

## GE\_GERICHTE A/3341/2023 vom 30. Januar 2025

GE Cour de justice, 2025-01-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3341\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3341_2023)

FR: GE\_GERICHTE A/3341/2023 du 30 janvier 2025

IT: GE\_GERICHTE A/3341/2023 del 30 gennaio 2025

### Erwägungen

#### E. 14

En l'espèce, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu une atteinte à l'intégrité de 55,8% correspondant aux taux suivants : localisation diagnostic table SUVA taux brut pondération genou gauche arthrose fémoro-tibiale grave table 5 25% 25% (25% de 100%) genou droit arthrose fémoro-tibiale grave table 5 25% 18.75% (25% de 75%) avant-pied droit arthrodèse du lisfranc table 5 15% 8.45% (15% de 56.25%) coude droit résection de la tête radiale table 5 7.5% 3.6% (7,5% de 47,81%) Il a expliqué que la détermination de l'intégrité globale devait se faire selon une pondération puis une comparaison avec les éléments de l'annexe 3 OLAA. Les valeurs du tableau ci-dessus étaient notamment calculées selon les lésions en tenant compte du solde d'intégrité corporelle. Ainsi, par exemple, l'atteinte du genou droit se faisait selon le solde de l'atteinte du genou gauche, soit 25% de 75%. Le raisonnement du Dr G\_\_\_\_\_ n'est pas clair à plusieurs égards. En effet, tout d'abord, ce médecin a retenu, à titre de diagnostics, une gonarthrose tricompartmentale du genou gauche et du genou droit (expertise p. 27 et 28). Toutefois, dans son appréciation de l'atteinte à l'intégrité, le médecin précité retient uniquement une arthrose fémoro-tibiale grave (expertise p. 32). Cette atteinte ne correspond donc pas à une gonarthrose tricompartmentale. De toute évidence, il s'agit d'une erreur de plume. Cela étant, en présence d'une pangonarthrose (arthrose tricompartmentale) grave, le taux est compris entre 30 et 40%, ce qui aurait pour conséquence une modification du taux de l'atteinte à l'intégrité. En revanche, si la gonarthrose tricompartmentale est moyenne, le taux selon la table 5 est compris entre 10 et 30% et, dans cette hypothèse, le taux de 25% retenu par le Dr G\_\_\_\_\_ respecte cette fourchette. Il convient donc de demander des précisions sur ce point au Dr G\_\_\_\_\_. En effet, en fonction de la gravité de l'atteinte, le taux doit être modifié. Par ailleurs, ce médecin a procédé à une pondération des atteintes de la manière suivante : il est tout d'abord parti d'un taux de 100%. Le pourcentage pour l'atteinte au genou gauche étant de 25% selon la table 5, il a appliqué ce taux à celui de 100% et a retenu une atteinte de 25%. L'expert a ensuite déduit ces 25% du taux de 100% ( $100\% - 25\% = 75\%$ ) pour déterminer l'atteinte au genou droit et appliqué le taux issu de la table 5, de 25% également, aux 75%, ce qui a conduit à une atteinte de 18,75 % ( $25\% \text{ de } 75\%$ ). Il a ensuite déduit ce taux de 18,75% du taux de 75% ( $75\% - 18,75\% = 56,25\%$ ). Le Dr G\_\_\_\_\_ a alors retenu une atteinte pour le pied droit de 15% selon la table 5 et l'a appliquée aux 56,25% restants ( $15\% \text{ de } 56,25\% = 8,45\%$ ) ce qui a conduit à une atteinte pondérée de 8,45%. Enfin, l'expert a déduit le taux de 8,45% au taux de 56,25% ( $56,25\% - 8,45\% = 47,81\%$ ) et y a appliqué le taux relatif au coude droit de 7,5% selon la table 5. La Cour de céans peine à comprendre cette pondération en l'absence d'explications circonstanciées. En effet, selon la jurisprudence, ce n'est qu'en cas d'atteintes qui s'influencent mutuellement qu'il convient de procéder à une pondération. Dans le cas d'une pluralité d'atteintes à l'intégrité qui peuvent être distinguées clairement et qui ne s'influencent pas mutuellement, les atteintes

doivent être en principe additionnées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_643/2022 du 7 juin 2023 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 8C\_794/2010 du 9 décembre 2010, consid. 3.3). Or, la recourante souffre de quatre atteintes différentes : au genou gauche, au genou droit, au pied droit et au coude droit. Ces quatre atteintes peuvent être distinguées clairement et, en l'absence d'explications, on ne peut considérer qu'elles s'influencent mutuellement. Aussi, la Cour de céans renverra-t-elle la cause à l'intimée que celle-ci requiert des précisions du Dr G\_\_\_\_\_ au sujet de la nature de l'atteinte aux genoux, de l'influence mutuelle des atteintes entre elles et de la pondération à appliquer. En fonction du résultat de cette instruction complémentaire, le taux de l'IPAI devra, le cas échéant, être augmenté.

## **E. 15**

La recourante conclut également à une allocation pour impotent de degré faible, sans fournir le moindre argument à l'appui de sa demande. Cela étant, eu égard à son obligation d'appliquer le droit d'office, la Cour de céans examinera ce point.

### **E. 15.1**

A teneur de l'art. 26 LAA, en cas d'impotence au sens de l'art. 9 LPGa, l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). Ladite allocation est fixée selon le degré d'impotence. La loi distingue trois degrés d'impotence : grave, moyen ou faible (art. 38 OLAA LAI). L'art. 38 al. 2 OLAA prescrit que l'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle. L'art. 38 al. 3 OLAA stipule que l'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie, ou b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente. Enfin, selon l'art. 38 al. 4 OLAA, l'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, ou b. d'une surveillance personnelle permanente, ou c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité, ou d. lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers.

### **E. 15.2**

Selon la jurisprudence, les actes élémentaires de la vie quotidienne se répartissent en six domaines : 1. se vêtir et se dévêtir ; 2. se lever, s'asseoir et se coucher ; 3. manger ; 4. faire sa toilette (soins du corps) ; 5. aller aux toilettes ; 6. se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur et établir des contacts sociaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2014 du 16 octobre 2015 consid. 3.3 et les références). L'aide est régulière lorsque l'assuré en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_562/2016 du 13 janvier 2017 consid. 5.3 et les références). L'aide est importante lorsque l'assuré ne peut plus accomplir seul au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (ATF 121 V 88 consid. 3c et les références ; ATF 107 V 136 consid. 1b), lorsqu'il ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle ou que, en raison de son état psychique, il ne peut l'accomplir sans incitation particulière (ATF 106 V 153 consid. 2a et 2b), lorsque,

même avec l'aide d'un tiers, il ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour lui (par ex. si l'assuré souffre de graves lésions cérébrales et que sa vie se trouve réduite à des fonctions purement végétatives, de sorte qu'il est condamné à vivre au lit et qu'il ne peut entretenir de contacts sociaux (ATF 117 V 146 consid. 3b ; CIIAI, ch. 8026).

### **E. 15.3**

L'évaluation de l'impotence et la classification en trois degrés selon l'art. 38 OLAA suit pratiquement entièrement la réglementation selon l'art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; ATF 116 V 41 consid. 6b). Toutefois, l'art. 38 OLAA ne connaît pas le droit à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (NABOLD, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Unfallversicherung – UVG, 2024, p. 171). En matière d'assurance-invalidité, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne a besoin d'aide pour au moins une des activités suivantes : – structurer sa journée ; – faire face aux situations qui se présentent au quotidien (par ex. questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples) ; – tenir son ménage (ch. 2095 de la Circulaire sur l'impotence [CSI]). Relèvent notamment de la tenue du ménage des tâches telles que nettoyer son logement et y faire de l'ordre, faire la lessive et préparer les repas, etc. Mais les prestations d'aide requises doivent toujours être évaluées sous l'angle du risque d'abandon : il faut donc toujours examiner si, sans l'aide en question, l'assuré devrait être placé dans une institution ou non. Si par exemple un assuré ne peut plus faire son repassage ou nettoyer ses fenêtres lui-même, il ne doit pas pour autant être placé dans une institution. De même, s'il ne peut pas régulièrement passer l'aspirateur ou faire de l'ordre, il n'existe pas encore de risque d'abandon. Des activités de ce type ne peuvent donc pas être prises en compte comme un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le fait que l'assuré doive faire des pauses pendant les tâches ménagères ou qu'il ne puisse réaliser certaines tâches spécifiques qu'à certains moments ou que certains jours ne suffit pas à reconnaître un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 2098 CSI).

### **E. 16**

En l'espèce, selon le Dr G\_\_\_\_\_, la recourante a besoin d'aide pour les tâches ménagères habituelles, ce qui n'a pas été contesté par la recourante. Pour ce médecin, cela correspondrait à un degré d'impotence faible au sens de l'art. 38 al. 4 let. a OLAA. Il ressort de ce qui précède, que la tenue du ménage ne fait pas partie des actes de la vie quotidienne mais que cet aspect peut être pris en considération dans le besoin d'accompagnement. Or, l'art. 38 OLAA, applicable en l'espèce, ne connaît pas le droit à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au contraire de l'art. 38 RAI, applicable en matière d'assurance-invalidité. Partant, c'est à juste titre que l'assurance intimée a nié le droit de la recourante à une allocation pour impotent, même de degré faible.

### **E. 17**

Reste la question du traitement médical, la recourante concluant à sa prise en charge selon l'art. 21 LAA.

#### **E. 17.1**

Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent donc selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3). Ainsi : - Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. Dans cette éventualité, 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 (cf. ATAS/1059/2016 du 8 décembre 2016 consid. 11a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). - En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne reçoit pas de rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.2 et 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.2). - Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 in fine).

### **E. 17.2**

A teneur de l'art. 21 al. 1 LAA, Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

### **E. 18**

En l'espèce, dans la décision du 31 mars 2023, l'assurance-accidents a considéré, au chiffre 7 du dispositif, que les frais de traitements médicaux nécessaires au maintien de l'état de santé étaient régis par les dispositions de l'art. 21 al. 1 LAA. Dans la décision sur opposition querellée, l'assurance est revenue sur ce point et a considéré que les traitements médicaux remboursés étaient énumérés au considérant 5.26. Force est toutefois de constater que la décision sur opposition querellée ne comporte pas de considérant 5.26. De plus, la raison pour laquelle le dispositif de la décision du 31 mars 2023 a été modifié dans la décision sur opposition du 12 septembre 2023 en ce qui concerne la prise en charge du traitement médical n'est pas claire. Aussi, la décision sur opposition sera-t-elle annulée en tant qu'elle retient que les traitements médicaux remboursés sont énumérés au considérant 5.26. Il sera constaté, en lieu et place, que les frais des traitements médicaux sont pris en charge conformément à l'art. 21 LAA, comme cela ressortait initialement de la décision du 31 mars 2023. Retenir le contraire reviendrait à complexifier la situation en cas de traitement nécessaire, mais non mentionné par le Dr G\_\_\_\_\_.

### **E. 19**

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision sur opposition est annulée en tant qu'elle ordonne la suspension du versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025, en tant qu'elle confirme une IPAI de 55,8% et en tant qu'elle renvoie au considérant 5.26 en ce qui concerne la prise en charge des frais de traitement. Elle est confirmée pour le surplus. La Cour de céans constate que le taux de l'IPAI est de 55,8% au minimum, dont à déduire les 42% reconnus en 2013. La cause est toutefois renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, le taux de l'atteinte à l'intégrité devant, le cas échéant, être augmenté en fonction du résultat de cette instruction complémentaire. Il est par ailleurs constaté que le traitement médical doit être pris en charge par l'intimée conformément à l'art. 21 LAA. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme : 1. Déclare le recours recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision sur opposition du 12 septembre 2023. Préalablement : 2. Constate que la demande de restitution de l'effet suspensif est devenue sans objet. Au fond : 3. Annule la décision sur opposition du 12 septembre 2023 en tant qu'elle suspend le versement de la rente jusqu'au 30 septembre 2025, en tant qu'elle retient une atteinte à l'intégrité de 55,8% et en tant qu'elle renvoie au considérant 5.26 en ce qui concerne la prise en charge des frais des traitements médicaux. 4. La confirme pour le surplus. 5. Dit que le droit à une IPAI d'au moins 55,8%, sous déduction des 42% déjà versés, est reconnu à la recourante, la cause étant toutefois renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision augmentant éventuellement le taux de l'IPAI. 6. Dit que le traitement médical doit être pris en charge par l'intimée conformément à l'art. 21 LAA. 7. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- valant participation à ses frais de défense. 8. Dit que la procédure est gratuite. 9. 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. 82ss 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 Diana ZIERI 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

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