

GE_GERICHTE ATAS/311/2017 vom 18. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_311_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/311/2017 du 18 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/311/2017 del 18 aprile 2017

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

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

A/2207/2016 - 10/21 - Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 29 juin 2016 contre la décision attaquée du 30 mai 2016, reçue par la recourante le lendemain, le présent recours a été interjeté en temps utile. Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Enfin, touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

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 dès le 1er février 2016, en raison de l'accident subi le 1er février 2012. Cela dit, la chambre de céans prend acte du paiement par l'intimée de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de CHF 15'750.-, montant non contesté par la recourante, effectué le 16 septembre 2016. Il s'ensuit que la conclusion de cette dernière, tendant à la condamnation de l'intimée à lui verser ladite indemnité, est sans objet.

E. 4

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

A/2207/2016 - 11/21 - c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 5

a. 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 LPGA; 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). b. 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335

consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références). c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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

A/2207/2016 - 12/21 - survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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: (a.) au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital; (b.) aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; (c.) au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital; (d.) aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; et (e.) aux moyens et appareils servant à la guérison. 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).

E. 7

Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

E. 8

a. Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). b. La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de

A/2207/2016 - 13/21 - l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de la disposition précitée, 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 ; U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 ; U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que 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 44 consid. 2c). c. Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical et les indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1). En effet, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2ème phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées). d. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten »; « un sensible miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. L'assurance-accident sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible » Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées; voir également les arrêts du Tribunal fédéral U.244/04 du 20 mai 2005 et U.412/00 du 5 juillet 2001). e. 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

A/2207/2016 - 14/21 - consid. 4.3; 133 V 57 consid. 6.6.2; 128 V 169 consid. 1 ; 116 V 41 consid. 2c ; cf. également ATAS/882/2016 du 24 octobre 2016 consid. 5c).

E. 9

En cas de rechute ou de séquelles tardives, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se

manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

E. 10

Selon l'art. 21 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés par l'alinéa 1, à savoir: lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, à des prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3).

E. 11

a. Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). b. Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. Dans cette éventualité, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (cf. ATAS/1059/2016 du 8 décembre 2016 consid. 11a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). c. En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne perçoit pas de

A/2207/2016 - 15/21 - rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.2 et 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.2). d. Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 in fine).

E. 12

a. 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. 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). b. 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). b/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b/bb. 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).

A/2207/2016 - 16/21 -

E. 13

a. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident le 1er février 2012, ayant nécessité des prestations médicales et provoqué une incapacité de travail, de sorte que l'intimée a versé des indemnités journalières jusqu'au 8 mars 2013, et pris en charge les frais médicaux jusqu'au 31 janvier 2016. b. La recourante prétend que l'intimée devrait également s'acquitter des frais médicaux dès le 1er février 2016, notamment prendre en charge le contrôle radiologique annuel effectué par son médecin traitant, le Dr D_____, pour évaluer une éventuelle évolution arthrosique du coude gauche, dommage permanent qui est à craindre de l'avis dudit praticien. Pour cela, la recourante s'appuie, d'une part, sur le rapport d'expertise du Dr I_____ du 11 août 2015, aux termes duquel un traitement de physiothérapie pourrait être pris en charge par l'intimée, à raison d'une à deux séries par année, en lieu et place du traitement, non reconnu, auprès d'une masseuse tous les quinze jours, lequel apporte une amélioration des douleurs et une préservation de la mobilité. L'expert a également ajouté que le contrôle radiologique par le Dr D_____ restait à charge de l'intimée. D'autre part, la recourante se fonde sur le courrier de l'intimée du 1er octobre 2015, dans lequel cette dernière a indiqué qu'elle était disposée à prendre en charge une à deux séries de neuf séances de physiothérapie par année ainsi qu'un contrôle radiologique annuel conformément aux conclusions de l'expert. c. Pour sa part, l'intimée argue que ledit courrier ne constitue pas une décision formelle. Par ailleurs, l'état de santé de la recourante était stabilisé depuis à tout le moins 2014, si bien que le contrôle annuel en question n'était pas susceptible d'apporter une amélioration sensible de son état de santé. Elle disposait d'une pleine capacité de travail depuis le 9 mars 2013, de sorte qu'elle ne pouvait être mise au bénéfice d'une rente. Dans ces circonstances, le traitement médical avait pris fin à tout le

moins depuis le 31 janvier 2016.

E. 14

a. Est déterminante la question de savoir s'il y a ou non encore lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante, c'est-à-dire l'amélioration ou la récupération de sa capacité de travail (cf. consid. 8d et 8e ci-dessus). b. Il ressort des rapports médicaux que, suite à son accident du 1er février 2012 et en dépit des opérations réalisées, la recourante présente un déficit de supination au niveau de l'avant-bras et éprouve des douleurs tant au niveau du bord radial du coude qu'au poignet gauche. Elle a, de ce fait, suivi plusieurs séances de physiothérapie, prescrites par le Dr D_____. Le 11 décembre 2012, elle a subi une nouvelle intervention chirurgicale, soit la résection distale et une ligamentoplastie à gauche ainsi qu'une arthroplastie de resurfaçage de la tête radiale du coude gauche. Dans les rapports subséquents, le Dr D_____ a noté que l'évolution de l'état de santé de la recourante était satisfaisante. Les séances de physiothérapie avaient été efficaces : en l'espace de cinq semaines, la supination était passée de 0° à 45°. La poursuite de la physiothérapie permettrait d'atteindre une supination de 60°-80°

A/2207/2016 - 17/21 - (rapport du 25 février 2013) et d'améliorer la flexion du poignet (rapport du 7 mai 2013). Au 10 septembre 2013, alors que la recourante avait déjà arrêté la physiothérapie, son médecin traitant relevait une supination de 50° ainsi que des douleurs de fond au coude, douleurs qu'il a également mentionnées dans son rapport du 22 septembre 2014, précisant en outre que la recourante le consultait une fois par année (pour un contrôle radiologique en vue d'évaluer l'éventuelle évolution arthrosique du coude gauche) et qu'elle ne suivait plus de traitement. En lieu et place, la recourante recourt aux soins d'une masseuse (non médecin) tous les quinze jours, ce qui soulage ses douleurs et préserve la mobilité. c. Quand bien même la recourante souffre de douleurs au coude et au poignet gauche, force est de constater que, depuis le 9 mars 2013, elle présente une capacité de travail entière, ainsi que le Dr D_____ l'a attesté (cf. certificat du 22 février 2013), et qu'elle occupe son poste habituel à 80% depuis le 11 mars 2013, selon ses souhaits (cf. rapport de l'AEH du 5 février 2013, courriel de Generali Assurances à l'intimée du 9 février 2015). Ainsi, ni la supination limitée à 45-50°, ni ses douleurs ne l'empêchent d'exercer son activité lucrative. Vu la reprise de l'activité professionnelle à un taux relativement élevé et l'absence de traitement médical au sens de l'art. 10 LAA au cours de l'année 2014, l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé de la recourante était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de cet état. Cela vaut d'autant plus que la recourante elle-même, par l'entremise de son conseil, indiquait, dans une lettre du 8 janvier 2015 à l'intimée, que son état de santé était dorénavant stable, avec des séquelles définitives, qu'aucun traitement n'était prescrit, hormis le contrôle annuel, et qu'il convenait de passer à l'examen du taux d'atteinte à l'intégrité corporelle. De la même manière, dans son acte de recours, la recourante a spécifié qu'elle se réservait le droit d'annoncer une rechute si des séances de physiothérapie devaient s'avérer nécessaires dans le futur. Aussi doit-on considérer que le traitement médical est effectivement terminé, et que son état de santé est stationnaire. S'agissant du contrôle radiologique annuel, on ne voit pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, comment cette mesure permettrait une amélioration ou empêcherait une péjoration de l'état de santé de la recourante. Ainsi qu'elle le relève, si l'arthrose au coude gauche devait se manifester à l'avenir, se poserait la question de savoir si la recourante pourrait prétendre à

la prise en charge des frais médicaux sous l'angle de séquelles tardives ou d'une rechute, ce qui n'est toutefois pas encore le cas (cf. rapport d'expertise du 11 août 2015). Enfin, la recourante ne saurait se prévaloir des conclusions de l'expert, le Dr I_____, selon lequel l'intimée devrait prendre en charge tant les frais d'un traitement de physiothérapie (équivalent aux soins dispensés par la masseuse) que le contrôle radiologique chez le Dr D_____. En effet, on attend d'un expert qu'il fournisse des données médicales, et non juridiques, appréciations qui relèvent de l'administration, et, en cas de recours, du juge.

A/2207/2016 - 18/21 - d. Partant, la recourante ne peut pas exiger la prise en charge par l'intimée, au titre de l'art. 10 al. 1 LAA, du contrôle annuel radiologique. Puisque le traitement médical doit être considéré comme terminé, c'est à bon droit que l'intimée a statué sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (voir art. 24 al. 2 LAA, qui dispose que l'indemnité est fixée, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé). La recourante ne conteste d'ailleurs pas ce point. Dans ces circonstances, et faute de remplir les conditions pour l'octroi d'une rente LAA, c'est à juste titre que l'intimée a estimé qu'il appartient à l'assurance-maladie de la recourante, soit Assura SA, d'éventuellement rembourser les contrôles radiologiques réalisés par le médecin traitant.

E. 15

a. Outre cela, la recourante allègue que le statu quo sine n'est pas encore atteint, de sorte que l'intimée ne pouvait mettre un terme au traitement médical. b. Lorsqu'un état maladif préexistant (fût-il dégénératif de précédents accidents non couverts par l'assureur-accidents) est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). c. En l'espèce, aucun médecin n'a mis en évidence un état maladif antérieur à l'accident du 1er février 2012 qui serait aggravé ou apparu en raison de cet événement. Des séquelles persisteraient, notamment une arthrose au coude gauche (cf. courriel du Dr G_____ [médecin-conseil] du 10 décembre 2012, rapport du Dr D_____ du 22 septembre 2014), éventuel dommage qui ne résulte toutefois pas d'une cause étrangère à l'accident, ce que l'intimée reconnaît, puisqu'elle a déjà réservé dans sa décision du 22 janvier 2016 une éventuelle reprise du traitement sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives. En conséquence l'argument de la recourante tombe à faux.

E. 16

a. Enfin, la recourante semble invoquer une violation du droit à la protection de la bonne foi, lorsqu'elle fait valoir que l'intimée s'est déclarée prête, dans son courrier du 1er octobre 2015, à assumer les traitements préconisés par l'expert, avant de faire volte-face, selon ses dires, dans sa décision du 22 janvier 2016. b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre

fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en

A/2207/2016 - 19/21 - versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame le remboursement des prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). c. Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1 p. 170; 128 II 112 consid. 10b/aa; 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6. 1 et les références citées).

E. 17

En l'occurrence, ainsi qu'on vient de l'examiner, la recourante, qui avait repris son activité lucrative à 80% dès le 11 mars 2013, ne suivait plus de traitement médical depuis à tout le moins 2014, de sorte que l'intimée était en droit de considérer que son état de santé était stabilisé. Par conséquent, l'intimée était déjà fondée à supprimer le droit de la recourante à des prestations d'assurance, soit les frais médicaux, à cette époque. Elle a toutefois mis un terme auxdites prestations au 31 janvier 2016 avec effet ex nunc et pro futuro, sans réclamer les prestations versées en trop, ce qu'elle est en droit de faire, sans devoir invoquer un motif de

A/2207/2016 - 20/21 - reconsidération ou de révision procédurale (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.3) ni observer les règles présidant à la révision des prestations durables visées à l'art. 17 al. 2 LPGA (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.7) ; le traitement médical ne constitue en effet pas une prestation durable au sens de l'art. 17 LPGA (cf. Jean Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, op. cit., p. 970 n. 200 ; voir également consid. 8a ci-dessus).

Qui plus est, la recourante ne prétend pas que le contrôle radiologique annuel ne serait pas pris en charge par l'assureur-maladie obligatoire, de sorte qu'elle n'indique pas en quoi la suppression des prestations par l'intimée entraînerait pour elle un préjudice. Elle n'expose non plus pas quelle disposition concrète elle aurait prise en se fiant au courrier de l'intimée du 1er octobre 2015, sur laquelle elle ne pourrait plus revenir sans subir de dommage, (état par ailleurs relevé que la recourante consultait la masseuse bien avant l'expertise du 24 juin 2015). Les conditions d'application du droit constitutionnel à la protection de la bonne foi (art. 9 Cst.) ne sont donc pas remplies.

E. 18

Le présent recours sera en conséquence rejeté.

E. 19

La procédure est gratuite, la recourante n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

E. 20

a. Vu l'issue donnée au recours, aucune indemnité de procédure ne sera allouée à la recourante (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 a contrario). b. 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. 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). En l'espèce, ainsi qu'on vient de le mentionner, 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.

A/2207/2016 - 21/21 - 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.