

GE_GERICHTE A/2856/2011 vom 24. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2856_2011

FR: GE_GERICHTE A/2856/2011 du 24 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/2856/2011 del 24 novembre 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.11.2011
A/2856/2011

A/2856/2011 ATAS/1112/2011 du 24.11.2011 (LAA), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2856/2011
ATAS/1112/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 24
novembre 2011 3ème Chambre En la cause Monsieur M_____, domicilié au
Grand-Saconnex recourant contre AXA ASSURANCES SA, WINTERTHUR, repr. AXA
WINTERTHUR, secteur marché Suisse Romande, chemin de Primerose 11, 1002
Lausanne, intimée EN FAIT Monsieur M_____ travaille en qualité de vendeur
auprès de X_____ et est assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès d'AXA
WINTERTHUR (ci-après l'assureur). Le 18 mai 2009, l'assuré a été victime d'un accident :
alors qu'il tentait de réparer une machine, sa main gauche s'est prise dans le mécanisme,
entraînant une amputation complète (trans P3) du troisième doigt, une amputation complète
(trans IPD) au quatrième doigt et une amputation transpulpaire (trois-quarts de la pulpe) au
cinquième doigt. Le cas a été pris en charge par l'assureur. Malgré plusieurs interventions,
l'accident a laissé des séquelles puisque l'assuré souffre toujours de douleurs à l'appui,
localisées au niveau de la pulpe des troisième et cinquième doigts, et d'une sensibilité au
contact avec diminution des récupérations nerveuses périphériques. Par ailleurs, la mobilité
des doigts touchés est également touchée. Par décision du 26 mai 2011, se fondant sur l'avis
de son médecin-conseil, l'assureur a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte
à l'intégrité (IPAI) de 5 %, correspondant à 6'300 fr. Le 22 juin 2011, l'assuré s'est opposé à
cette décision en expliquant qu'il ne contestait pas d'un point de vue objectif le taux retenu
mais qu'il demandait qu'il soit également tenu compte, subjectivement, de ses difficultés
quotidiennes et de sa souffrance morale. Par décision sur opposition du 14 juillet 2011,
l'assureur a confirmé sa décision du 26 mai 2011. Il a souligné le caractère objectif de
l'indemnisation, dont il a expliqué qu'elle est uniquement fonction de la gravité de l'atteinte
après constatations médicales et non de la manière dont elle est vécue par l'assuré. Par
écriture du 9 septembre 2011 adressée à l'assureur, l'assuré a contesté cette décision en
alléguant que son médecin traitant évaluait quant à lui l'atteinte à son intégrité physique à
10%. L'assuré a au surplus demandé à être examiné par le médecin-conseil de l'assurance.
Ce courrier a été transféré à la Cour de céans comme objet de sa compétence. Invité à se
déterminer, l'assureur, dans sa réponse du 7 octobre 2010, a conclu au rejet du recours en se
référant à l'avis de son médecin-conseil, le Dr A_____ et en expliquant que ce
dernier avait analysé soigneusement les données très complètes figurant au dossier de
l'assuré, notamment les nombreux rapports du médecin traitant, le Dr B_____, et les
photos produites par ce dernier. L'importance des séquelles avait été évaluée à l'aune de la
table 3.5 de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS
(Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; SUVA) à 5 % maximum. L'assureur a relevé

qu'aucun argument scientifique n'était avancé pour remettre en question cette évaluation. Une audience de comparution personnelle s'est tenue ce jour, lors de laquelle le recourant a expliqué qu'il déplorait que les conséquences subjectives de son atteinte ne puissent être prises en compte. Le recourant a souligné qu'outre son quatrième doigt, ses troisième et cinquième doigts sont également touchés (perte de sensibilité du majeur et sensibilité extrême de l'auriculaire) et que cela se traduit au quotidien par une foule de petites gênes. L'assureur a quant à lui souligné que son médecin-conseil a tenu compte de la perte de sensibilité évoquée par le recourant, expliquant que si seule l'amputation partielle du quatrième doigt avait été prise en considération, le taux de 5% n'aurait pu être retenu. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit donc être examiné à l'aune des dispositions de la nouvelle législation. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA), le recours est recevable. Le litige porte uniquement sur la question de savoir si le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée à l'assuré suite à son accident peut être augmenté au-delà de 5% comme il le demande, pour tenir compte des conséquences subjectives de l'évènement sur son quotidien. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 24 LAA, si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 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 (al. 1, 1ère phrase); 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 (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour

atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision (du droit à l'indemnité) n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (al. 4). De jurisprudence constante, la règle contenue à la première phrase de l'art. 36 al. 4 OLAA ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209, consid. 4 a/cc et 116 V 157 consid. 3a). 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 158 consid. 1b; ATF non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000). En l'espèce, les constatations du médecin conseil de l'intimée ne sont pas contestées. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire sous forme d'examen du recourant par le médecin-conseil dans la mesure où le dossier fourni par le médecin traitant est fort complet et a permis au médecin conseil de se forger une opinion dont il n'est pas allégué qu'elle soit erronée. On relèvera en particulier que le Dr A_____, dans son avis du 21 avril 2011, a bien pris en compte les dysesthésies de contact aux pulpes des troisième et cinquième doigts, l'enraidissement du troisième et le déficit d'extension des quatrième et cinquième. C'est précisément pour prendre en compte tous ces éléments que le médecin conseil de l'intimée a admis un taux d'atteinte de 5% bien qu'en vertu de la table 3.5 de la SUVA, un tel taux ne soit admis qu'en cas d'imputation touchant deux doigts. Le médecin a en outre expliqué les raisons pour lesquelles il ne pouvait retenir un taux de 10%, celui-ci correspondant à des mutilations beaucoup plus sévères. Enfin, on rappellera qu'il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; voir aussi ATF 125 II 175 consid. 2d). Eu égard à ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'intimée a fixé le taux de l'indemnité reconnue à l'assuré à 5% dans le cas présent. Le recours est donc rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le