

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/395/2015

ATAS/948/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 décembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOUGERIES

recourante

contre

ZÜRICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, Division sinistres-
Litigation, sise à ZÜRICH.

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Le 22 janvier 2007, Madame A_____ (ci-après : l'assurée) a été renversée par une voiture alors qu'elle traversait la chaussée. Au moment des faits, elle travaillait en tant que pépiniériste, pour un salaire mensuel de CHF 2'820.06 (cf. pce 29 intimée) et était affiliée par le biais de son employeur contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de Zürich assurances (ci-après : l'assureur-accidents).
L'accident a entraîné des lésions au niveau du genou droit et deux interventions ont été nécessaires en dates des 8 mai 2008 et 7 septembre 2011.
L'assureur-accidents a pris en charge les frais de traitement et versé des indemnités journalières.
2. Le 30 juin 2010, une rechute a été annoncée. A ce moment-là, l'assurée exerçait à 80% comme employée polyvalente.
3. Un arrêt de travail a été attesté à compter du 15 juin 2010, dont le taux a varié dans le temps.
4. Les frais de traitement ont été pris en charge et des indemnités journalières versées par l'assureur-accidents.
5. Dans un rapport du 12 avril 2013, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine du sport et en médecine manuelle, a indiqué que l'état de sa patiente était stabilisé et que si l'incapacité de travail restait de 60% dans l'activité habituelle, elle était nulle dans une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire et permettant de changer de position (position qu'il devait confirmer par la suite, dans un rapport du 9 août 2013).
6. Le 3 mars 2014, l'assurée a été adressée pour expertise au docteur C_____, orthopédiste, qui, dans son rapport du 1^{er} mai 2014, a conclu que l'assurée était apte à exercer à 100% une activité adaptée et a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte au genou, au motif que le *statu quo sine* avait été atteint.
7. Par décision du 17 juillet 2014, l'assureur-accidents a mis un terme à sa prise en charge des frais de traitement ainsi qu'au versement des indemnités journalières, avec effet au 30 novembre 2013, respectivement au 30 avril 2014. Le droit à une rente d'invalidité ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) a été nié.
8. Le 21 juillet 2014, l'assureur-maladie de l'assurée s'est opposé à cette décision.
9. Par courrier du 12 août 2014, l'assurée a fait de même, en produisant :

- un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, émettant un certain nombre de critiques à l'encontre du rapport du Dr C_____ et concluant au final que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% devrait être reconnue à sa patiente ;
- un rapport rédigé le 14 août 2014 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, confirmant avoir suivi la patiente pour une entorse grave du genou droit et indiquant rejoindre les conclusions du Dr D_____ ;
- un rapport rédigé le 15 août 2014 par le Dr B_____, relevant un certain nombre de contradictions dans le rapport du Dr C_____, concluant à une progression claire et indiscutable de l'arthrose chez sa patiente, contestant que l'évolution de la gonarthrose et le traitement ultérieur de cette pathologie soient à mettre sur le compte de l'obésité de l'intéressée et concluant à ce que celle-ci se voit reconnaître le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% du fait des séquelles objectives (gonarthrose).

10. Le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-maladie a retenu en date du 25 août 2014, une pleine capacité de travail dans une activité s'exerçant en position semi-assise et n'impliquant pas le port de charges.

11. Le dossier de l'assurée a alors été soumis par l'assureur-accidents à son médecin-conseil, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui s'est prononcé le 24 décembre 2014.

Le Dr G_____ a qualifié l'existence d'un rapport de causalité entre les diagnostics retenus (ancienne entorse grave du genou droit, ancienne plastie du ligament croisé antérieur, ancienne correction d'un impingement, plastie/échancrure et gonarthrose droite) et l'accident du 22 janvier 2007 de certaine, en précisant qu'il n'existait aucune cause étrangère à l'accident.

En revanche, il lui a été impossible de se prononcer sur une éventuelle atteinte à l'intégrité sur la seule base du dossier. Néanmoins, le médecin a précisé que les taux évoqués (10% à 15%) lui paraissaient tout à fait vraisemblables par rapport à l'évolution du cas.

12. Par décision du 15 janvier 2015, l'assureur-accidents a rejeté les oppositions.

Revenant sur sa position antérieure, l'assureur-accidents a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident survenu en janvier 2007 et l'atteinte au genou droit de l'assurée, suivant en cela les avis émis en cours de procédure d'opposition par les Drs F_____, D_____, B_____ et E_____, tous unanimes sur ce point et rejoints par le médecin-conseil de l'assureur, le Dr G_____.

Pour le reste, l'assureur-accidents a considéré que l'état de l'assurée devait être considéré comme stabilisé. Il a dès lors confirmé la cessation du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement.

S'agissant du droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité, l'assureur a considéré que si l'intéressée était bel et bien incapable d'exercer à plus de 50% son activité d'employée polyvalente, en revanche, il était exigible de sa part qu'elle exerce à plein temps une activité adaptée à son état, ce qui lui permettrait de réaliser un gain supérieur à celui qu'elle aurait obtenu dans son activité habituelle. Vu l'absence de perte de gain, le droit à une rente devait être nié.

Quant à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), l'assureur-accidents a renvoyé la cause à son siège régional afin qu'elle en fixe le montant après avoir requis, si nécessaire, un avis médical complémentaire.

Enfin, il a formellement réservé les rechutes et séquelles tardives éventuelles.

13. Par écriture du 4 février 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

Elle conteste pouvoir exercer à plein temps une activité adaptée. Selon elle, sa capacité de travail atteint 50% au maximum et ce, quelle que soit l'activité envisagée. A cet égard, l'assurée se réfère aux avis des Drs D_____, B_____, et E_____.

Au surplus, l'assurée allègue que son état de santé se serait détérioré.

En conséquence de quoi, elle demande qu'après audition de ses médecins traitants, le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu, ainsi que celui à la prise en charge de ses frais médicaux et au versement d'indemnités journalières.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit à nouveau :

- le rapport rédigé le 12 août 2014 par le Dr D_____ ;
- le rapport rédigé le 14 août 2014 par la Dresse E_____ ;
- le rapport rédigé le 15 août 2014 par le Dr B_____.

14. Invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 26 février 2015, a conclu au rejet du recours en relevant qu'aucun des rapports médicaux produits à l'appui du recours ne fait état d'une capacité résiduelle de travail de 50%.

Au contraire, le Dr B_____ a confirmé et conclu à une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire permettant de changer de position et le Dr F_____ a retenu une pleine capacité de travail dans une activité s'exerçant en position semi-assise et n'impliquant pas le port de charges ; ces deux médecins ont donc corroboré les conclusions du Dr C_____ selon lesquelles la recourante n'est pas limitée dans l'exercice d'une activité adaptée.

Il ressort dès lors de l'avis unanime de l'ensemble des médecins consultés que l'assurée est apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée et qu'elle ne subit dès lors aucune perte de gain par rapport à l'activité exercée au moment de l'accident.

Par ailleurs, l'intimée rappelle avoir expressément réservé l'éventualité d'une rechute ou de séquelles tardives.

15. Par écriture du 11 mars 2015, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

Elle reproche à l'intimée d'occulter l'avis de ses médecins traitants et en particulier du Dr D_____, lequel considère que sa capacité de travail n'atteint que 50% au plus, même dans une activité adaptée.

16. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 7 mai 2015.

17. La Dresse E_____, qui a suivi l'assurée de février 2007 - soit quelques semaines après son accident - à juillet 2010, puis de juin à septembre 2014 et depuis avril 2015, a émis l'avis que l'activité habituelle - qui implique de rester toute la journée debout - ne peut être exigée qu'à hauteur de 50% au maximum, à moins d'aménager le poste et de permettre des pauses.

En revanche, dans une activité telle que celle qu'il était prévu que l'assurée exerce durant l'été 2015, le taux d'occupation pourrait être augmenté, peut-être à 70%, voire plus.

Enfin, dans une activité totalement adaptée, c'est-à-dire sédentaire et permettant l'alternance des positions, le témoin a émis l'avis que la capacité de travail était totalement préservée.

18. Entendu à son tour, le Dr B_____, qui suit l'assurée depuis le printemps 2009, a précisé avoir principalement critiqué l'expertise du Dr C_____ en tant qu'elle imputait l'arthrose de sa patiente à son problème de surcharge pondérale, d'une part, lui niait le droit à une IPAI, d'autre part.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le témoin a convenu qu'en théorie, elle demeure capable d'exercer à plein temps une activité adaptée (c'est-à-dire en position assise, sédentaire).

Le témoin a souligné que sa patiente s'était battue pour obtenir un nouveau poste, mieux adapté, auprès de son employeur : à compter du 1^{er} juillet 2015, elle travaillerait à 80% en salle de restauration (alors que jusqu'alors, elle travaillait à la cuisine), ce qui lui permettrait de s'aménager des plages de repos entre les services. Dans ce type de poste, le témoin a estimé le taux d'occupation raisonnablement exigible à 80%.

19. Quant à la recourante, elle a protesté de sa bonne volonté et rappelé avoir déployé des efforts pour retrouver un poste mieux adapté à son état, d'une part, pour perdre 10 kg, d'autre part, ce qui n'a malheureusement pas eu beaucoup d'impact sur l'état de son genou.

Pour le reste, elle a renoncé à l'audition du Dr D_____, qui s'est déjà exprimé par écrit et qui n'a pu se présenter en raison de problèmes de santé.

20. Le 10 juin 2015, la recourante a produit le contrat de travail signé avec son employeur, en date du 9 juin 2015, concernant son engagement à partir du 1^{er} juillet 2015 en qualité d'employée de cafétéria à 80% pour un salaire mensuel initial à 80%, payé treize fois, de CHF 3'520.40 (soit un revenu annuel de CHF 45'765.20).

21. Invité à se déterminer, l'intimée, par écriture du 2 juillet 2015, a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

Elle a constaté que tant le Dr B_____ que la Dresse E_____ avaient admis une pleine capacité de leur patiente à exercer une activité adaptée, c'est-à-dire en position assise et sédentaire ; ils partageaient ainsi clairement l'appréciation des Drs F_____ et C_____.

Quant au contrat de travail conclu par l'assurée, l'intimée a relevé qu'il prévoit un gain annuel de CHF 45'765.20, soit un montant bien supérieur à celui du revenu avant accident. Dès lors, que l'on retienne un revenu d'invalidé selon les tables statistiques ou le revenu d'invalidé effectivement réalisé depuis le 1^{er} juillet 2015, le résultat est le même : les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ne sont pas remplies.

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 - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Le recours, interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, est recevable.
5. Le litige porte d'abord sur la question de savoir si, au moment de la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante devait être considéré comme stabilisé, justifiant ainsi la cessation de la prise en charge du traitement médical et du versement de l'indemnité journalière. Dans l'affirmative, il conviendra d'examiner si la recourante peut se voir accorder une rente d'invalidité.

Il convient en revanche de souligner que le droit éventuel à une IPAI et son taux ne font pas l'objet du litige soumis à la Cour de céans puisqu'ils feront l'objet d'une décision formelle séparée telle qu'annoncée par l'intimée.

6. L'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).
7. Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). En d'autres termes, l'assureur-accidents ne peut clore le cas que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115 et les références).
8. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

Selon la jurisprudence, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter

de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATFA non publié du 11 mai 2005, U 136/04 consid. 4.1).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. En l'occurrence, la recourante demande que l'intimée continue à lui verser une indemnité journalière. Tel ne peut cependant être le cas que si l'on admet que son état n'est pas encore stabilisé.

Or, il ressort clairement du rapport du Dr B_____ que l'état de la recourante est bel et bien stabilisé. A cet égard, force est de constater que la péjoration alléguée par la recourante dans son écriture n'est corroborée par aucun document médical.

C'est donc à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge des frais et au versement des indemnités journalières, étant rappelé qu'une rechute ou d'éventuelles séquelles tardives ont été expressément réservées.

10. Quant à l'allégation selon laquelle la recourante serait incapable d'exercer à plein temps une activité adaptée, elle est manifestement démentie par tous les médecins qui se sont prononcés sur sa situation, tant par les médecins des assureurs que par les médecins traitants de l'intéressée.

Qui plus est, on constate que la recourante, dans son nouveau poste, réalise un revenu supérieur à celui obtenu avant l'accident. En l'absence de perte de gain, les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ne sont donc pas remplies.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours, manifestement infondé, est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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