pas du tout à ce point sur les Rx du 17.1.2009." Il a demandé : "Ne pensez-vous pas que la grave fracture de la jambe gauche qui a obligé la patiente à charger énormément le membre inf. droit a contribué à aggraver notamment cette arthrose du genou droit et que finalement ces douleurs du genou droit actuelles sont en relation indirectement avec l'accident ?"![endif]>![if> 16. Le 3 mars 2011, l'assurée, sous la plume de son assurance d'assistance juridique, a fait part de ses remarques relatives à l'expertise. Son désaccord portait sur les conclusions relatives à son genou droit, auquel elle avait reçu un choc le jour de l'accident. S'appuyant sur l'avis de son médecin traitant, elle considérait que l'aggravation de l'arthrose au genou droit était due à la surcharge de celui-ci. La prise en compte des affections du genou droit pouvait avoir une influence sur la capacité de travail.![endif]>![if> 17. Dans un fax du 8 mars 2011 adressé à GENERALI, le Dr H _____ a expliqué avoir eu un entretien téléphonique avec le Dr D _____. Les conclusions de son rapport restaient inchangées.![endif]>![if> 18. Le 21 mars 2011, le Dr J _____, du département de chirurgie des HUG, a procédé à

l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du calcanéum gauche.![endif]>![if> 19. Par décision du 28 mars 2011, GENERALI a fixé le taux d'invalidité de l'assurée à 55% et le montant de la rente d'invalidité à 1'942 fr. dès le 1^{er} décembre 2010. Elle précisait qu'elle prendrait en charge les frais pour l'intervention du mois de mars 2011 et pour les traitements consécutifs. Elle prendrait aussi en charge les traitements nécessaires au maintien de l'état de santé actuel et de la capacité résiduelle de gain, notamment les chaussures et semelles orthopédiques ainsi que deux à trois séries de physiothérapie par année. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité était réservée.![endif]>![if> 20. Le 9 mai 2011, l'assurée a fait opposition à ladite décision. Elle contestait l'absence de causalité entre l'accident et l'arthrose fémoro-tibiale interne du genou droit, en se référant de nouveau au courrier de son médecin traitant, mais aussi le taux d'invalidité qu'elle estimait être supérieur à 55%.![endif]>![if> 21. Par décision du 22 juillet 2011, GENERALI a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle nie la présence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles au genou droit dans la mesure où il s'agissait de troubles dégénératifs préexistants. Le médecin traitant n'avait pas été en mesure d'établir que l'arthrose préexistante aurait pu être aggravée par la surcharge sur la jambe droite. GENERALI a expliqué que le taux d'activité réduit à 45% tenait déjà compte des difficultés globales de déplacement de l'assurée et que la prise en compte des troubles du genou n'entraînerait pas une diminution de cette capacité de travail.![endif]>![if> 22. Par acte du 14 septembre 2011, l'assurée a formé recours contre ladite décision. Elle conclut à la constatation du lien de causalité entre l'accident du 17 janvier 2009 et l'arthrose fémoro-tibiale interne de son genou droit, à l'augmentation de son taux d'invalidité et à la condamnation de l'intimée à la prise en charge des frais pour les troubles l'affectant. A la demande de la recourante, le Dr C_____ a effectué le 2 septembre 2011 un deuxième examen scintigraphique osseux partiel, lequel n'était pas évocateur de la persistance d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS) évolutif. Les conclusions de cet examen sont :![endif]>![if> "Au niveau du genou droit, l'examen met en évidence des remaniements arthrosiques peu évolutifs de l'articulation fémoro-tibiale interne, sans modification scintigraphique significative comparativement au précédent examen de 2009. On observe par contre l'apparition d'une hyperfixation relativement intense au niveau d'une formation ostéophyttaire du versant fémoral du compartiment externe de l'articulation fémoro-patellaire droite, suggérant des remaniements dégénératifs évolutifs. Au niveau du membre inférieur gauche, l'examen oriente vers des remaniements dégénératifs post-traumatiques évolutifs de l'articulation calcanéo-cuboïdienne ainsi que sur le versant malléolaire interne de l'articulation tibio-talienne. L'aspect scintigraphique évoque également des remaniements dégénératifs moins évolutifs au niveau des articulations sous-talienne postérieure et cuboïdo-métatarsienne." La recourante attendait un rapport du Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour compléter son recours. 23. Le 6 octobre 2011, le Dr J_____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du pilon tibial gauche. Les frais de cette intervention et la convalescence qui a suivi ont été pris en charge par l'intimée.![endif]>![if> 24. Selon un courrier du 10 octobre 2011 du Dr K_____, l'évolution clinique au niveau du genou droit est celle d'une péjoration de la situation avec augmentation des douleurs. Le médecin a relevé dans les résultats de la deuxième scintigraphie une nette asymétrie en défaveur du genou droit qu'il a interprétée comme une aggravation significative et durable de ce membre. A terme, une arthroplastie sera nécessaire. Celle-ci a certainement été avancée par l'accident, selon le médecin. Constatant une évolution vers une arthrose post-traumatique de la cheville gauche, il estime que le

traitement médical n'est pas terminé.![endif]>![if> 25. Dans son mémoire complémentaire du 20 octobre 2011, la recourante déclare ne plus contester le taux d'invalidité de 55%. Sur la base du rapport du 10 octobre 2011 du Dr K_____, elle affirme que l'accident a aggravé l'état de son genou droit. Après avoir cité le Dr K_____ qui préconisait une intervention chirurgicale potentielle des arthroses de la cheville gauche, la recourante ajoute à ses conclusions précédentes la constatation du lien de causalité entre l'accident du 17 janvier 2011 (recte: 2009) et les lésions subies à sa cheville gauche, ainsi que la constatation que le traitement médical n'est pas terminé. ![endif]>![if> 26. Dans un courrier du 24 novembre 2011 adressé à l'intimée, le Dr H_____ rappelle que la gonarthrose était visible sur les radiographies le jour de l'accident. S'agissant d'une maladie évolutive dégénérative du cartilage articulaire, elle n'est pas en lien de causalité avec l'accident et il était dans sa nature de s'aggraver, cela indépendamment de l'activité de la recourante. A son avis, en marchant avec des cannes sur un périmètre restreint, cette dernière a moins sollicité son genou que si elle avait pu avoir une activité normale. Le médecin n'a aucune raison de penser que la recourante présenterait encore un CRPS.![endif]>![if> 27. Invitée à répondre, l'intimée conclut le 2 décembre 2011 au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Elle justifie sa position en se référant au dernier courrier du Dr H_____. Elle prend note que la recourante ne conteste plus le taux d'invalidité de 55%. ![endif]>![if> 28. A la demande de la recourante, le Dr K_____ s'est exprimé par courrier du

E. 6

février 2012 sur l'avis du Dr H_____. Il s'étonne que le choc subi au genou droit et la présence de douleurs le jour de l'accident ne soit pas discuté par son confrère dans son expertise. Il affirme que la dégradation de l'arthropathie est due à une surcharge du membre inférieur droit et que l'aggravation est documentée dans les scintigraphies. A son avis, il n'est pas possible d'exclure la persistance d'un CRPS car la scintigraphie n'était utile qu'au cours de la première demi-année après l'accident. La recourante peut encore présenter des séquelles d'un CRPS. Ce médecin relève que ce diagnostic ne figure pas dans l'expertise.![endif]>![if> 29. Dans sa réplique du 24 février 2012, la recourante se réfère au courrier du Dr K_____ et persiste dans ses conclusions.![endif]>![if> 30. Par courrier du 3 avril 2012, le Dr H_____ a répété qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident et les douleurs au genou de l'intimée. Il y a eu un choc, mais aucune lésion post-traumatique n'a été mise en évidence. Il s'agissait donc d'une contusion, propre à causer des douleurs immédiates. Le statu quo pour une contusion peut être atteint quelques semaines après l'accident. Selon lui, dans la mesure où la recourante présente des séquelles de l'accident à son membre inférieur gauche, il est indifférent que celles-ci soient dues à une problématique post-traumatique ou à un éventuel CRPS persistant. Si ce dernier diagnostic ne figurait pas dans son expertise, c'est parce qu'il n'y avait aucune évidence de la poursuite d'une algodystrophie.![endif]>![if> 31. Dans sa duplique du 10 avril 2012, l'intimée fait référence au courrier du Dr H_____ et persiste dans ses conclusions.![endif]>![if> 32. La Cour de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et des enquêtes lors d'une audience le 26 juin 2012. Les Drs K_____ et H_____ ont été entendus en qualité de témoins.![endif]>![if> Le premier a déclaré : "Je précise d'emblée que les investigations n'ont pas particulièrement porté sur le genou droit, vu la gravité de la fracture à gauche. On fait rarement dans le détail lorsqu'il y a urgence. Je ne conteste pas le diagnostic d'arthrose posé par le Dr H_____. J'explique qu'il y a deux types d'arthrose, l'arthrose primitive qui survient avec l'âge, et l'arthrose post-traumatique qui est le résultat d'entorses ou de fractures. Il va de soi qu'en l'espèce, il convient d'éliminer

l'hypothèse d'une fracture que les médecins n'auraient pas manqué de constater. Il est en revanche possible que la patiente ait souffert d'une entorse, par exemple. Il est vraisemblable à cet égard qu'elle n'ait pas été mise debout avant une à trois semaine(s). L'aggravation de l'arthrose, qui peut être constatée actuellement, a évolué plus rapidement que s'il n'y avait pas eu de choc. C'est la raison pour laquelle je pense que le choc a participé à cette aggravation. Il n'est pas logique que l'arthrose soit telle qu'elle est actuellement, alors qu'il y avait un emploi restreint du membre inférieur droit pendant les six mois suivant l'accident. Je rappelle que l'arthrose touche la partie externe du genou droit. Le choc a fait "cintrer" le genou (a provoqué une compression en valgus). Cela est bien illustré par la scintigraphie osseuse qui a été pratiquée. J'évaluerais à plus de 50% la probabilité que le choc ait causé l'aggravation. (...) J'ai vu sauf erreur les radiographies du genou droit qui ont été faites le jour de l'accident. Le seul moyen d'investiguer correctement aurait été de faire subir à la patiente une IRM. Je précise que ce n'est pas la contusion qui est la cause de l'atteinte, mais l'énergie qu'elle a créée. Il n'y avait probablement pas de traitement particulier à appliquer à ce genou droit. J'ai qualifié l'évolution de l'arthrose d'anormale compte tenu de l'activité physique qu'avait Madame W_____ (marche et danse). Les faits d'employer davantage sa jambe droite de façon non harmonieuse, plus l'aggravation de l'arthrose, se cumulent. Je dirais que l'évolution actuelle est plutôt défavorable. L'évolution cessera de se modifier au moment où il aura la prothèse. (...) Ce médecin a encore expliqué que la recourante souffrait à la cheville gauche de lésions neurologiques, en particulier de troubles neurologiques et présentait un CRPS. La physiothérapie était un moyen d'accompagnement et un traitement chronique. Elle était susceptible d'améliorer la capacité de travail, car elle diminuait la douleur. La prise en charge de trois séances semblait restrictive et représentait la limite inférieure. Une séance par semaine ou toutes les deux semaines serait utile. Le Dr H_____ a déclaré : "Il n'est pas contesté que Madame W_____ a présenté une contusion au genou droit. Je ne peux évidemment pas dire si le genou a été cintré ou non lors du choc. Ce que je peux dire en revanche c'est qu'il n'y a pas eu de lésion traumatique objectivée. Nous avons en revanche pu constater sur les radiographies pratiquées le jour de l'accident qu'il y avait de l'arthrose. A la question de savoir si les médecins préoccupés par le "côté gauche" n'ont pas investigué le genou droit, je répondrais que les premières plaintes de la patiente sont apparues au début de l'année 2010 seulement, soit une année après l'accident. Ce délai est trop long. Il est tout à fait possible qu'elle ait souffert d'une entorse à droite. Je précise toutefois qu'une entorse se guérit en deux-trois mois en tout cas et elle ne peut provoquer une arthrose. Je précise qu'une entorse correspond au mécanisme, le diagnostic correspondant serait l'élongation des ligaments par exemple. On ne peut juger sur la base de la scintigraphie de l'aggravation d'une arthrose. On peut seulement constater une irritation, une inflammation, ou une algodystrophie, ce qui peut expliquer les douleurs. Le meilleur examen est de pratiquer des radiographies du patient debout. L'algodystrophie est un diagnostic qui ne peut pas être démontré. Il est posé grâce à un ensemble clinique, de radiographies, scintigraphies, etc. C'est souvent un diagnostic d'exclusion. Il est la cause de raideurs et de douleurs. Le fait que les douleurs dont souffre la patiente sont dues à l'algodystrophie ou à l'arthrose ne fait pas de différence finalement. S'agissant des séances de physiothérapie, il est difficile de fixer à l'avance le nombre nécessaire. Je ne dirais pas que 27 séances constituent la limite inférieure, dans la mesure où 18 séances par exemple pourraient suffire, ou 32 séances seraient nécessaires. Il s'agit de physiothérapie d'entretien. Le fait que Madame W_____ se soit plainte de douleurs au genou droit n'est pas discutable. Ce que j'ai dit

est qu'elle ne s'en est pas plainte jusqu'au début 2010. Les radios du membre inférieur droit pratiquées le jour de l'accident ont été faites alors que la patiente était couchée. On ne peut dans ses conditions que sous-estimer l'arthrose, par rapport à des radios pratiquées alors que le patient est debout. Je ne suis pas d'accord avec le Dr K_____ lorsqu'il dit que le meilleur examen pour mesurer l'usure du cartilage est l'IRM. Je dis moi que c'est plutôt les radios en charge sur lesquelles on peut mieux voir l'épaisseur du cartilage." 33. Dans ses écritures après enquêtes du 29 juin 2012, l'intimée persiste dans ses conclusions en précisant prendre en charge 27 séances de physiothérapie, soit trois cycles de neuf séances, étant donné qu'il s'agit de conserver une capacité résiduelle de gain théorique. 34. Par courrier du 14 juillet 2012, le Dr K_____ explique qu'il n'est pas du même avis que son confrère. A l'appui de son avis, il évoque la littérature médicale concernant les entorses provoquant des arthroses et l'efficacité de la scintigraphie pour évaluer une arthrose. 35. Dans ses conclusions après enquêtes du 31 juillet 2012, la recourante soutient que de fortes douleurs ont pu masquer des symptômes et que la douleur aurait dû être investiguée au moyen d'une IRM et non d'une radiographie le jour de l'accident pour le genou droit. Selon elle, son arthrose n'était pas présente sur les radiographies du jour de l'accident, elle est d'origine post-traumatique et est en lien avec l'accident. Elle relève une contradiction et une lacune dans l'expertise en ce sens que le choc à la jambe droite est mentionné, sans être discuté. Elle amplifie ses conclusions en demandant que l'intimée soit condamnée à prendre en charge jusqu'à quatre séries de neuf séances de physiothérapie par année. Pour le surplus, elle persiste dans ses conclusions. 36. La Cour de céans a transmis ces écritures à l'intimée et a gardé la cause 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; RS 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'événement accidentel, sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. La recourante ne contestant plus le taux d'invalidité fixé à 55% par l'intimée, l'objet du litige porte uniquement sur le lien de causalité entre l'événement accidentel du 17 janvier 2009 et l'affection au genou droit de la recourante, ainsi que sur la poursuite du traitement pour le pied gauche et le nombre de séances de physiothérapie à prendre en charge. 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par

une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.> Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 7

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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).>

E. 8

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).> Selon le principe de libre appréciation des preuves,

pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Etant 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. 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).!endif>!if> 10. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).!endif>!if> 11. Pour trancher la question du lien de causalité entre l'accident du 17 janvier 2009 et l'arthrose fémoro-tibiale interne au genou droit de la recourante, il y a lieu d'examiner les divers rapports médicaux.!endif>!if> 12. L'expertise du Dr H_____ a été établie de manière circonstanciée, au terme d'une étude attentive et complète du dossier, ainsi qu'à l'issue d'un examen complet de la recourante. Elle a pris en considération les antécédents médicaux de cette dernière ainsi que ses plaintes. Le médecin a posé des diagnostics clairs d'après l'étude des radiographies. Concernant notamment le problème au genou droit, le rapport mentionnait le choc reçu à celui-ci, les douleurs apparues dès le printemps 2010 sans nouveau traumatisme et les résultats des différentes radiographies effectuées sur ce membre. Compte tenu de ces éléments, le médecin a conclu que l'arthrose fémoro-tibiale interne du genou droit n'était pas en relation de causalité avec l'accident, car la gonarthrose était déjà présente sur les radiographies effectuées le jour de l'accident.!endif>!if> Au cours de l'instruction, le Dr H_____ a expliqué que l'arthrose est une maladie dégénérative de nature évolutive du cartilage articulaire et qu'elle apparaît avec le temps. En l'absence de lésion post-traumatique, seule une contusion pourrait être retenue, avec un statu quo quelques semaines après l'accident. La présence de l'arthrose fémoro-tibiale interne pouvait expliquer l'apparition des douleurs. Ce médecin a expliqué que compte tenu de son périmètre de marche restreint, il n'était pas possible d'affirmer que la recourante chargeait d'avantage son genou droit. Il ajoutait que sans l'accident, la recourante aurait eu une plus grande activité. Lors de l'audience d'enquête, le médecin a répété que l'arthrose, dont on ne pouvait que sous-estimer l'importance, était visible sur les radiographies du jour l'accident prise en position couchée. Il ne savait dire si le genou avait été cintré lors du choc. La recourante a peut-être souffert d'une entorse, mais celle-ci se guérit après deux ou trois mois et ne provoque pas d'arthrose. Le diagnostic d'une telle entorse aurait été celui d'une élévation des ligaments par exemple. La Cour estime que ces explications sont convaincantes et cohérentes s'agissant de son expertise et s'agissant de ses interventions au cours de l'instruction. 13. Cela étant, la recourante se prévaut d'un courrier de son médecin traitant pour affirmer que l'arthrose n'était pas présente le jour de l'accident et que les problèmes au pied gauche, impliquant la marche avec des béquilles, a surchargé son genou droit.!endif>!if> Le médecin traitant a adressé un courrier au Dr H_____, après avoir étudié les radiographies effectuées le jour de l'accident. Selon lui, l'arthrose n'était pas aussi visible qu'actuellement. Il posait ensuite une simple question sur la possibilité que la

surcharge de la jambe droite ait aggravé l'arthrose d'une manière importante, faisant le lien entre les douleurs et l'accident, et n'a pris aucune conclusion. Par la suite, il ne s'est plus prononcé sur la question de la causalité après s'être entretenu par téléphone avec le Dr H_____. Il convient également de tenir compte que selon la jurisprudence, ce médecin, du fait de son lien avec sa patiente, est enclin à prendre plutôt parti pour la recourante. La Cour relève par ailleurs que selon la littérature médicale, la sollicitation d'une jambe dans le cas de boiteries de la jambe lésée, de paralysies ou de raccourcissements, n'est pas plus importante qu'elle ne l'est pour une personne en bonne santé (Harrington in J Bone Joint Surg, juillet 1994, 76B:519-520; Harrington in Biomechanics in Orthopaedics, Springer-Verlag 1992:121-146). La Cour considère en conséquence que l'avis du Dr D_____ n'est pas propre à mettre sérieusement en doute l'expertise du Dr H_____, de sorte qu'il doit être écarté. 14. La recourante se fonde également sur l'expertise du Dr K_____ pour critiquer l'expertise du Dr H_____. Elle affirme que l'arthrose au genou droit est d'origine post-traumatique. Le Dr K_____ a rédigé un courrier le 10 octobre 2011 au terme notamment de l'étude des scintigraphies de 2009 et 2011. Après comparaison, il a conclu à une nette asymétrie, qu'il a interprété comme une aggravation significative et durable de la situation du genou droit, sans toutefois poser un diagnostic précis, ni expliquer en quoi cette aggravation serait en lien avec l'accident. Il ne s'est pas référé à d'autres éléments du dossier, notamment aux radiographies du genou droit. La Cour relève que le Dr K_____ se contredit en posant diverses hypothèses selon lesquelles l'aggravation de l'arthrose serait due à la surcharge du genou droit ; puis qu'une entorse pourrait être à l'origine de l'arthrose ; ou que l'aggravation de l'arthrose devait être due au choc, compte tenu de la marche restreinte de la recourante ; ou encore que le genou aurait été cintré. Il affirme que le choc était à l'origine de l'aggravation avec une probabilité estimée à plus de 50%. Dans cette mesure, il ne peut mettre en doute les conclusions du Dr H_____. L'avis du Dr K_____ est lacunaire et contradictoire. Les hypothèses envisagées ne sont que de simples possibilités qui, faute de pouvoir être vérifiées par des éléments objectifs, n'atteignent pas le degré de vraisemblance prépondérante. Il n'a ainsi pas force probante. Après avoir écarté les avis du Dr D_____ et du Dr K_____, l'on ne peut suivre la recourante dans son raisonnement. Force est ainsi de constater que l'avis du Dr H_____, ne peut être remis en question. Il convient donc de retenir qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'accident et l'arthrose fémoro-tibiale au genou droit. 15. La recourante affirme que le traitement médical pour le pied gauche n'est pas terminé et elle conclut à la prise en charge des troubles l'affectant. Il s'agit de déterminer si c'est à tort que l'intimée a fixé la fin du traitement médical au 30 novembre 2010. 16. 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). 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). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATFA non publiés U 391/00 du

mai 2001 et U 89/95 du 21 novembre 1995). 17. En l'espèce, il n'est pas contesté que la fracture ouverte de la jambe gauche, la fracture du calcanéum gauche, l'arthrose débutante tibio-astragaliennne et sous-astragaliennne avec raideur de la cheville gauche ainsi que l'hypodysthésie de la cheville gauche et du dos du pied gauche sont en lien de causalité avec l'accident du 17 janvier 2009.!

La recourante se réfère à l'avis du Dr K_____ et affirme que le traitement en lien avec les affections du membre inférieur gauche n'est pas fini. Elle n'indique cependant pas quelles sensibles améliorations pourraient être apportées à son état, ni par quel moyen. Au moment de l'expertise, le traitement médical n'avait pas encore pris fin car il fallait encore procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, ce qui allait diminuer les douleurs ressenties. Cette intervention a du reste été prise en charge par l'intimée. Le Dr H_____ a indiqué dans son expertise qu'il n'y aurait cependant jamais de statu quo sine ou statu quo ante concernant les lésions post-traumatiques du membre inférieur gauche et qu'il n'y aurait pas d'amélioration notable en portant des chaussures orthopédiques et en faisant de la physiothérapie. De ce fait, la Cour constate qu'on ne pouvait s'attendre à une amélioration sensible de l'état de la recourante après l'intervention. De plus, aucune mesure de réadaptation n'a été instaurée par l'assurance-invalidité. Les conditions requises par l'art. 19 al. 1 LAA étaient ainsi réalisées. Dès lors, c'est à raison que l'intimée a mis un terme au traitement médical et aux indemnités journalières au 30 novembre 2010 et qu'elle a versé une rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010. 18. Reste à examiner dans quelle mesure les frais médicaux sont pris en charge après la fixation de la rente.!

19. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (ATFA non publié U 188/02 du 14 mars 2003 consid. 1). !

L'art. 21 al. 1 let. c LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). 20. En l'espèce, l'intimée a prévu notamment la prise en charge, en se référant à l'expertise du Dr H_____, de chaussures et semelles orthopédiques et de deux à trois séries de physiothérapie, ces mesures étant destinées à maintenir l'état actuel. La recourante conclut cependant dans ses conclusions après enquêtes à la prise en charge jusqu'à quatre séries de neuf séances de physiothérapie par année. En effet, selon le Dr K_____ celles-ci améliorent notablement la capacité de travail résiduelle dans la mesure où la douleur est diminuée. C'est perdre de vue que l'amélioration de la capacité de travail est le critère permettant la prise en charge des traitements selon l'art. 10 LAA. Or cette disposition ne s'applique plus dans la mesure où la rente d'invalidité a été fixée. La prise en charge des frais des traitements médicaux est donc limitée en l'occurrence à ceux qui permettent de conserver la capacité de travail actuelle et non de

l'améliorer.![endif]>![if> C'est donc à juste titre que l'intimée a décidé de prendre en charge trois séries de séances de physiothérapie selon ses écritures après enquêtes. 21. Eu égard à ce qui précède le recours doit être rejeté.![endif]>![if> 22. La procédure est gratuite.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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