

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3191/2010

ATAS/612/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 8 juin 2011**

**4ème Chambre**

Madame L. \_\_\_\_\_, domiciliée à Corsier, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise Bleicherweg intimée  
19, 8002 Zürich

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame L\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950, ressortissante espagnole, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> avril 1996 pour le compte du Foyer X\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), en tant qu'employée de maison, secteur nettoyage. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de l'ELVIA ASSURANCES (ci-après : ELVIA).
2. Le 14 juin 2001, l'assurée a glissé sur le sol mouillé du parking souterrain de son employeur, puis elle est tombée sur le genou droit. L'employeur a déclaré l'accident à l'ELVIA.
3. Les différents médecins consultés par l'assurée ont notamment diagnostiqué une entorse et un épanchement (rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du 25 juin 2001), une contusion du genou droit (rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 17 août 2001), une entorse, un épanchement du genou ainsi qu'une dégénérescence mucoïde du ménisque interne (rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2001) et un status post-contusion du genou droit avec épanchement persistant (rapport du 24 septembre 2001 du Dr C\_\_\_\_\_).
4. Sur demande de l'ELVIA, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie-orthopédique, a examiné l'assurée le 24 octobre 2001. Dans son rapport du 25 octobre 2001, il a indiqué que, selon la patiente, lors de l'accident, elle était tombée lourdement sur ses genoux avec choc direct et torsion. A l'occasion de son examen, il a observé une nette déviation en valgus des membres inférieurs ainsi qu'une très vive douleur à l'interligne interne du genou droit. Au sujet de la lésion intraméniscale, il a estimé que l'appellation de dégénérescence mucoïde donnée par le radiologue pouvait être source de doute, car les lésions intraméniscales de grade II pouvaient être confondues avec des atteintes dégénératives. Enfin, il a conclu que l'incapacité de travail était toujours justifiée.
5. Des arthroscopies ont été effectuées en date des 6 novembre 2001 et 20 août 2002. Elles ont notamment mis en évidence une déchirure inférieure du ménisque interne, une chondropathie de stade I du condyle interne et une chondropathie de stade II du plateau tibial externe (rapport d'arthroscopie du 6 novembre 2001), respectivement une déchirure inférieure de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie de stade II-III du condyle interne et du plateau tibial interne, enfin, une chondropathie de stade II du plateau tibial externe. Une méniscectomie partielle de la corne postérieure interne, respectivement une méniscectomie de la corne postérieure restante et moyenne interne ont été pratiquées lors des arthroscopies précitées.
6. A teneur d'un courrier du 14 janvier 2002 du Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assurée a également présenté des signes de

thrombophlébite sur tout le trajet de la saphène jusqu'à la croise. Ce diagnostic a été confirmé dans un rapport du 8 mars 2002, dans lequel ce même praticien a précisé que la thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit, qui s'était déclarée en janvier, avait provoqué des douleurs et une limitation de flexion.

7. Plusieurs IRM des genoux de l'assurée ont été effectuées les 20 juin 2002, 25 février 2003 et 12 mars 2003.
  - L'image du 20 juin 2002 (genou droit) a mis en évidence la présence d'une petite encoche sur la surface inférieure de l'extrémité de la corne postérieure du ménisque interne. Un diagnostic différentiel de séquelle post-opératoire et de fissuration superficielle a été posé.
  - L'IRM du 25 février 2003 (genou gauche) a révélé l'existence d'un enchondrome dans la région métaphysaire distale du fémur.
  - Enfin, celle du 12 mars 2003 (genou droit) a mis en évidence un status post-résection complète de la corne postérieure du ménisque interne et partielle du segment moyen du ménisque interne, sans nouvelle image de déchirure, une ébauche de troubles dégénératifs prédominant au niveau du compartiment fémoro-tibial interne et un minime épanchement intra-articulaire associé à une petite plica synoviale externe.
8. Dans un rapport du 13 février 2003, la Dresse F \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjoint au Département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), Consultation de rhumatologie, a indiqué que la patiente souffrait depuis novembre 2002 de rachialgies diffuses irradiant dans les quatre membres, permanentes et augmentant à l'effort. Elle a précisé qu'elle avait observé, lors des examens des 13 et 31 janvier 2003, la présence de 12 points de fibromyalgie sur 18 et une discrète laxité ligamentaire du genou à droite. Elle a diagnostiqué une fibromyalgie et débuté un traitement permettant d'améliorer la qualité du sommeil.
9. Le 25 juillet 2003, en tant que reprenneur d'ELVIA, l'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE (ci-après : l'assureur-accidents ou l'intimée) a mandaté le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour expertiser l'assurée et se prononcer, notamment, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'accident de juin 2001 ainsi que sur la capacité de travail.

Dans son rapport d'expertise du 9 septembre 2003, le Dr G \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs résiduelles du genou droit, un status post-résection du ménisque interne droit, de discrets troubles dégénératifs du compartiment interne du genou droit et une fibromyalgie. Il a expliqué que l'accident du 14 juin 2001 avait entraîné une contusion et une distorsion du genou droit. Il a conclu à l'existence d'une relation de causalité probable entre les arthroscopies, la

thrombophlébite intercurrente, les discrets phénomènes dégénératifs, les douleurs résiduelles au genou droit et la chute survenue le 14 juin 2001. En revanche, il n'a admis aucune relation possible entre ledit accident et la fibromyalgie qui jouait un rôle prépondérant dans les plaintes et l'impotence formulées par l'assurée. Il a estimé que l'accident du 14 juin 2001 avait mis en évidence une affection larvée, indépendante et liée au psychisme de la patiente. Il n'a retenu aucune incapacité de travail dans la profession de femme de ménage compte tenu du bon état du genou droit et a considéré que cette occupation pouvait être assumée normalement malgré les discrets phénomènes dégénératifs débutants. Enfin, il a exposé que l'atteinte à l'intégrité du genou droit était au maximum de 10%.

10. Par décision du 19 décembre 2003, l'assureur-accidents a mis un terme au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge des frais de traitement dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003. Il a considéré que les constatations médicales ne permettaient plus d'admettre que l'accident de juin 2001 entraînait une incapacité de travail et que la prise en charge d'un éventuel traitement médical incombait à la caisse-maladie de l'assurée.
11. Le 14 janvier 2004, l'assurée a formé opposition, concluant à l'octroi d'indemnités journalières à hauteur de 50%, respectivement d'une rente d'invalidité, à la prise en charge des frais médicaux dus à l'accident et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.
12. Le 6 février 2004, dans le cadre d'une expertise requise par l'ALLIANZ en tant qu'assurance-maladie collective perte de gain, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 9 février 2004, ce praticien a diagnostiqué des séquelles d'une entorse du genou droit ayant entraîné une déchirure du ménisque interne, avec épanchement chronique, flexum et modification de l'axe de la jambe droite (valgum), un status après double arthroscopie du genou droit et un état dépressif réactionnel. Il a expliqué que l'état du genou droit empêchait la station debout prolongée, les mouvements en flexion du genou et le port de charges. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% sans pouvoir en évaluer sa durée. Il a considéré que l'assurée pouvait exercer une activité en position assise, mais avec la possibilité de bouger pour pouvoir soulager son genou. Il a exposé que le taux d'activité et le rendement possible devaient être définis par un stage d'évaluation. Enfin, il a précisé que, pour lui, ce cas relevait encore entièrement de l'assurance-accidents et que la patiente présentait probablement un état dépressif découlant des événements qui avaient suivi l'accident (difficulté du diagnostic, interventions chirurgicales multiples, conflit avec l'assurance-accidents, douleurs persistantes au niveau du genou).
13. Le 11 août 2004, l'ALLIANZ a mandaté le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertiser l'assurée dans le but de statuer sur

l'existence tant d'une atteinte psychique justifiant l'incapacité de travail de 100% que d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et le trouble psychique.

Dans son rapport du 18 août 2004, l'expert a décrit une personnalité peu combative, extrêmement sensible aux douleurs personnelles et ayant tendance à se croire inapte alors qu'elle n'avait qu'une petite atteinte du genou droit. Il a posé un diagnostic d'exagération symptomatique pour des motifs non médicaux (Z76.2). Il a expliqué que l'état dépressif réactionnel relevé par le Dr H\_\_\_\_\_ était en rémission et que des facteurs sociaux jouaient un rôle prépondérant dans la persistance des plaintes de l'assurée. Il a conclu à l'absence de séquelles psychiques en rapport avec l'accident du 14 juin 2001 et à l'absence d'incapacité de travail pour raison psychiatrique.

14. Par décision du 5 janvier 2005, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif en cas d'éventuel recours. Il a considéré qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assurée ne présentait pas de troubles psychiques en rapport de causalité avec l'accident. De plus, il a retenu que l'accident devait être qualifié de bénin ce qui, selon les règles jurisprudentielles, suffisait à exclure la causalité adéquate.
15. Par communication du 28 janvier 2005, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE GENEVE (ci-après : l'OAI) a informé l'assurée qu'elle était mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2002.
16. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2005, l'assurée exerce la profession de couturière auprès de son employeur.
17. Le 6 avril 2005, elle a formé recours contre la décision sur opposition du 5 janvier 2005 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent.

Par arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006 (ATAS/1004/2006) entré en force, le TCAS a partiellement admis le recours. Le tribunal a jugé que les expertises des Drs G\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2003 et I\_\_\_\_\_ du 18 août 2004 répondaient aux critères jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante, aucun élément n'étant par ailleurs susceptible de mettre sérieusement en doute leurs conclusions. Toutefois, dès lors que l'assurée présentait une incapacité de travail de longue durée, soit depuis 27 mois, et qu'elle devait utiliser sa capacité de travail dans un autre secteur d'activité professionnelle, un délai approprié de cinq mois, soit jusqu'à la fin du mois de février 2004, devait lui être imparti pour mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Par conséquent, les indemnités journalières de 50 % devaient encore être versées jusqu'au 29 février 2004.

18. En raison de douleurs à l'épaule gauche, l'assurée a été totalement incapable de travailler du 17 janvier au 19 mars 2007, et partiellement, à raison de 50% dès le 20 mars 2007. L'ALLIANZ, en sa qualité d'assurance perte de gain maladie, a versé les indemnités journalières convenues.
19. Selon un rapport du Service de rhumatologie, Département de médecine interne, des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) du 23 avril 2007, l'assurée souffrait de cervicobrachialgies gauches chroniques et d'une fibromyalgie. Par ailleurs, les radiographies de la colonne cervicale avaient mis en évidence de discrets troubles dégénératifs.
20. Dans un rapport du 4 mai 2007, le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie et médecine interne, médecin traitant de l'assurée depuis 1978, a indiqué que l'assurée souffrait d'une radiculopathie du bras gauche et d'un état anxio-dépressif sévère depuis février 2007.
21. Une IRM de l'épaule gauche, réalisée le 30 juillet 2007, a révélé une tendinopathie du sus-épineux, sans image de rupture transfixiante, la présence de liquide dans la bourse sous acromiale évoquant une bursite et un épanchement intra-articulaire gléno-huméral pouvant traduire une capsulose rétractile.
22. L'infiltration de diprophos dans l'articulation gléno-humérale gauche sous scopie, effectuée le 29 août 2007, n'a pas mis en évidence d'opacification de la bourse sous-acromio-deltoïdienne pour une rupture de la coiffe des rotateurs.
23. Selon un certificat du 11 septembre 2007 du Dr J \_\_\_\_\_, l'assurée a souffert, en janvier 2007, d'une poussée aiguë d'arthralgies avec impossibilité d'utiliser son bras gauche en raison de fortes douleurs au niveau de l'épaule gauche. Le service de neurologie des HUG, auquel l'assurée avait été confiée, a diagnostiqué, après de nombreuses investigations, des cervico-brachialgies gauches chroniques et une fibromyalgie. Depuis le 8 mai 2007, l'assurée présentait en outre un état dépressif important.
24. A la demande de l'assureur perte de gain-maladie, le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales et médecine interne, a examiné l'assurée le 1<sup>er</sup> novembre 2007. A teneur du rapport établi le 5 novembre 2007, les diagnostics suivants ont été posés : status après méniscectomie interne du genou droit, gonalgies séquellaires, tendinopathie chronique de l'épaule droite, syndrome fibromyalgique et état dépressif réactionnel. Les plaintes de l'assurée se situaient essentiellement au niveau de son épaule gauche. Les douleurs au genou droit étaient toujours présentes, elle se sentait déprimée et se plaignait de douleurs diffuses. Quant à la capacité de travail, elle s'élevait à 50% jusqu'à prise en charge rhumatologique.

25. L'assureur perte de gain-maladie a mis en œuvre une expertise psychiatrique, pratiquée par le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport du 5 novembre 2007, l'expert a diagnostiqué une réaction mixte anxieuses et dépressive importante prolongée, suite aux cervico-brachialgies gauches chroniques, à la fibromyalgie et à l'incapacité professionnelle consécutive.
26. Par courrier du 9 décembre 2007, le Dr J\_\_\_\_\_ a émis un avis suite à l'IRM pratiquée le 30 juillet 2007. Selon lui, les tendinites importantes sont classiquement associées à une bursite. Elles sont dues soit à l'effort soit à des sollicitations répétées sur un tendon ou à des traumatismes. Sa patiente étant droitrière, il était peu probable que cette tendinite ait comme étiologie une maladie professionnelle. Elle était plutôt due à son accident. Par ailleurs, sa patiente ne s'était pas plainte de douleurs à l'épaule avant l'accident. Ainsi, de l'avis du Dr J\_\_\_\_\_, la tendinite précitée découlait de l'accident du mois de juin 2001.
27. Le 25 février 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE GENEVE (ci-après : l'OAI) en raison des atteintes précisées dans les annexes soit : tendinite du tendon sus-épineux gauche, sans fissure avec une bursite associée (rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2007), réaction mixte anxieuse et dépressive importante prolongée (aux cervico-brachialgies gauches chroniques, à la fibromyalgie et à l'incapacité de professionnelle consécutive, CIM-10 : F43.2.22) (rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2007), gonalgies séquellaires, tendinopathie chronique de l'épaule droite, syndrome fibromyalgique et état dépressif réactionnel (rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2007).
28. Selon un rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 7 avril 2008, l'assurée souffrait de cervico-brachialgies chroniques depuis le 17 janvier 2007, d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche depuis le 30 juillet 2007, d'une tendinite du sus-épineux de l'épaule gauche depuis le 30 juillet 2007 également, d'un état dépressif réactionnel, d'une fibromyalgie depuis le 13 février 2003 et de lombalgies sur protrusion discale L5-S1 depuis le 12 mars 2008, toutes ces atteintes ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Les gonalgies droites, existant depuis 2008, étaient sans répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. L'activité de couturière était encore exigible à 50%.
29. Une IRM lombaire pratiquée le 12 mars 2008 a mis en évidence une dégénérescence discale prédominante en L5-S1 avec une infiltration lipidique bordant les plateaux vertébraux et protrusion discale, de localisation médiane et paramédiane, appuyant discrètement sur la partie antérieure du fourreau dural, sans répercussion sur les racines. Un nodule à centre hypo-intense au sein de la vertèbre

L2, de 7,7 x 8,6 mm, rehaussé après l'injection du gadolinium évoquant un petit hémangiome, a également été constaté.

30. Selon une note du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (SMR) du 14 avril 2008, l'atteinte à l'épaule gauche limitait la capacité de travail en tant que couturière ou comme employée de maison de sorte qu'une incapacité de travail de 50% devait être retenue depuis le 20 mars 2007.
31. Par décision du 10 octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 17 janvier 2008.
32. Le 3 novembre 2008, l'ALLIANZ, en qualité d'assureur perte de gain maladie, a informé l'assurée que son droit aux prestations, soit les 700 jours d'indemnités journalières, serait épuisé le 15 janvier 2009.
33. A sa demande, l'assurée a été examinée par le Dr Éric O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie. A teneur de son rapport du 21 février 2009, les diagnostics en relation avec l'accident étaient les suivants : status après contusion des deux genoux et probable rupture partielle du tendon du quadriceps au-dessus de son insertion rotulienne. En outre, il a retenu les comorbidités suivantes, sans relation avec l'accident : fibromyalgie (?), troubles statiques du rachis lombaire et possibles troubles statiques du rachis cervical avec influence sur le membre supérieur gauche.

Ce praticien a au surplus commenté plusieurs pièces du dossier, dont les IRM effectuées les 29 août 2001 et 20 juin 2002. Selon lui, il ressort des images réalisées le 29 août 2001 que le tendon du quadriceps, juste au-dessus de la rotule, n'était pas normal et semblait être la présence d'une lésion, qu'il avait eu de la peine à étiqueter. Il en avait alors parlé avec le radiologue de la Clinique Générale-Beaulieu, spécialisé dans la radiologie ostéo-articulaire, qui lui avait confirmé qu'il s'agissait d'une lésion inflammatoire récente du tendon du quadriceps droit correspondant à une déchirure subtotale de ce tendon, dans sa partie profonde, juste au-dessus de son insertion au pôle supérieur de la rotule. S'agissant de l'IRM réalisée le 20 juin 2002, ce praticien a à nouveau trouvé des images de modification de ce tendon, moins marquées qu'en 2001, pouvant correspondre à une cicatrisation partielle de la lésion précitée.

A la demande du Dr O\_\_\_\_\_, un arthroscanner du genou droit a été effectué le 12 février 2009. Lors de l'examen des reconstitutions de profil, ce praticien a constaté une image anormale au niveau du tendon du quadriceps à son insertion sur la rotule, correspondant à l'image qu'il avait décrite sur l'IRM du 29 août 2001, et qui pourrait être constituée par une image de cicatrice au niveau de la graisse sus-rotulienne.

Selon le praticien mandaté par l'assurée, la non-reconnaissance de cette lésion tendineuse du tendon du quadriceps avait entraîné une mauvaise cicatrisation et une adhérence cicatricielle sur la face antérieure du fémur. Le quadriceps ne pouvait ainsi plus glisser contre le fémur lors de la flexion, qui s'en trouvait de ce fait limitée, il ne pouvait pas non plus se raccourcir pour permettre l'extension complète et progressivement la capsule articulaire postérieure et les muscles fléchisseurs s'étaient rétrécis, ces derniers ne pouvant d'ailleurs plus s'allonger passivement pour permettre au genou de s'étendre. Ainsi, l'assurée ne pouvait ni plier complètement ni étendre complètement son genou. Elle ne pouvait plus travailler comme femme de ménage et nettoyeuse dès lors qu'elle ne pouvait plus s'accroupir ni monter et surtout descendre les escaliers. La position assise, genou semi-fléchi, était la seule position acceptable. Elle n'était pas habituée à l'activité de couturière, en position assise, procurée par son employeur. Cette position semi-fléchie du genou lui faisait cependant mal, la rotule appuyant en permanence sur la trochlée fémorale. En outre, cette activité de couturière, tête penchée en avant, pas habituelle, finissait par lui faire mal à la nuque et au dos. Enfin, le membre supérieur gauche finissait également par lui faire mal.

Fort de ce qui précède, le Dr O\_\_\_\_\_ a conclu que l'état actuel de l'assurée était la conséquence directe de la lésion occasionnée par la chute du 14 juin 2001.

34. Le 26 février 2009, l'assurée a sollicité de l'assureur-accidents le versement d'indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 50% et ce pour une durée indéterminée. Elle a en effet allégué ne pouvoir travailler qu'à 50% en raison de vives douleurs qu'elle considérait provenir de l'accident du 14 juin 2001 conformément au rapport du Dr O\_\_\_\_\_.
35. Le 26 mai 2009, l'assurée a, une nouvelle fois, demandé à l'assureur-accidents de répondre à son courrier du 26 février 2009.
36. Par courrier du 18 juin 2009, l'assureur-accidents a considéré qu'il s'agissait de déterminer si l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ du 20 février 2009 reposait sur des faits nouveaux importants au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, justifiant dès lors une reprise de l'instruction, et le cas échéant une décision sur révision. Cela étant compte tenu de l'arrêt du TCAS du 1<sup>er</sup> novembre 2006, devenu définitif et exécutoire, l'assureur-accidents n'avait plus aucune prestation à verser à l'assurée. Le 7 juillet 2009, l'assureur-accidents a indiqué à l'assurée, après avoir pris connaissance du rapport du Dr O\_\_\_\_\_, que les conditions d'une éventuelle révision n'étaient pas réunies, en l'absence d'un fait nouveau important découvert subséquentement ou d'un nouveau moyen de preuve ne pouvant être produit auparavant.

37. Le 11 août 2009, l'assurée a déposé auprès du TCAS un recours pour déni de justice, l'assurance n'ayant pas rendu de décision suite à son courrier du 26 février 2009.
38. Par courrier du 21 juillet 2009, l'assurée a rappelé les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_, à savoir que son état de santé actuel était la conséquence directe de la lésion occasionnée par la chute du 14 juin 2001 et a sollicité une décision dans l'hypothèse où l'assureur-accidents ne devait pas partager cet avis.
39. Le 23 juillet 2009, l'assureur-accidents a confirmé la teneur de sa précédente correspondance, relevant que l'assurée a elle-même fait état d'une évolution de la lésion.
40. Par décision 27 août 2009, l'assureur-accidents a rejeté la demande de révision du 26 février 2009, considérant qu'aucun fait nouveau important n'était établi à satisfaction de droit. En effet, le diagnostic allégué par le Dr O \_\_\_\_\_, que celui-ci a prudemment qualifié de probable rupture partielle du tendon du quadriceps, n'était pas clairement posé et il ne se prononçait pas sur la justification d'une éventuelle incapacité de travail liée à cette possible atteinte. Les coordonnées du cardiologue n'étaient pas précisées et l'avis de ce dernier n'était pas joint au rapport. En outre, aucune valeur probante ne pouvait être reconnue au rapport du Dr O \_\_\_\_\_, celui-ci s'étant fondée sur une anamnèse et un dossier médical incomplets. De plus, si la lésion invoquée avait effectivement existé, il n'était pas établi qu'elle occasionnait une incapacité de travail. Enfin, le lien que le Dr O \_\_\_\_\_ tentait de créer entre la possible lésion et l'incapacité de travail se fondait sur une argumentation déjà présentée par le Dr J \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 décembre 2007 de sorte que la demande de révision était quoi qu'il en soit tardive.
41. Au vu de la décision précitée, le TCAS, par arrêt du 16 septembre 2009, a déclaré sans objet le recours pour déni de justice.
42. L'assurée a soumis la décision de l'assureur-accidents au Dr O \_\_\_\_\_. Ce dernier, dans un courrier du 8 septembre 2009, écrit « avoir été effaré (et le mot n'est pas exagéré) par l'analyse [que l'assureur-accident a faite] » de son rapport du 21 février 2009. Après avoir commenté certains allégués de l'assureur-accidents, il a indiqué qu'il ne souhaitait pas s'« étendre davantage sur cette argumentation particulièrement déplaisante à [son] égard qui, en outre, tend[ait] à suspecter de [sa] part de la malhonnêteté et de la partialité ». Il a cependant ajouté que le but de son expertise était de préciser une éventuelle causalité (possible, probable ou certaine) entre l'état du genou droit de la patiente et l'accident de 2001, de sorte que la question de la capacité de travail ne lui avait pas été posée.
43. Le 25 septembre 2009, l'assurée a formé opposition contre la décision du 27 août 2009, invoquant la révision de l'arrêt du TCAS du 1<sup>er</sup> novembre 2006 en se fondant

sur l'art. 17 LPGA. Elle a conclu à l'annulation de la décision, à la réalisation d'une expertise afin de déterminer le taux d'incapacité de travail en relation de causalité avec l'accident du 14 juin 2001, si l'invalidité est de longue durée auquel cas une rente d'invalidité devra être allouée et de fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité. Enfin elle concluait à la constatation que son incapacité de travail depuis janvier 2007 était en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 14 juin 2001 et à l'octroi de prestations LAA sur la base d'un taux d'invalidité de 50% ou au taux fixé à dires d'expert, à partir de janvier 2007 et ce pour une durée indéterminée.

44. Par décision du 23 août 2010, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition, reprenant en substance les mêmes arguments que ceux déjà invoqués dans sa décision. Il les a toutefois complétés en indiquant que le fait allégué, soit l'atteinte au genou, n'aurait pas été propre à faire prendre à l'assureur une décision différente de celle qui a été rendue. Dans l'arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006, le TCAS constatait certaines limitations fonctionnelles (boiterie, difficulté de marche dans les escaliers, flexum et valgum) et avait admis que l'assurée n'était plus apte à effectuer son activité d'employée de maison mais qu'elle présentait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, comme celle qu'elle avait notamment retrouvée. Les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_ confirmant intégralement la justesse de l'arrêt précité, même si le diagnostic retenu est différent, les conditions de la révision n'étaient pas remplies.
45. Le 23 septembre 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du TCAS, alors compétent, concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 23 août 2010 et de la décision du 27 août 2009, à son audition ainsi que celle des Drs J \_\_\_\_\_, K \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_, à la réalisation d'une expertise en vue de déterminer le taux d'incapacité de travail en relation de causalité avec l'accident qu'elle a subi et de fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité. Enfin, elle concluait à la constatation que son incapacité de travail depuis janvier 2007 était en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 14 juin 2001 et à l'octroi des prestations d'assurance-accident LAA, sur la base d'un taux d'invalidité de 100% ou au taux fixé à dires d'expert, à partir de janvier 2007 et ce pour une durée indéterminée. A l'appui de ses conclusions, elle a invoqué les mêmes arguments que dans son opposition, considérant que l'intimée était tenue d'ouvrir une procédure en révision conformément aux art. 53 et 17 LPGA.
46. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours, dans la mesure où il était recevable.
47. A la demande de la Cour de céans, l'intimée a produit copie des échanges de correspondance entre la demande formulée par la recourante le 26 février 2009 et la décision du 27 août 2009.

48. Les pièces transmises ont été communiquées à la recourante le 31 mars 2011, laquelle, par courrier du 4 avril 2011 a persisté à solliciter l'audition des Drs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise.
49. Sur quoi, la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. A titre liminaire, il convient de déterminer l'objet du litige.

A la lecture des différents actes émis par la recourante, la Cour de céans relève qu'elle a sollicité de l'intimée le versement d'indemnités journalières, fondée sur une incapacité de travail de 50%, notamment en raison des vives douleurs qu'elle considérait provenir de l'accident du 14 juin 2001. Tant dans son opposition que dans son recours, elle a invoqué les principes relatifs à la révision de l'arrêt du TCAS du 1<sup>er</sup> novembre 2006, en se fondant sur les art. 17 et 53 LPGA. Ainsi, le litige porté devant la Cour de céans porte en définitive sur la question de savoir si l'arrêt du TCAS du 1<sup>er</sup> novembre 2006 doit être révisé.

Dans la mesure où la demande de révision que l'assurée a déposée le 26 février 2009 auprès de l'assureur-accidents, porte sur la révision de l'arrêt du TCAS du 1<sup>er</sup> novembre 2006 (voir notamment ch. 45, p. 13 et ch. 49, p. 16 du recours du 11 août 2009, ch. 25, p. 7 et 29, p. 9 et 10 de l'opposition du 25 septembre 2009 ainsi que ch. 67, p. 18, du recours du 23 septembre 2010), elle aurait dû être transmise au TCAS comme objet de sa compétence. En effet, l'intimée ne pouvait plus entrer en matière sur une telle demande, dès lors que sa décision du 19 décembre 2003 et sa décision sur opposition du 5 janvier 2005 avaient été portées devant le TCAS et que

l'arrêt rendu le 1<sup>er</sup> novembre 2006 par cette juridiction (ATAS/1004/2006) était entré en force, en l'absence de tout recours au Tribunal fédéral (art. 53 al. 2 LPGA, *a contrario*).

La décision du 19 décembre 2003 et la décision sur opposition du 5 janvier 2005 sont par conséquent nulles, seul le TCAS - et non l'intimée - étant compétent pour statuer sur une demande de révision de l'arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006 (arrêt non publié 9C\_333/2007 du 24 juillet 2008, consid. 2.1 et les références citées ; ATF 114 V 319 ; voir également BOVAY, Procédure administrative, 2000, p. 281, KNAPP, Précis de droit administratif, 1991, n° 1220 et les références).

Toutefois, par économie de procédure, la Cour de céans qui a repris, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les dossiers pendants par-devant le TCAS, examinera s'il y a matière à réviser l'arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006.

4. A teneur de l'art. 89I al. 2 et 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), l'art. 61 let. i LPGA est applicable pour les causes visées à l'art. 56V al. 1 LOJ et l'art. 80 LPA pour les causes visées à l'art. 56V al. 2 LOJ. Cependant, la LPGA renvoyant au droit cantonal s'agissant de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans toutes les hypothèses.

Aux termes de l'article 80 LPA, il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît :

- a) qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision;
- b) que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente;
- c) que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce;
- d) que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel;
- e) que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées.

La demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision (art. 81 al. 1 LPA) et au plus tard dans les 10 ans à compter de la notification de la décision (art. 81 al. 2 LPA). Le cas de révision de l'art. 80 let. a est réservé : dans ce cas, la révision peut avoir lieu d'office, notamment sur communication du procureur général (cf. art. 81 al. 2 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> phrases LPA).

---

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 80 let. b) LPA s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (ATFA non publié du 29 novembre 2005, C 175/04 consid. 2.2).

Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références).

5. a) En l'espèce, dans son rapport du 9 septembre 2003, le Dr G \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs résiduelles du genou droit, un status post-résection du ménisque interne droit, de discrets troubles dégénératifs du compartiment interne du genou droit et une fibromyalgie. Il a notamment conclu à l'existence d'un lien de causalité probable entre les arthroscopies, la thrombophlébite intercurrente, les discrets phénomènes dégénératifs (allongement des deux épines tibiales droites), les douleurs résiduelles au genou droit et la chute survenue le 14 juin 2001, mais n'a retenu aucun lien de causalité entre la chute précitée et la fibromyalgie. Enfin, le Dr G \_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité plus légère, en position assise ou semi-assise, sans port de lourdes charges, telle que travaux de petite mécanique, assemblage de pièces ou travaux de contrôle en usine/atelier, billetterie dans un cinéma ou dans d'autres salles de spectacle, travaux de couture. Il a par conséquent admis une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Dans son arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006, le TCAS a reconnu une pleine valeur probante au rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2003 et a notamment pris en considération ses conclusions qui retenait l'existence d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Dès lors que, conformément à la jurisprudence fédérale, en cas d'incapacité de longue durée ou aussitôt qu'il apparaît clairement que la reprise de l'activité exercée jusqu'ici n'entraîne plus en considération, il peut

raisonnablement être exigé de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, le TCAS a prolongé le versement des indemnités journalières pendant cinq mois afin de permettre à la recourante de mettre en pratique sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Le TCAS ne s'est ainsi pas prononcé sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé mais uniquement sur la faculté de la recourante à exercer une activité adaptée.

b/a) A l'appui de sa demande en révision, la recourante a fourni les pièces complémentaires suivantes :

- Un certificat du Dr J\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2007, dont il ressort qu'elle a souffert d'une poussée d'arthralgie avec impossibilité d'utiliser le bras gauche en raison de fortes douleurs au niveau de l'épaule gauche. Les investigations conduites par le service de neurologie des HUG ont conclu à des cervico-brachialgies gauches chroniques et à une fibromyalgie. Par ailleurs, elle a également développé un état dépressif sévère. Une IRM, réalisée le 30 juillet 2007, a mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux avec une bursite sous-acromiale. De l'avis du Dr J\_\_\_\_\_, elle n'était pas en mesure de travailler plus de 50%.
- Un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2007, adressé à son assureur perte de gain maladie. Selon ce document, les diagnostics étaient les suivants : status après méniscectomie interne du genou droit, gonalgies séquellaires, tendinopathie chronique de l'épaule droite, syndrome fibromyalgique et état dépressif réactionnel.
- Un rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2007, également adressé à son assureur perte de gain maladie, dans lequel ce praticien posait le diagnostic de réaction mixte anxieuse et dépressive importante prolongée (aux cervico-brachialgies gauches chroniques, à la fibromyalgie et à l'incapacité professionnelle consécutive).
- Un courrier du Dr J\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2007, dont il ressort qu'elle souffrait d'une tendinite du tendon sus-épineux gauche, sans fissure, avec une bursite associée. Une telle tendinite pouvait être due à des efforts, à des sollicitations répétées sur un tendon mais aussi à des traumatismes. Dès lors qu'elle était droitrière, ce médecin estimait peu probable que la tendinite ait comme étiologie une maladie professionnelle, mais qu'elle était plutôt due à son accident. Par ailleurs, elle ne s'était jamais plainte des douleurs à l'épaule avant cet accident.
- Un rapport du 21 février 2009 du Dr O\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier s'est uniquement prononcé sur le lien de causalité entre la chute du 14 juin 2001

et la probable rupture partielle du tendon du quadriceps au-dessus de son insertion rotulienne qu'il a diagnostiquée. Il a considéré qu'elle ne pouvait ni plier ni étendre complètement son genou. L'activité de femme de ménage et nettoyeuse n'était ainsi plus exigible, dès lors qu'elle ne pouvait plus s'accroupir ni monter et descendre les escaliers. La position assise, genou semi-fléchi, était la seule position acceptable. Dans son complément du 8 septembre 2009, le Dr O \_\_\_\_\_ a expressément indiqué que la question de sa capacité de travail ne lui avait pas été posée, le but de l'expertise étant de déterminer l'existence d'une éventuelle causalité (possible, probable ou certaine) entre l'état du genou droit et l'accident du 14 juin 2001.

b/b) Force est de constater tout d'abord que la recourante n'a pas saisi le TCAS, alors compétent, d'une demande de révision dans le délai de 90 jours en ce qui concerne les atteintes liées à l'épaule gauche. Ainsi, si la recourante estimait que ces atteintes constituaient un fait nouveau important, elle aurait dû le faire valoir dans le délai de 90 jours dès la réception du certificat médical du Dr J \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2007, ce qui n'a pas été le cas, de sorte qu'elle est forclosée pour invoquer cette atteinte à l'appui de sa demande de révision. En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). La décision sur opposition, dont la légalité était examinée dans le cadre de la procédure ayant mené à l'arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006, dont la révision est demandée, datant du 5 janvier 2005, l'état de santé de la recourante devait être examinée à cette date. Or, l'atteinte à l'épaule gauche étant survenue postérieurement à cette date, elle ne saurait justifier la révision de l'arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006.

Quant au diagnostic posé par le Dr O \_\_\_\_\_, soit une probable rupture partielle du tendon du quadriceps au-dessus de son insertion rotulienne, et du lien de causalité naturelle entre cette atteinte et l'événement du 14 juin 2001, invoqués dans le délai de 90 jours, ils ne sauraient constituer des faits nouveaux importants, pouvant conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. En effet, si le TCAS avait tenu compte de ce diagnostic dans son arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2006, il serait arrivé à la même conclusion, à savoir celle que la recourante pouvait mettre en pratique sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Aucun élément du dossier ne remet d'ailleurs en cause cette constatation. C'est le lieu de rappeler que le TCAS ne s'est pas prononcé sur la question du lien de causalité naturelle entre les atteintes au genou et l'événement du 14 juin 2001 mais qu'il a uniquement considéré que, malgré ces atteintes, la recourante était en mesure de travailler dans une activité adaptée, ce qu'elle a d'ailleurs fait pendant près de deux ans.

c) Les pièces produites par la recourante ne portent par conséquent pas sur des faits nouveaux importants, qui auraient conduit à un jugement différent dans la

procédure A/963/2005 : les atteintes à l'épaule, les lombalgies et cervico-brachialgies sont apparues postérieurement à l'arrêt dont la révision est réclamée. En outre, s'agissant des lésions au genou, aucun élément ne permet de considérer qu'au jour de la décision sur opposition contestée examinée dans la procédure A/963/2005, la recourante n'aurait pas été capable de travailler dans une activité adaptée.

Les conditions pour réviser l'arrêt ATAS/1004/2006 du 1<sup>er</sup> novembre 2006 ne sont par conséquent pas réalisées.

6. Reste encore à examiner si l'arrêt précité pouvait être révisé en application de l'article 17 LPGA, comme le prétend la recourante.

A teneur de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Cette disposition suppose ainsi le versement d'une rente ou d'autres prestations durable accordées en vertu d'une décision entrée en force. Par ailleurs, pour KIESER, le terme de « révision » est maladroit, car l'art. 17 LPGA vise d'autres situations que celles prévues par les art. 53 et 61 let. i LPGA. L'expression d'« adaptation de la prestation » (Anpassung der Leistung), serait plus appropriée (KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 2 ad art. 17 LPGA).

En l'occurrence, force est de constater que la recourante ne percevait aucune prestation de l'intimée, que ce soit sous forme de rente d'invalidité ou d'autres prestations durables. Par conséquent, elle ne saurait invoquer cette disposition, dès lors qu'il n'y a aucune prestation à adapter.

7. Au vu des considérations qui précèdent, la Cour de céans rejettera la demande en révision dans la mesure où elle est recevable.

Cela étant, il apparaît que l'intimée aurait dû qualifier le courrier du 26 février 2009 de nouvelle demande de prestations et examiner si les atteintes invoquées par la recourante étaient constitutives d'une rechute et/ou de séquelles tardives en lien de causalité avec l'accident du 14 juin 2001. La Cour de céans invitera par conséquent l'intimée à statuer sur cette question par décision motivée et munie des moyens de droit.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant sur révision**

1. Rejette la demande en révision dans la mesure où elle est recevable, dans le sens des considérants.
2. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le