

GE_GERICHTE ATAS/609/2018 vom 28. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_609_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/609/2018 du 28 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/609/2018 del 28 giugno 2018

Erwägungen

E. 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), 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.

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.

A/3729/2017 - 6/8 - 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 345 consid. 3).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable, conformément aux art. 56ss LPGA.

E. 4

Il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'un second accident en date du 14 juillet 2015, qui a eu pour conséquence une fracture de l'extrémité distale du radius gauche (poignet gauche) - compliquée d'une algodystrophie. L'intimée a pris en charge cet évènement : d'une part, elle a versé des indemnités journalières jusqu'au 25 avril 2016, d'autre part, elle a assumé les frais de traitement médical jusqu'au 31 décembre 2016. Un premier litige a été soumis à la Cour de céans, qui se limitait à la question de savoir si l'assurée avait droit à des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2015, s'agissant des suites de l'accident du 8 septembre 2014. Cette question a été tranchée par la négative dans un arrêt entré en force. Un second litige lui a été soumis, qui portait sur la question du droit éventuel de l'assurée à la continuation de la prise en charge du traitement médical en lien avec l'accident du 8 septembre 2014, d'une part, de son droit éventuel à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité suite à ce premier accident, d'autre part. L'objet du présent litige se limite à la question de savoir si la recourante a droit à la prise en charge du traitement médical concernant son poignet gauche - celui touché par le second accident - au-delà du 31 décembre 2016.

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.

E. 6

En vertu de l'article 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le traitement doit être en adéquation avec son but, c'est à dire de nature à apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré a droit au traitement médical tant que ce dernier est propre à entraîner une amélioration ou à éviter une péjoration de son état de santé. Il n'est pas nécessaire que le traitement soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (ATF 116 V 44, consid. 2c ; ATFA non publié U 188/04 du 18 juillet 2005, consid. 5.1). Le but du traitement médical est d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé (ATF 113 V 45 consid. 4c). Le traitement médical ne comprend cependant pas uniquement les mesures médicales qui servent à la guérison de l'affection ; il englobe aussi les thérapies seulement

A/3729/2017 - 7/8 - symptomatiques, de même que les mesures qui servent à l'élimination d'atteintes secondaires dues à l'affection (ATF 111 V 232 consid. 1c, ATF 104 V 96, ATF 102 V 71; RAMA 1985 n° K 638 p. 199 consid. 1b). Lorsque l'assureur-accidents arrive à la conclusion qu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé, il est en droit de refuser la continuation (ATF 128 V 171 consid. 1b et les arrêts cités). Pour déterminer si les mesures médicales sollicitées amélioreraient notablement l'état de santé de l'assuré ou si elles empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration, il convient d'apprécier le traitement proposé en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. Il s'agit ensuite de se déterminer en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 125 V 195 consid. 2). Ainsi, lorsque l'amélioration notable paraît possible mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit de l'assuré d'obtenir des prestations médicales doit être nié (ATFA non publié U 262/98 du 9 mai 2000, consid. 2c).

E. 7

En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise du 4 mai 2016 - auquel la Cour a déjà reconnu pleine valeur probante dans son arrêt de décembre 2016 (op. cit. consid. 11) que la fracture du poignet gauche a été consolidée, avec un léger défaut d'axe en extension. L'évolution a été qualifiée de favorable, étant précisé qu'entre le début de l'année 2016 et l'expertise, l'assurée avait récupéré la plus grande partie de sa mobilité et de sa force et que les signes dystrophiques avaient disparu. Certes, un état douloureux persistait, que l'expert a qualifié de subjectif. Objectivement, l'algodystrophie était en décours et devait disparaître d'ici la fin de l'année 2016. Les prévisions de l'expert se sont révélées justes puisque, quelques mois plus tard, le Dr E_____ n'a plus noté qu'une discrète hyperfixation du poignet gauche, qualifiée de normale, une année après la fracture. La recourante ne motive aucunement sa demande de continuation de prise en charge du traitement médical au-delà du 31 décembre 2016. On ignore même en quoi consisterait le traitement en question. Dans la mesure où elle n'amène pas non plus le moindre élément objectif susceptible de mettre en doute la disparition complète de l'algodystrophie du poignet touché lors du second évènement, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite

(art. 61 let. a LPGA).

A/3729/2017 - 8/8 - 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.