

# **GE\_GERICHTE ATAS/1076/2018 vom 21. November 2018**

GE Cour de justice, 2018-11-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1076\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1076_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1076/2018 du 21 novembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1076/2018 del 21 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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 1er 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). b. En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). c. En l'espèce, la recourante, enseignante, domiciliée en France, travaille pour le compte de l'État de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

### **E. 2**

a. À 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. b. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions

A/4932/2017 - 10/17 - légales seront par conséquent citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations, en particulier au paiement des frais médicaux de la part de l'intimée au-delà du 15 août 2017, en raison de l'accident subi le 24 octobre 2014. Il s'agit en particulier de savoir si l'intimée était fondée à retenir que son état de santé était stabilisé au 15 août 2017.

### **E. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

## **E. 6**

a. 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 notamment: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de celui-ci, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (let. b). b. Le traitement médical ne se limite pas aux mesures destinées au rétablissement ou à l'amélioration de la capacité de gain. Il englobe toutes les mesures tendant à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Celle-ci est donnée si l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. Par contre, on n'est pas en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé lorsque la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3ème éd., 2016, p. 968 n. 194 et les références citées ; RAMA 2005 n. U 557 p. 388). c. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 41 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.378/99 du 23 mars 2000 consid. 3a et les

A/4932/2017 - 11/17 - références). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). d. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical (et au versement des indemnités journalières), 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 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1 ; ATF 116 V 41 consid. 2c).

## **E. 7**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations,

l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

A/4932/2017 - 12/17 - 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

## **E. 8**

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

## **E. 9**

a. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident le 24 octobre 2014, ayant provoqué une atteinte au membre supérieur gauche, soit une fracture de la palette humérale ainsi que des douleurs à l'épaule, et nécessité des prestations médicales. S'appuyant sur l'appréciation des 21 août et 31 octobre 2017 du Dr H\_\_\_\_\_, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des frais médicaux

A/4932/2017 - 13/17 - avec effet au 15 août 2017, date au-delà de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. De son côté, la recourante conteste la stabilisation de son état de santé au 15 août 2017, en se référant principalement au rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017, à celui de sa physiothérapeute du 9 décembre 2017 ainsi qu'à celui du Dr J\_\_\_\_\_ du

## **E. 13**

septembre 2018. Elle souhaite que son droit à la prise en charge du traitement médical subsiste. b. C'est le lieu de rappeler que le droit au traitement médical cesse lorsqu'il n'y a plus lieu d'en attendre une sensible amélioration de l'état de santé, ce par quoi il faut comprendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail. L'amélioration doit être « sensible », c'est-à-dire d'une certaine importance. Il ressort des rapports médicaux que, suite à la fracture de la palette humérale gauche, qui a été ostéosynthésée le 29 octobre 2014 aux HUG, la recourante a bénéficié de plusieurs séances de physiothérapie. Le 22 avril 2015, l'évolution était lentement favorable sur le plan des amplitudes articulaires. En ce qui concernait l'épaule gauche, qui avait été compliquée par une capsulite rétractile, l'évolution était également favorable avec une récupération des rotations. La capacité de travail de la recourante, nulle jusqu'au 8 mars 2015, partielle dès le 9 mars 2015, était totale à partir du 30 mai 2015. Le 27 avril 2016, la fracture du coude gauche était complètement consolidée, sans signe d'arthrose ni de conflit ulnaire avec la vis médiale. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avec arthrolyse le 18 mai 2016 aux HUG, la recourante a de nouveau bénéficié de séances de physiothérapie. Le 28 juin 2016, l'évolution était tout à fait favorable avec des douleurs cotées entre 0 et 4/10 à la mobilisation et l'interligne articulaire tout à fait préservé. La recourante présentait des amplitudes fonctionnelles au niveau du coude. Son incapacité de travail qui avait été totale après cette nouvelle opération a pris fin le 3 juillet 2016. Au 14 juillet 2016, le traitement était terminé pour les HUG qui avaient considéré qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème, hormis une raideur modérée. Le 11 mai 2017, la recourante a bénéficié d'une infiltration dans l'épaule gauche, effectuée par le Dr G\_\_\_\_\_. Le 21 août 2017, l'évolution était favorable et le pronostic bon pour l'épaule. Il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème. Dans son appréciation du 31 octobre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a, après avoir

résumé les pièces au dossier, y compris le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017, considéré que la recourante présentait une bonne récupération de la mobilité et que son état de santé était stabilisé. Des séances de physiothérapie régulières et chroniques n'étaient pas nécessaires, car elles n'apporteraient pas d'amélioration substantielle des amplitudes articulaires. Ce rapport doit se voir reconnaître une pleine force probante, quand bien même ce médecin n'a pas examiné la recourante, dès lors que ses conclusions, convaincantes

A/4932/2017 - 14/17 - au vu de la synthèse des rapports précités, reposent sur l'étude des pièces médicales, lesquelles se fondent sur un examen personnel de la recourante. Cette dernière soutient, s'appuyant sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017, que la récupération du membre supérieur gauche était incomplète, raison pour laquelle ce médecin avait préconisé la poursuite du traitement sous forme de physiothérapie et d'infiltrations ponctuelles. La recourante procède toutefois à une lecture erronée dudit rapport. En effet, ce praticien y indiquait que l'infiltration de l'épaule gauche avait soulagé la recourante avec une récupération complète de ses amplitudes articulaires. Invité par la chambre de céans à répondre à des questions, dans son rapport du 16 août 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé que les amplitudes articulaires étaient complètes au niveau de l'épaule gauche. Si, dans son rapport antérieur, il avait indiqué que la recourante n'avait pas complètement récupéré son épaule, c'était parce qu'elle avait manifesté une gêne à cette articulation la nuit et le matin notamment. Le médecin se réfère ici aux plaintes subjectives de la recourante. Il a ajouté qu'après le 11 mai 2017, il n'avait plus effectué d'infiltrations et qu'au vu de l'examen du 10 août 2017, la recourante ne nécessitait pas de traitement de physiothérapie chronique. En cas de récurrence au niveau du coude ou de l'épaule, ce traitement pourrait être réévalué. Enfin, dans son rapport il a recommandé la poursuite de la physiothérapie et éventuellement d'infiltration de manière ponctuelle en fonction de l'évolution clinique. Force est ainsi de constater qu'après l'infiltration de l'épaule gauche le 11 mai 2017, la recourante, qui présentait selon les constatations objectives des amplitudes articulaires complètes au niveau de cette articulation, n'avait pas besoin d'un traitement, sauf en cas de récurrence. Par conséquent, l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ rejoint celle du Dr H\_\_\_\_\_, selon lequel des séances de physiothérapie régulières et chroniques n'étaient pas nécessaires, car elles n'apporteraient pas d'amélioration substantielle des amplitudes articulaires. Après avoir pris connaissance du rapport du 16 août 2018 du Dr G\_\_\_\_\_, dans son écriture du 5 septembre 2018, la recourante a allégué que les troubles du membre supérieur gauche apparaissaient davantage liées aux conséquences de ses fractures du coude qu'à la problématique de l'épaule. Or, il ressort des rapports médicaux, que la fracture du coude gauche était consolidée le 27 avril 2016, sans signe d'arthrose, que l'interligne articulaire était préservé, que les amplitudes au niveau du coude étaient fonctionnelles au 28 juin 2016, que le traitement était terminé au

#### **E. 14**

juillet 2016 et qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème, hormis une raideur modérée. Les séances de physiothérapie pour les troubles liés au coude gauche ont été prescrites en dernier lieu le 4 août 2016 par le Dr F\_\_\_\_\_. La recourante n'a produit aucun avis médical établissant qu'au-delà de cette date, elle aurait poursuivi un traitement spécifique pour des troubles liés au coude gauche. Elle a versé au dossier le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2018, lequel a examiné la recourante seulement le 11 septembre 2018, soit plus de deux ans après la fin du traitement le 14 juillet 2016. Ce document, établi manifestement pour les

A/4932/2017 - 15/17 - besoins de la procédure, n'indique pas que la recourante a suivi après le 14 juillet 2016 ou le 4 août 2016 une mesure thérapeutique particulière, ni qu'un tel traitement (dont on ignore en quoi il consisterait) serait de nature à améliorer sensiblement son état de santé. La recourante a également allégué que l'évolution clinique de l'épaule gauche, postérieure à la consultation auprès du Dr G\_\_\_\_\_ le 10 août 2017, s'était avérée défavorable. À cet égard, elle se réfère au rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2018. Or, ce médecin mentionnait qu'elle ne présentait pas de signe de souffrance de la coiffe des rotateurs, ni d'instabilité ni d'amyotrophie visible de cette épaule. En outre, après le 11 mai 2017, date de l'infiltration gléno-humérale de l'épaule gauche, et les séances de physiothérapie prescrites par le Dr G\_\_\_\_\_ le 17 mai 2017, aucun traitement médical spécifique n'est documenté au dossier en ce qui concerne l'épaule gauche. Quand bien même la recourante éprouve une gêne au membre supérieur gauche, ainsi que sa physiothérapeute l'a attesté dans un rapport du 9 décembre 2017, force est de constater que, depuis le 4 juillet 2016, elle présente une capacité de travail entière (cf. certificat des HUG du 27 juin 2016). Aucun certificat médical n'atteste une incapacité de travail à partir de cette date. Ainsi, la gêne qu'elle éprouve ne l'empêche pas d'exercer son activité professionnelle à plein temps. Dans ces circonstances et vu l'absence de traitement médical depuis le 4 août 2016, date de la dernière prescription de physiothérapie pour le coude gauche, et depuis le 10 août 2017, date de la dernière consultation chez le Dr G\_\_\_\_\_ s'agissant de l'épaule gauche, l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 15 août 2017 et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de cet état. On ajoutera que les rendez-vous planifiés début janvier 2018 auprès de Mme E\_\_\_\_\_, physiothérapeute, ne sont pas pertinents, dans la mesure où le traitement médical, aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a LAA, comprend les soins prodigués par le personnel paramédical, par ex. un physiothérapeute (cf. art. 69 OLAA de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA – RS 832.202] en lien avec l'art. 46 al. 1 let. a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal – RS 832.102]) sur prescription d'un médecin. Or, comme on vient de le mentionner, aucun médecin n'a prescrit des séances de physiothérapie après le 17 mai 2017. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a cessé de prendre en charge le traitement médical avec effet au 15 août 2017. 10. Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), la chambre de céans renonce à l'audition du Dr G\_\_\_\_\_ et de Mme E\_\_\_\_\_, à la comparution personnelle des parties et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, requises par la recourante. 11. Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté.

A/4932/2017 - 16/17 - 12. a. L'intimée, organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3), représentée par un mandataire, obtient gain de cause et conclut à l'octroi de dépens. b. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal (ATAS/956/2016 du 22 novembre 2016 consid. 27a; cf. également arrêt du Tribunal fédéral U.98/00 du 19 octobre 2000 consid. 3). c. En l'espèce, le recours – quoique mal fondé – n'est ni téméraire ni ne témoigne de légèreté. La cause ne

saurait être considérée comme complexe. Aussi l'intimée n'a-t-elle pas droit à l'octroi d'une indemnité de procédure. 13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4932/2017 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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