

## GE\_GERICHTE A/985/2012 vom 29. August 2013

GE Cour de justice, 2013-08-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_985\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_985_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/985/2012 du 29 août 2013

IT: GE\_GERICHTE A/985/2012 del 29 agosto 2013

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur H \_\_\_\_\_, domicilié à Genthod, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourant contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur H \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1953, a travaillé dès 1993 en tant qu'agent de piste auprès de X \_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA).! [endif]>! [if> 2. Le 4 octobre 1995, l'assuré a été victime d'une fissure du ménisque. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 19 décembre 1995 par le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a révélé une petite ostéonécrose du condyle fémoral interne, peut-être d'origine traumatique, avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne droit. ! [endif]>! [if> 3. Le 3 janvier 1996, l'assuré a annoncé ce sinistre à la SUVA, qui l'a pris en charge. ! [endif]>! [if> 4. Le 4 avril 1996, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit avec ménisectomie partielle du ménisque interne droit, pratiquée par le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. ! [endif]>! [if> 5. Le 15 juin 2008, l'assuré a été hospitalisé en urgence au Service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENEVOIS (ci-après HUG), où il a subi une laminectomie C4 et partielle C3, avec une révision extra et intra-durale sans découverte de processus compressif, pratiquée par le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie. ! [endif]>! [if> 6. Cette hospitalisation a fait l'objet d'une déclaration de sinistre à la SUVA le 17 juin 2008. L'assuré y expliquait avoir été victime d'un accident le 7 mai 2008, alors qu'il circulait à moto : il avait été projeté sur la chaussée dans un virage; quelques semaines plus tard, le 15 juin, un caillot de sang avait écrasé sa moelle épinière et provoqué une paralysie totale des membres, nécessitant une opération urgente. Son incapacité de travail était totale depuis lors. ! [endif]>! [if> 7. L'assuré a ensuite été admis dans le Service de neurorééducation des HUG, où il a séjourné du 2 juillet au 8 octobre 2008. ! [endif]>! [if> Dans leur rapport du 7 octobre 2008, les Dresses O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de myélopathie cervicale, probablement sur canal cervical étroit, décompensée dans les suites d'un accident de la voie publique, traitée par laminectomie C4 et laminectomie partielle C3 avec tétraparésie C4 majorée à droite, de cervicalgies, de douleurs neurogènes, musculaires et tendineuses prédominant au niveau du membre supérieur droit, de status après amputation des orteils du pied droit vingt ans plus tôt, de troubles anxieux et dépressifs et de diabète de type II. L'évolution neurologique et fonctionnelle a été qualifiée de très lente, vu la mobilisation limitée par la symptomatologie algique. En fin de séjour, l'assuré était indépendant pour les transferts et les activités de la vie quotidienne. La reprise du travail comme agent de

sécurité n'était pas envisageable car cette fonction exigeait des déplacements rapides, une station debout la plupart du temps et la capacité de maîtriser une personne si nécessaire. Les possibilités envisagées étaient un changement de poste au sein de l'entreprise ou un reclassement avec une rente partielle de l'assurance-invalidité. 8. Lors d'un entretien avec un collaborateur de la SUVA en date du 7 octobre 2008, l'assuré a allégué que son accident de moto avait eu pour conséquences qu'il s'était éraflé tout le côté droit, qu'il boitait le soir et qu'il souffrait de douleurs au genou. Des radiographies réalisées le jour même avaient révélé une fissure à la hanche droite. Après quatre jours d'arrêt de travail, il avait repris son poste, le 12 mai 2008. 9. Par décision du 17 février 2009, confirmée sur opposition le 21 septembre 2009, la SUVA a refusé de prendre en charge les frais annoncés à partir du 15 juin 2008 au motif qu'il n'existait aucun lien de causalité vraisemblable entre l'événement du 7 mai 2008 et les lésions annoncées. La SUVA s'est fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil du 21 janvier 2009, lequel concluait à l'origine dégénérative des troubles neurologiques rencontrés par l'assuré. 10. L'assuré a à nouveau été hospitalisé au Service de neurochirurgie des HUG du 4 au 23 mars 2009 pour y subir, le 5 mars 2009, une laminectomie décompressive. Dans son rapport du 23 mars 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ a relevé des dysesthésies bilatérales des membres inférieurs et des difficultés à la marche dans l'anamnèse. L'assuré avait été opéré pour un canal lombaire étroit avec un retentissement clinique important, notamment sur le plan des douleurs et dans le cadre d'une tétraparésie sur une compression hématique cervicale. La marche autonome restait impossible, l'assuré se déplaçant avec une chaise roulante ou un déambulateur. Le status à la sortie était inchangé, avec une parésie de l'hémicorps droit à 4/5 et une hyper-réflexie aux quatre membres. Une IRM du genou droit avait révélé une volumineuse lésion ostéocondrale associée à un aplatissement du condyle et une interruption de la corticale compatible avec une ostéonécrose, des ostéophytes du compartiment interne et externe, des hypodensités de signal intracartilagineuses au compartiment fémoro-tibial des deux côtés, compatibles avec une chondrocalcinose, une chondropathie superficielle de la partie médiale du condyle externe et des plateaux tibiaux des deux côtés et une érosion et fissuration du cartilage du condyle interne. En raison de la tuméfaction apparue, une consultation orthopédique devait être organisée. 11. Du 23 mars au 13 mai 2009, l'assuré a été hospitalisé à Beau-Séjour. 12. Dans les rapports de traitement, le physiothérapeute a noté que l'assuré avait bénéficié de mars à mai 2009 de séances de rééducation à la marche et de prévention des chutes notamment, les indications au traitement étant un canal lombaire étroit et une myélopathie cervicale. 13. Le 13 mai 2009, la Dresse Q\_\_\_\_\_, du Service de neurochirurgie des HUG, a prescrit des séances de physiothérapie pour traiter les conséquences du canal lombaire étroit, afin d'améliorer les fonctions articulaires et musculaires. 14. A la même date, la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de neurorééducation, a ordonné un traitement de balnéothérapie et de physiothérapie visant à traiter les douleurs neurogènes et la tétraparésie de l'assuré. 15. Le 8 septembre 2009, l'assuré a subi une arthroscopie sur chondrocalcinose sévère du genou droit. 16. Dans son rapport portant sur le traitement du 15 septembre au 23 octobre 2009, le physiothérapeute a indiqué que les séances de physiothérapie étaient destinées à traiter tant l'affection du genou que le canal lombaire droit. Le traitement consistait notamment à rééduquer l'assuré à la marche et à prévenir les chutes. 17. Saisi d'un recours de l'assuré contre la décision de refus de prise en charge de la SUVA, le TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES, alors compétent, l'a partiellement admis

par arrêt du 15 décembre 2009 ( ATAS/1644/2009 ). Le Tribunal a considéré que l'avis du médecin-conseil de la SUVA excluant le lien de causalité naturelle entre l'accident et le diagnostic de canal cervical étroit ne prêtait pas flanc à la critique mais il a constaté qu'en revanche, ni le passé médical de l'assuré ni ses allégations s'agissant des malaises ressentis durant les trois semaines écoulées entre l'accident et son hospitalisation d'urgence n'avaient été investigués, de sorte qu'on ignorait si l'assuré souffrait précédemment de troubles dégénératifs susceptibles de se décompenser pareillement sans élément déclencheur. En conséquence, la cause était renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire. 18. Le 6 mai 2010, le Dr S \_\_\_\_\_, médecin au SERVICE DE MEDECINE REGIONAL DE L'AI (SMR) a relevé que, lors de l'hospitalisation à Beau-Séjour, l'évolution de l'état de santé de l'assuré avait été relativement favorable : il avait réussi à parcourir une distance de 150 mètres avec deux cannes et à monter et descendre un demi-étage. Le Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et médecin traitant aux HUG, contacté par téléphone, avait décrit une évolution malheureuse pour le genou droit après l'intervention chirurgicale de septembre 2009 : le genou était continuellement enflammé, l'assuré était entravé dans sa marche. La rééducation était au point mort et tous les acquis avaient été perdus. Une pose de prothèse totale du genou droit avait été décidée. Compte tenu de ces éléments, le Dr S \_\_\_\_\_ a conclu qu'une éventuelle reprise d'activité ne pourrait être examinée qu'un an plus tard. 19. Souffrant de douleurs et de lâchages au niveau du genou droit, l'assuré a été hospitalisé du 5 au 25 mai 2010 au Service de chirurgie des HUG et une prothèse totale du genou a été posée. Dans leur rapport du 27 mai 2010, les Prof. U \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_ ont notamment retenu le diagnostic de gonarthrose droite. Ils ont qualifié l'évolution clinique de bonne et attesté d'une totale incapacité de travail dès le 5 mai 2010, à réévaluer. 20. Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA, l'employeur de l'assuré a déclaré qu'il verserait à ce dernier son salaire jusqu'à l'échéance des prestations pour maladie, soit jusqu'au 14 juin 2010. 21. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin auprès de la SUVA. Ce médecin a conclu à l'absence de signe de déficit neurologique en rapport avec une éventuelle compression de la moelle cervicale avant l'accident du 7 mai 2008. L'analyse des documents postérieurs à cet accident confirmait que les premiers troubles neurologiques étaient apparus pour la première fois un mois après l'accident. Il n'existait dès lors pas de lien de causalité probable entre l'accident du 7 mai 2008 et la sténose du canal rachidien cervical diagnostiquée en juin 2008. 22. Par décision du 30 septembre 2010, la SUVA a confirmé l'absence de lien de causalité entre l'événement du 7 mai 2008 et les lésions annoncées. 23. L'assuré s'est opposé à cette décision le 1 er novembre 2010 en alléguant notamment que la tétraparésie avait entraîné des chutes à répétition, lesquelles avaient aggravé son atteinte au genou droit. Consulté à son tour par la SUVA, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a relevé que la gonarthrose droite de l'assuré paraissait être une conséquence de la ménisectomie subie à la suite de l'accident de 1995. Selon lui, l'accident de mai 2008 avait pu passagèrement aggraver l'évolution arthrosique mais n'avait pas entraîné de lésion justifiant la mise en place d'une prothèse. Il convenait dès lors de retenir que l'accident du 4 octobre 1995 était à l'origine de la gonarthrose ayant conduit à l'arthroplastie de mai 2010. 25. Par décision du 18 novembre 2010, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1 er juin 2009, vu sa totale incapacité

de travail depuis juin 2008. 26. Par décision du 28 février 2011, la SUVA a quant à elle partiellement admis l'opposition en ce sens qu'elle a accepté de prendre en charge les frais entraînés par les troubles du genou au titre de l'accident subi le 4 octobre 1995. En revanche, elle a persisté dans son refus de prendre en charge les cervicalgies, symptômes neuropathiques et parésies s'étant manifestés dès le 12 juin 2008.

27. Par courrier du 15 mars 2011, la SUVA a confirmé à l'assuré la prise en charge des frais de traitement de son genou droit. Elle a en revanche annoncé qu'elle ne lui verserait pas d'indemnités journalières puisque son incapacité de travail était due à une maladie.

28. Le 18 mars 2011, l'assuré s'est étonné de cette position.

29. La SUVA lui a répondu par courrier du 23 mars 2011 en se référant aux dispositions réglementaires qui prévoient que le salaire déterminant en cas de rechute est celui perçu juste avant celle-ci et qu'il ne peut être inférieur à 10% du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale.

30. Par courrier du 15 avril 2011, l'assuré a à nouveau réclamé le versement d'indemnités journalières ou d'une rente complémentaire.

31. Par décision du 11 mai 2011, la SUVA a confirmé la prise en charge des seuls frais médicaux liés à l'atteinte du genou dès le 8 septembre 2009. Dite décision – qui ne comportait pas de dispositif - rappelait pour le surplus que l'assuré était au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité en raison d'une maladie depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009 et se référait à nouveau aux dispositions réglementaires sur le salaire déterminant en cas de rechute.

32. Le 10 juin 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a souligné que c'est l'aggravation de l'état de son genou droit constatée en mars 2009 – date à laquelle il était encore salarié de l'aéroport – qui avait conduit à l'opération subie en octobre 2009 ( recte : septembre 2009). L'assuré en a tiré la conclusion que la rechute remontait au plus tard au 10 mars 2009, date à partir de laquelle il avait été dans l'incapacité totale de travailler en raison des lésions à son genou droit. Dès lors, il avait droit à des indemnités journalières dès le 13 mars 2009 – date à laquelle il n'était alors pas encore au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité. L'assuré a notamment produit : - un rapport d'IRM du 10 mars 2009 du Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une ostéonécrose ou une volumineuse lésion ostéochondrale du condyle fémoral interne, à une chondropathie, à une chondrocalcinose des compartiments fémoro-tibiaux des deux côtés, à une méniscose du ménisque externe et à une amputation du bord libre du corps du ménisque interne et probable grade III du corps du ménisque externe; - un décompte de salaire de mars 2009 indiquant un revenu brut de 7'609 fr. 30; - un certificat du Dr T \_\_\_\_\_ du 19 avril 2011, dans lequel ce médecin rappelait les troubles du genou de l'assuré et indiquait que cette problématique articulaire spécifique entraînerait une totale incapacité de travail en tant qu'agent de sécurité à l'aéroport, puisque cette activité s'exerçait principalement debout et impliquait que l'assuré puisse fouiller les passagers et réagir en cas de problème.

33. Par décision du 19 juillet 2011, la SUVA a admis sa responsabilité consécutive à l'accident survenu le 4 octobre 1995 pour les lésions au genou. Au vu des rapports des HUG, elle a accepté de prendre en charge les frais médicaux dès le 10 mars 2009 - date de la rechute - et est revenue en ce sens sur sa décision du 11 mai 2011. S'agissant des indemnités journalières, la SUVA a rappelé qu'aux termes de la loi, une incapacité de gain causée par un accident était une condition au versement d'indemnités journalières. Elle a également invoqué les recommandations administratives selon lesquelles, s'il y a avant l'accident une incapacité de travail causée par une maladie, l'accident ne peut donner lieu au versement d'indemnités journalières. L'assuré étant en

l'espèce au bénéficiaire d'une rente d'invalidité pour maladie, il n'avait donc pas droit aux indemnités journalières. 34. L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 9 septembre 2011. [endif]>[if> Selon lui, ce n'est que si un assuré est totalement incapable de travailler pour cause de maladie que l'assurance-accidents est dispensée de verser des indemnités journalières. Or, son incapacité de travail était désormais principalement due à ses problèmes de genou, lesquels s'étaient aggravés alors que, dans le même temps, sa tétraplégie s'était nettement améliorée. Dès lors, l'assuré a requis un complément d'instruction sur le point de savoir comment son incapacité de travail avait évolué, affirmant que, s'il n'avait pas rencontré de problèmes au niveau du genou, il aurait pu envisager une réinsertion professionnelle. 35. Dans l'intervalle, le Dr T\_\_\_\_\_ a rendu un rapport dans lequel il a affirmé que si l'assuré souffrait effectivement de différentes pathologies en mars 2009 - date de la rechute -, dans le contexte d'une opération du canal lombaire étroit, c'était cependant la problématique du genou qui avait été la plus gênante et à laquelle il fallait imputer l'incapacité de travail, au moins à 50%, le reste pouvant être attribué aux troubles neurologiques. [endif]>[if> Depuis lors, la situation du genou droit n'avait cessé de se dégrader, alors que les douleurs neurogènes, troubles de l'équilibre et autres symptômes s'étaient amendés petit à petit. De septembre 2009 - date de l'opération du genou droit – jusqu'en mai 2010 – date de la pose d'une prothèse - l'incapacité de travail avait été pour 80% imputable aux problèmes de genou. En effet, durant cette période, les lâchages systématiques, l'état algique permanent et les difficultés à se déplacer avaient perduré. Ce n'était qu'après la mise en place de la prothèse que l'état de l'assuré s'était nettement amélioré. Désormais, il était capable de parcourir assez normalement de courtes distances, de monter et descendre des escaliers et de pratiquer quelques modestes activités physiques. L'incapacité de travail en lien avec le genou s'était donc réduite depuis l'intervention. Néanmoins, cette incapacité restait totale en raison des multiples atteintes locomotrices ou neurologiques. Le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué ne pouvoir se prononcer sur le degré de capacité de travail résiduelle de son patient dans une activité parfaitement adaptée. En revanche, il a souligné qu'à plus d'une année de l'intervention chirurgicale, l'état du genou droit était stabilisé : une amélioration ne pouvait plus véritablement être espérée et aucun traitement n'était susceptible de faire évoluer positivement et rapidement la situation. 36. Par décision du 24 février 2012, la SUVA a écarté l'opposition. [endif]>[if> La SUVA a rappelé que l'assuré souffrait depuis le 15 juin 2008 d'une myélopathie cervicale avec tétraparésie. Elle s'est référée à un rapport rendu le 1<sup>er</sup> décembre 2008 par le Dr D\_\_\_\_\_, notant que cette affection rendait la marche très difficile, relevant la présence d'un syndrome douloureux au niveau de la nuque et de l'hémicorps droit, de douleurs importantes des quatre membres ainsi que d'une faiblesse et concluant à une totale et probablement définitive incapacité de travail et à une impotence presque totale. La SUVA a relevé que malgré la laminectomie pratiquée en mars 2009, l'assuré était resté dans l'impossibilité de marcher selon le Dr N\_\_\_\_\_. Elle a souligné que la capacité de travail était restée nulle malgré la prise en charge aux HUG du 23 mars au 13 mai 2009 et du 14 septembre au 23 octobre 2009. L'assuré avait par ailleurs indiqué dans son recours contre sa décision du 21 septembre 2009 qu'il se déplaçait en fauteuil roulant et n'avait récupéré ni l'utilisation de ses jambes ni le contrôle de sa main droite. En conclusion, aucun élément au dossier ne permettait de considérer que les graves séquelles neurologiques s'étaient amendées au point qu'à compter du mois d'août 2009, l'incapacité de travail ne serait plus due, à 80%, qu'au problème de genou. Des indemnités de perte de gain pour maladie avaient d'ailleurs été versées à l'employeur de l'assuré jusqu'au 14 juin 2010.

Partant, la SUVA a considéré avoir à bon droit refusé le versement d'indemnités journalières. 37. Par écriture du 28 mars 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement, sous suite de dépens, à l'octroi d'indemnités journalières, d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec la rechute de l'accident du 4 octobre 1995. ![endif]>![if> Le recourant allègue que les troubles du genou sont apparus peu de temps après l'accident de mai 2008 et regrettent que des investigations n'aient pas été mises sur pied pour déterminer si l'accident avait contribué à la survenance de ces troubles. Il relève avoir déjà fait état de douleurs au genou dans ses déclarations du 7 octobre 2008, tout comme le Dr N\_\_\_\_\_ en a fait mention dans son rapport du 23 mars 2009. Il soutient par ailleurs que des mesures d'instruction sont nécessaires pour évaluer la part imputable à l'atteinte du genou droit s'agissant de son droit à la rente et pour déterminer le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle il estime avoir droit, points sur lesquels il reproche à l'intimée de s'être rendu coupable de déni de justice en ne statuant pas. Enfin, il reproche à l'intimée de n'avoir pas tenu compte du dernier rapport du Dr T\_\_\_\_\_. En conclusion, il sollicite la mise sur pied d'une expertise judiciaire par un orthopédiste et un neurologue. 38. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 juin 2012, a conclu à l'irrecevabilité du recours. ![endif]>![if> Selon elle, le recourant a pour seul objectif d'obtenir la production de son dossier pour compléter son recours dans un second temps. Elle soutient par ailleurs qu'il n'y a pas lieu de mettre sur pied une expertise médicale, ce d'autant moins qu'elle s'est prononcée, dans sa décision sur opposition, sur les séquelles neurologiques. Selon elle, la demande du recourant est dilatoire et la formulation de ses conclusions ne correspond pas aux exigences de motivation, puisqu'il n'indique pas sur quels points il conteste la décision et quelles modifications il demande. 39. Par écritures des 14 juin et 31 août 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> Il fait valoir qu'on ne saurait lui reprocher d'exercer son droit d'être entendu en requérant la production de son dossier. Quant à ses autres conclusions, elles lui paraissent également claires. Le recourant répète que ses problèmes de genou ont été évoqués dès mars 2009 et relève à cet égard que le SMR, dans son rapport, les a pris en compte au même titre que les atteintes neurologiques, sans faire de distinction sur leur incidence en matière de capacité de travail. Il invoque également l'avis du Dr T\_\_\_\_\_, qui confirme que l'atteinte au genou a été prédominante dès le mois de mars 2009. Il reproche à l'intimée de n'avoir pas instruit ces points et réitère sa demande d'une expertise judiciaire. 40. Par écriture du 5 octobre 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. ![endif]>![if> L'intimée allègue que, lors de l'accident du 7 mai 2008, aucune douleur ni lésion n'a été constatée au genou droit, hormis des écorchures. Les éléments ressortant des rapports du 7 octobre 2008 et du 23 mars 2009 ne font que confirmer que le recourant souffre de son genou droit et ne permettent pas de déterminer si une pathologie a pris le pas sur l'autre. Quant au certificat du Dr T\_\_\_\_\_, l'intimée relève qu'il en ressort une totale incapacité de travail en raison des multiples atteintes, tant locomotrices que neurologiques. L'intimée souligne que selon l'argumentation développée par l'assuré à l'appui de son opposition du 1<sup>er</sup> novembre 2010, des chutes entraînées par la tétraparésie ont aggravé l'atteinte de son genou droit. Selon l'intimée, "[on peut se demander] si le Dr T\_\_\_\_\_ ne s'attarde pas sur la problématique du genou uniquement dans l'optique d'une reprise de l'activité professionnelle antérieure". Compte tenu de ces éléments, l'intimée conteste que les lésions neurologiques se soient améliorées au point que l'incapacité de travail ne soit presque plus imputable - à 80% - qu'au problème de genou dès août 2009. Elle en tire la conclusion que

c'est donc bel et bien une maladie de longue durée qui justifie la rente d'invalidité allouée à l'assuré puisque son médecin traitant n'a pas déclaré que l'intégralité de la problématique est causée par l'atteinte du genou droit. 41. La Cour de céans a entendu le Dr T\_\_\_\_\_ en date du 7 février 2013. Le témoin a déclaré s'être occupé de la rééducation du recourant depuis la fin de l'année 2008. Ce n'est qu'en 2009 que les problèmes de genou ont sérieusement été traités. Le recourant a d'abord souffert de problèmes neurologiques en lien avec ses cervicales et ses lombaires : faiblesse musculaire au niveau des membres inférieurs, douleurs, troubles de l'équilibre, difficultés à se déplacer. Il s'est peu à peu remis de ces troubles, étant précisé que la récupération se fait sur plusieurs mois, voire plusieurs années. C'est alors que le recourant a été handicapé par son genou droit; les douleurs sont devenues mécaniques et localisées à ce niveau; des lâchages, une instabilité, une restriction de la mobilité et de l'amplitude des articulations – correspondant à l'évolution classique d'une arthrose du genou – sont apparus. L'incapacité de travail a diminué sans totalement disparaître à la suite de l'intervention pratiquée en 2010. La prothèse a permis de diminuer les douleurs et d'améliorer la mobilité, sans faire totalement disparaître le handicap. Le témoin a ajouté qu'il considérait que l'atteinte résiduelle était susceptible d'ouvrir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sans s'exprimer sur le taux de cette dernière. 42. Dans ses conclusions après enquêtes du 4 mars 2013, l'intimée a souligné que le litige se limitait aux frais de traitement et aux indemnités journalières. Selon elle, l'audition du Dr T\_\_\_\_\_ n'amenait rien de nouveau sous cet angle. 43. Dans ses conclusions du 19 mars 2013, le recourant a campé sur sa position. Selon lui, le Dr T\_\_\_\_\_ a décrit de manière détaillée l'évolution des symptomatologies et son avis emporte la conviction. 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; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF non publié 8C\_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2). S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 47 ad art. 61). En l'espèce, et contrairement à ce que soutient l'intimée, le recours est suffisamment motivé et ses conclusions parfaitement claires. Quant au grief selon lequel le recours n'aurait été interjeté qu'à seule fin d'obtenir la

production du dossier et de compléter dans un second temps la motivation, la Cour de céans saisit mal quelle portée l'intimée entend lui donner. En effet, en tant que garantie générale de procédure, le droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 de la Constitution (Cst; RS 101), permet au justiciable de consulter le dossier avant le prononcé d'une décision et la possibilité de faire valoir ses arguments dans une procédure suppose la connaissance préalable des éléments dont l'autorité dispose. Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter les pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies (ATFA non publié I 276/00 du 14 décembre 2000, consid. 1a). On ne saurait donc reprocher au recourant d'avoir exercé ses droits de procédure. Partant, le recours est recevable. 4. Le recourant réclame le versement d'indemnités journalières en raison de ses troubles du genou. Il conclut également à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Or, dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, 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 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). En l'espèce, la décision du 19 juillet 2011 et la décision sur opposition du 24 février 2012, dont est recours, ne portent que sur le versement d'indemnités journalières. Partant, le droit à la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne font pas partie du litige soumis à la Cour de céans. Il est vrai que, selon l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Mais force est de constater qu'en l'espèce, le recourant n'a jamais expressément requis de l'intimée le versement de prestations autres que les traitements médicaux et les indemnités journalières, si bien qu'on ne peut considérer que l'absence de décision formelle sur ces points constitue un déni de justice, contrairement à ce qu'allègue le recourant. Partant, la Cour de céans ne statuera pas sur le droit à la rente et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité mais limitera son examen à celui d'un éventuel droit au versement d'indemnités journalières. 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. 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); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès

qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPG), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. 6. a) Selon l'art. 68 LPG, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. Cette disposition est également applicable lorsque les prestations en cause sont versées en raison d'événements assurés différents (KIESER, op. cit. , n. 10 ad art. 68). b) Selon l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). 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. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). L'art. 36 LAA vise à éviter qu'un assuré doive s'adresser à plusieurs assureurs pour un même dommage. Cette disposition se rapporte à tous les états malades antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique. Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. L'art. 36 LAA n'est en revanche pas applicable lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées isolément (Jean-Maurice FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Soziale Sicherheit, SBVR, 2007, pp. 929-930 n. 290). c) Si le versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité n'exclut pas le paiement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents, comme cela découle des dispositions légales, il convient de souligner que les cas de cumul des prestations portent avant tout sur les situations dans lesquelles l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité – qui prend en principe naissance une année après le début de l'incapacité de travail conformément à l'art. 29 al. 1 de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) – alors que l'assurance-accidents n'a pas encore passé au régime de la rente (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, op. cit. , n. 396 p. 954), ou encore les cas où les assurés au bénéfice d'une rente d'invalidité partielle subissent un accident entravant leur capacité de travail résiduelle. Pour ces derniers, l'art. 24 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202) dispose que lorsque le bénéficiaire d'une rente d'invalidité est victime d'un nouvel accident couvert par l'assurance qui aggrave son invalidité, le salaire déterminant pour le calcul de la nouvelle rente allouée pour les deux accidents est celui qu'il aurait reçu pendant l'année qui a précédé le dernier accident s'il n'avait pas subi auparavant un accident couvert par l'assurance. Si ce salaire est inférieur à celui qu'il touchait avant le premier accident couvert par l'assurance, le salaire supérieur est déterminant. d) Il s'agit en l'espèce d'un cas de figure différent de ceux régis par les dispositions légales citées ci-dessus, puisqu'une rechute est survenue alors qu'une atteinte non assurée par l'intimée entraîne déjà une incapacité de travail et une invalidité totales. L'intimée se prévaut de l'art. 23 al. 8 OLAA, aux termes duquel le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci; il ne saurait toutefois être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. Cependant, contrairement à ce que semble alléguer l'intimée, cette disposition n'a pas pour conséquence d'exclure le droit à des indemnités journalières pour les assurés au bénéfice d'une rente d'une assurance sociale. En effet, l'art. 23 al. 8 OLAA

doit être compris en ce sens que pour les bénéficiaires de rentes d'assurance sociales, le salaire perçu avant la rechute est toujours déterminant et que ces derniers n'ont pas droit à des indemnités journalières lorsqu'ils ne percevaient pas de salaire avant leur rechute (André-Pierre HOLZER, *Der versicherte Verdienst in der obligatorischen Unfallversicherung*, RSAS 2010, p. 221). L'intimée ne peut dès lors pas se fonder sur cette disposition pour refuser le versement d'indemnités journalières. Les recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA N° 13/85 établies par la Commission ad-hoc sinistres LAA prévoient que selon l'art. 16 LAA, une incapacité de gain causée par un accident est une condition pour le versement d'une indemnité journalière. Tant et aussi longtemps qu'il existe avant l'accident une incapacité de travail causée par une maladie, l'accident ne peut pas déclencher le versement d'indemnités journalières. Ces recommandations ne sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 134 V 1 consid. 3.5). Il n'y a cependant pas lieu de s'en écarter en l'espèce dès lors qu'elles sont conformes à la jurisprudence. En effet, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que lorsqu'un assuré est déjà complètement invalide pour des raisons étrangères à l'accident, il n'y a plus de place pour une diminution supplémentaire de la capacité de gain en raison de l'accident. Quand bien même l'accident aurait entraîné une invalidité, l'assurance-accidents n'a pas à servir de rente (RAMA 1/2006 n°U 570 p. 74, consid. 2.4). 7. Il découle de l'analyse a contrario des recommandations de la Commission ad-hoc et de la jurisprudence que si l'incapacité de travail ou de gain non couverte disparaît à un certain moment, à partir duquel seules les lésions accidentelles ont une incidence sur la capacité de gain, l'assuré a droit à des indemnités journalières.

Le recourant affirme que tel est le cas en l'espèce, ses problèmes de genou ayant pris le pas sur son atteinte neurologique, laquelle n'aurait plus justifié d'incapacité de travail dès mars 2009. a) 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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATF non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2). b) D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). c) En l'espèce, si le Dr T \_\_\_\_\_ a certes considéré, dans son certificat du 19 avril 2011, que l'atteinte au genou a entraîné une incapacité de travail totale en tant qu'agent d'aéroport, son rapport du 6 septembre 2011 ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Ce document ne contient en effet ni status détaillé, ni anamnèse. De plus, faute d'avoir procédé à une description détaillée de l'évolution des problèmes neurologiques, ses conclusions - selon lesquelles l'atteinte au genou a été responsable de l'incapacité de travail à 50% dès mars 2009 et à 80% dès septembre 2009 - ne sont pas suffisamment motivées. Elles sont en outre contradictoires puisque le médecin fait état de la réduction de l'incapacité de travail liée à l'atteinte du genou depuis la pose de la prothèse, tout en maintenant que l'incapacité de travail est restée totale en raison de toutes les pathologies, soit également des troubles neurologiques. Or, si les troubles neurologiques n'entraînaient plus qu'une incapacité de travail de 20% en septembre 2009, la réduction de l'incapacité de travail résiduelle aurait dû conduire au moins à une capacité de travail partielle. Les déclarations du Dr T \_\_\_\_\_ lors de son audition par la Cour de céans ne permettent pas de pallier les lacunes de son rapport, dès lors qu'il ne s'est pas prononcé clairement sur l'origine de l'incapacité de travail. On ajoutera que, selon le rapport du physiothérapeute, le traitement prodigué de septembre à octobre 2009 visait à traiter tant l'atteinte orthopédique que neurologique, ce qui paraît démontrer que cette dernière n'avait pas disparu. Il n'existe aucun autre rapport permettant de déterminer si - et, dans l'affirmative, à quelle date - l'atteinte neurologique n'a plus eu de répercussion sur la capacité de travail du recourant. On ne peut tirer de telle information du rapport du Dr N \_\_\_\_\_ du 23 mars 2009, puisque ce médecin ne se prononce ni sur la capacité de travail ni sur son origine. Le rapport du Dr S \_\_\_\_\_ du 6 mai 2010 n'est d'aucun secours non plus dès lors qu'il ne distingue pas les répercussions sur la capacité de travail liées à l'atteinte neurologique de celles qui résultent des troubles du genou. Son rapport ne remplit en outre pas les conditions posées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant au rapport du 27 mai 2010 des Prof. U \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_, il n'évoque que l'atteinte orthopédique, de sorte qu'on ne peut en tirer de conclusion sur la question litigieuse en l'espèce. Enfin, ni le Dr A \_\_\_\_\_ ni le Dr B \_\_\_\_\_ n'ont émis de conclusions sur l'origine de l'incapacité de travail. Cela étant, si les indications du Dr T \_\_\_\_\_ ne permettent pas de démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante si et, cas échéant, dès quelle date l'incapacité de travail du recourant a été imputable exclusivement à l'atteinte orthopédique, elles sont néanmoins suffisantes pour justifier des investigations afin d'élucider ces points. L'intimée aurait dû y procéder en vertu de l'obligation d'instruire d'office, ancrée à l'art. 43 al. 1 première phrase LPGA, qui dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. d) Selon la jurisprudence, lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, l'intimée n'ayant procédé à aucune mesure d'instruction pour élucider la question litigieuse. La cause lui sera donc renvoyée, à charge pour elle de diligenter une expertise neurologique et orthopédique établissant l'évolution dans le temps de l'incapacité de travail liée aux atteintes neurologiques et du genou, puis de rendre une nouvelle décision. 8. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.