

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4099/2009

ATAS/1066/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 21 octobre 2010

En la cause

Madame J _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître FIVIAN
DEBONNEVILLE Sandra

recourante

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise route de
Chavannes 35, 1007 LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Evelyne BOUCHAARA et Norbert
HECK, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame J _____ (ci-après : la recourante), née en 1946, divorcée et mère de deux enfants majeurs, est assurée au sens de la LAA auprès de ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

Elle est conseillère en organisation d'entreprise et gestion de projets et travaille seule au sein de sa propre entreprise.

2. L'entreprise de la recourante déclara le 30 juillet 2008 un accident survenu le 28 juillet 2008, à Ibiza, en Espagne, durant une « promenade de loisir ».

Par la suite, la recourante expliquera avoir heurté une poutre avec la tête, alors qu'elle gravissait un escalier très raide et regardait ainsi ses pieds. Elle avait été propulsée en arrière dans le vide sur sa hauteur, retombant sur le sol en béton. Elle avait alors entendu un grand craquement. Elle était rentrée de vacances le lendemain et s'était rendue aux urgences de l'Hôpital Universitaire du canton de Genève (ci-après : HUG).

3. Suite à l'accident, la recourante s'est trouvée en incapacité de travail complète.
4. Un examen radiologique du genou pratiqué le 30 juillet 2008 aux HUG conclut à l'absence de fracture osseuse décelable, à un épanchement intra-articulaire, et à une tendinopathie calcifiante sous-quadricipitale et rotulienne.
5. Le 7 août 2008, les HUG diagnostiquèrent une entorse, une déchirure ligamentaire et une lésion méniscale.
6. Une IRM du genou gauche pratiqué le 13 août 2008 mit notamment en évidence une déchirure complète du ligament croisé antérieur et une déchirure complexe méniscale.
7. Le 19 septembre 2008, le Dr L _____, chirurgien orthopédique FMH, diagnostiqua une entorse grave du genou gauche avec lésion complète du LCA, lésion partielle du LCP, une déchirure du ménisque externe et une probable fracture de la tête du péroné. Ce médecin a prescrit une attelle du genou articulée avec possibilité de blocage à différents degrés.
8. La recourante protesta à plusieurs reprises, indiquant ne pas être soignée correctement, en raison de l'octroi d'une attelle inadéquate.
9. Selon une note d'entretien téléphonique du 7 octobre 2008, le Dr L _____ a indiqué que l'attelle souhaitée par la recourante et devisée à 2'880 fr. n'était pas celle souhaitée par lui et que la recourante portait maintenant déjà une attelle.

10. Par courrier du 20 octobre 2008, la recourante indiqua à l'assurance que ses problèmes avec l'assurance et le manque de considération dont elle était l'objet la démoralisaient, de sorte qu'elle avait dû consulter un médecin psychiatre qui lui avait prescrit un traitement antidépresseur.
11. L'assurance confia le mandat d'expertise suivant au Dr M_____, chirurgien orthopédique FMH et au Dr N_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, tous deux évoluant au sein de CEMED SA : « Nous assurons en LAA [la recourante] pour les conséquences d'un accident survenu le 28 juillet 2008, au cours duquel elle s'est déchiré les ligaments du genou gauche et le ménisque externe. [La recourante] est conseillère en organisation d'entreprise et gestion de projet. Elle a repris son travail à 20 % le 6 octobre et ne prévoit pas une reprise prochainement. Elle estime tout au plus pouvoir travailler à 50 % si nous acceptons de modifier l'attelle qu'elle porte. Nous avons un différend à propos du type d'attelle optimale qui pourrait être utilisée, depuis lors notre assurée souffre d'une dépression. »
12. Le 29 janvier 2009, l'assurance écrivit à la recourante afin de l'informer que selon un rapport préliminaire succinct du CEMED, sa capacité de travail serait totale dès le 1^{er} février 2009.
13. Le 16 février 2009, la recourante écrivit à l'assurance afin notamment de l'informer n'avoir pas reçu l'expertise complète et de ce que selon son psychiatre traitant, la Dresse O_____, la capacité de travail dès le 1^{er} février 2009 était de 50% et non de 100%.
14. Les experts rédigèrent leur rapport le 2 mars 2009, après un examen clinique.

Ils conclurent sur le plan orthopédique à une entorse grave du genou gauche avec instabilité résiduelle importante principalement du compartiment externe. Le traitement antalgique apportait des résultats favorables, mais incomplets. L'instabilité objective constatée laisserait des séquelles. Malgré que les radiographies et l'IRM aient montré une atteinte dégénérative, elle n'était que débutante et sa décompensation ultérieure sera très largement à mettre en rapport avec les suites de l'accident du 28 juillet 2008. La capacité de travail n'était plus limitée.

Sur le plan psychique, les experts ont retenu un trouble dépressif récurrent en rémission avec des épisodes dépressifs en 2001 et juillet 2008. Au moment de l'expertise l'état clinique n'était pas sévère, mais il persistait des symptômes résiduels. La décompensation psychique semblait s'inscrire dans le cadre d'un conflit asséculologique. L'évolution était favorable et sans comorbidité psychiatrique manifeste, en l'absence d'élément en faveur d'un trouble de la personnalité. Il n'y avait plus de limitations fonctionnelles. Il n'y avait pas de lien

de causalité entre l'accident et l'épisode dépressif qui était secondaire à des conflits asséculoologiques.

La capacité de travail de la recourante était complète, dès le 1^{er} février 2009.

15. Par courriers des 12 et 13 mars 2009, la Dresse O _____ indiqua n'avoir pas été contactée par le Dr N _____. Elle expliquait que l'expertise comportait « beaucoup d'inexactitudes voire d'éléments erronés » et qu'elle ne partageait pas l'avis de l'expert.
16. Par courrier du 18 mars 2009, la recourante contesta le rapport d'expertise du CEMED, en particulier sur le plan psychiatrique. C'est bien l'accident qui avait provoqué le retour d'un sentiment d'impuissance physique à l'origine de la rechute dépressive et non un problème asséculoologique.
17. Suite à une interpellation de l'assurance, la Dresse O _____ expliqua, par courrier du 3 avril 2009, avoir constaté que, de manière répétitive, le même schéma amenait la recourante à développer un état dépressif. Sa patiente, habituellement dynamique, présentait un état dépressif suite à des problèmes somatiques. Elle avait déjà connu, en juillet 2002, un état dépressif sévère à mettre en relation avec des difficultés avec une assurance perte de gain. Les problèmes rencontrés à nouveau aujourd'hui sur le plan asséculoologique avaient concouru à amplifier tant l'état dépressif que l'état anxieux.
18. Le 15 mai 2009, le Dr P _____ indiqua que les éléments apportés par la Dresse O _____ ne permettaient pas de modifier son appréciation. Il fut confirmé que l'accident, qui pouvait être qualifié de mineur, n'était pas de nature à provoquer la complication psychiatrique. En l'absence d'un épisode dépressif sévère, il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail.
19. Après que la recourante fut entendue, l'assurance décida le 5 août 2009 de mettre fin aux indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2009, en raison d'un défaut de causalité naturelle et adéquate entre la dépression et l'accident du mois de juillet 2008.
20. La recourante s'opposa à cette décision lors d'un entretien qui eut lieu le 9 septembre 2009. Elle considérait que les différents critères permettant d'admettre une causalité entre la dépression et l'accident étaient réalisés.
21. Par décision sur opposition du 14 octobre 2009, l'assurance rejeta l'opposition et confirma sa décision du 5 août 2009. Les affections orthopédiques étaient en lien de causalité avec l'accident du 28 juillet 2008, de sorte que les frais de traitement continuaient à être pris en charge. Il n'y avait toutefois plus d'incapacité de travail. Quant aux affections psychiatriques, elles n'étaient pas en lien de causalité naturelle

et adéquate avec l'accident. L'assurance se référait à l'avis des médecins du CEMED.

22. Par décision du 25 novembre 2009 entrée en force, l'assurance a octroyé à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%, en raison de l'état de son genou.
23. La recourante contesta la décision sur opposition du 14 octobre 2009, par acte adressé par pli postal du lundi 16 novembre 2009 au Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle concluait à l'annulation de ladite décision, à la prise en charge des frais de traitement psychologique, et au versement d'indemnités journalières pour la période déterminée par la Dresse O_____.

L'accident subit était de gravité moyenne. L'expertise du CEMED était erronée, lacunaire et superficielle. Il fallait retenir l'avis de la Dresse O_____.

24. Par acte du 10 décembre 2009, l'assurance conclu au rejet du recours. Elle se référait à l'expertise et à ses décisions. L'expertise n'avait pas été faussée. Les experts n'avaient pas fondé leurs conclusions sur les déclarations de l'intimée, mais sur l'ensemble du dossier médical, leurs propres constatations et les déclarations de la recourante. Même si l'avis de la Dresse O_____ devait être suivi, il n'y aurait pas de causalité adéquate. A cet égard, l'accident était à considérer au plus comme moyennement grave et aucun des critères retenus par la jurisprudence pour permettre d'admettre la causalité adéquate n'étaient réalisés.
25. Le Tribunal procéda à l'audition de la Dresse O_____ le 1^{er} juillet 2010. Elle confirma le diagnostic psychiatrique retenu par les médecins du CEMED mais son avis divergeait quant à l'intensité de l'état dépressif.

Elle expliqua notamment : « En raison de l'accident survenu en juillet 2008, la patiente connaissait une diminution de son état de santé physique qui a induit l'état dépressif. Par la suite, soit au début du mois de février 2009, s'est ajouté à cet état un état anxieux qui a été majoré par des problèmes asséurologiques [...] A partir du mois d'octobre 2008 jusqu'à la fin du mois de janvier 2009, la recourante a été en incapacité de travail, pour raisons psychologiques, à 80% en raison d'un état dépressif majeur. Je précise que ledit état dépressif majeur était déjà présent au mois d'août 2008, lorsque [la recourante] bénéficiait d'une incapacité de travail en raison de son état physique. De février à juin 2009, l'incapacité de travail à été de 50% en raison d'un état dépressif moyen et de l'état anxieux. Dès le 8 juin 2009, [la recourante] a retrouvé une pleine capacité de travail. Son état dépressif pouvait être alors qualifié de très résiduel. Dès le mois de septembre 2009, mon traitement a pris fin, car il n'avait plus de raison d'être. »

Elle a encore relevé que deux fois par le passé, la recourante avait développé un état dépressif suite à un sentiment d'inutilité et à la crainte de ne pouvoir compter sur

elle-même, en raison de son état de santé physique. L'état anxieux accompagnant l'état dépressif avait été plus important au mois de juillet 2002, en raison de difficultés avec l'assurance perte de gain.

S'agissant de l'avis des médecins du CEMED, il contenait des erreurs quant aux dates et aux dires de la recourante, ainsi que différentes inexactitudes. Un seul entretien était par ailleurs insuffisant pour qualifier un état de tristesse d'occasionnel.

Au moment de sa première consultation, en août 2008, la recourante n'avait pas encore de conflit asséculoologique.

26. Entendue en audience le même jour, la recourante indiqua ne pas contester le contenu de l'expertise du CEMED sur le plan psychiatrique. Le litige portait sur les prestations entre le 1^{er} février et le 7 juin 2009.
27. Par acte du 15 juillet 2010, l'assurance persista dans ses précédentes écritures et conclusions.
28. Par acte du 20 juillet 2010, la recourante persista également dans sa position et ses conclusions, insistant notamment sur le fait que l'état psychique avait précédé le conflit asséculoologique. Elle produisit à cette fin un certificat médical du Dr L_____ du 1^{er} juillet 2010 et un certificat médical du Dr Q_____ du 3 juillet 2010 se rapportant à l'état de la recourante en août 2008, époque à laquelle ces deux médecins avaient conseillé la consultation d'un psychiatre.
29. La cause fut gardée à juger le 22 juillet 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli du lundi 16 novembre 2009, le recours contre la décision sur opposition de l'intimée du 14 octobre 2009

intervient en temps utile (art. 38 al. 3 et 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la prise en charge des frais de traitement psychiatrique et sur le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 50% en raison d'un état dépressif, ceci du 1^{er} février 2009 au 7 juin 2009. Plus spécifiquement, le litige porte sur la question de savoir si l'état dépressif connu par la recourante est en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 28 juillet 2008.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.
 - a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références).
 - b) Il faut également que l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé se trouvent dans un lien de causalité adéquate. Il s'agit de fixer une limite raisonnable – et supportable pour la communauté – à la responsabilité de l'assurance sociale, compte tenu de la multiplicité des causes naturelles qui participent à la survenance du résultat (FRESARD/ MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 85)

L'existence d'un lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF

115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références).

En l'absence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, ou encore d'un traumatisme crânio-cérébral, on examine les critères de la causalité adéquates en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133, ATF 127 V 102, ATF non publié n° 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009).

6. En l'espèce, les deux parties s'entendent pour qualifier l'accident de gravité moyenne. La recourante considère que l'accident est à la limite du cas grave, tandis que l'assurance considère qu'il est à la limite de l'accident peu grave.

Selon la jurisprudence, une chute lors d'une glissade sur une plaque de verglas a été considérée comme de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (ATF 8C_628/2007 du 22 octobre 2008). La chute brutale d'un ascenseur sur deux étages avant blocage à quelques mètres du fond et la chute d'un engin de gymnastique avec point d'impact occipital et perte de connaissance ont été qualifiés d'accident de gravité moyenne, pour le premier à la limite du cas grave (ATF U 204/00 du 30 avril 2001 et ATF U 239/01 du 27 juin 2002). Des chutes de 6 à 8 mètres ont été qualifiées d'accidents graves (RAMA 2005 no U 555 p. 322, consid. 3.4.1I)

La recourante a indiqué avoir chuté en arrière de sa hauteur, sur un sol en béton. Il apparaît ainsi que c'est à raison que l'assurance a exclu l'accident de peu de gravité. En revanche, au vu de la casuistique précitée, il y a lieu de retenir que l'accident peut être classé dans la partie médiane des accidents de gravité moyenne. En effets, les autres cas cités apparaissent objectivement plus graves.

Reste ainsi à examiner les différents critères mentionnés ci-dessus.

- a) S'agissant des circonstances de l'accident, le Tribunal ne discerne aucune circonstance particulièrement dramatique. En revanche, il ne saurait être nié le caractère relativement impressionnant d'une chute en arrière sur une hauteur de près de deux mètres.
 - b) S'agissant de la gravité ou de la nature particulière des lésions, il faut tenir compte du fait que la recourante ne recouvrera pas la pleine jouissance de son genou, à tel point qu'elle s'est vu octroyer une atteinte à l'intégrité de 20%.
 - c) S'agissant de la durée du traitement, aucun des médecins n'indique que celui-ci aurait été anormalement long.
 - d) S'agissant des douleurs, il ressort du dossier médical, plus particulièrement de l'expertise du CEMED que la recourante s'est plainte de douleurs du genou et de l'épaule. Il n'apparaît toutefois pas que ces douleurs aient atteint une intensité particulière. Les médecins traitants ne mentionnent pas la présence de douleurs physiques.
 - e) Aucune erreur dans le traitement médical, ni difficulté particulière au cours de la guérison ou complication importante n'entrent en ligne de compte. Certes, la recourante se plaint-elle de n'avoir pas pu bénéficier d'une attelle adaptée. Ceci étant, il n'apparaît pas que son chirurgien orthopédique traitant ait été de son avis. Il ressort au contraire de la note d'entretien téléphonique du 7 octobre 2008 que le Dr L_____ a considéré que l'attelle devisée et refusée n'était pas celle qu'il souhaitait. Par la suite, le dossier ne contient aucune protestation dudit médecin quant à une mauvaise prise en charge.
 - f) Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail n'apparaissent pas suffisants au regard de la jurisprudence, l'incapacité de travail n'ayant duré que quelques mois. (cf. notamment ATF non publié n° U 331/06 du 4 avril 2007).
 - g) En conséquence, deux des critères précités sont partiellement réalisés.
7. Certes, tous les critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et bb et ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

En présence d'un accident se situant dans la partie médiane des accidents de catégorie moyenne, deux critères partiellement réalisés ne sauraient suffire.

Il s'en suit que les troubles psychiques de la recourante ne se trouvent pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 28 juillet 2008.

8. Il n'est ainsi point besoin d'examiner ce qu'il en est de la causalité naturelle et d'entrer en matière au sujet des avis médicaux divergents à ce sujet.
9. Le recours sera ainsi rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A 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

Le président

Irène PONCET

Thierry STICHER

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