

GE_GERICHTE ATAS/914/2011 vom 29. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_914_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/914/2011 du 29 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/914/2011 del 29 settembre 2011

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; RS 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. Interjeté dans le délai et la forme prescrits, le recours déposé le 2 mai 2011 à l'encontre de la décision sur opposition du 12 avril 2011 est recevable (art. 38 al. 3 et 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA).

A/1268/2011 - 6/9 -

E. 2

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 leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien; b. Aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. Au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital d. Aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. Aux moyens et appareils servant à la guérison. Cependant, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). b) Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir: a. Lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; b. Lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; c. Lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; d. 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. c) Ainsi, 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). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, 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 (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, n° 61 p. 29). En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition. Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA

précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci subisse une notable détérioration. On vise ici les assurés totalement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain (MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 384).

A/1268/2011 - 7/9 - d) En l'espèce, le cas de la recourante, laquelle a été reconnue totalement invalide, relève de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. Le litige porte dès lors sur l'étendue des prestations dues à ce titre par l'assureur-accidents.

E. 3

a) La recourante sollicite en premier lieu la prise en charge par l'assureur-accidents de cent-quatre séances annuelles de physiothérapie et de cinquante-deux séances d'acupuncture. Le médecin généraliste traitant considère que seules deux séances de physiothérapie hebdomadaires, auxquelles s'ajoute une séance d'acupuncture, seraient susceptibles de soulager les douleurs de la patiente, laquelle pourrait ainsi diminuer la prise moyenne de médicaments antalgiques. Dans son rapport du 15 avril 2011, ce médecin relève qu'il ne s'agit pas de traitements de confort, mais de traitements en mesure d'atténuer les douleurs éprouvées par sa patiente. Dans ses rapports, le Dr A _____ n'affirme pas que deux séances hebdomadaires de physiothérapie, plus une séance d'acupuncture, soient susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé de sa patiente ou d'empêcher que celui-ci ne se dégrade notablement. C'est bien plutôt en raison de l'effet antalgique de ces mesures et de leur impact sur la prise de médicaments, que le médecin-traitant réclame une prise en charge aussi étendue. Or, le Dr A _____ omet de tenir compte du fait que GENERALI, en plus de rembourser cinquante-deux séances de physiothérapie par an, a reconnu également la prise en charge d'infiltrations, sur prescription médicale, sans aucune limitation, étant rappelé qu'à teneur du dossier les séances d'infiltrations avaient produit, du point de vue antalgique, un effet remarqué. Par ailleurs, des médicaments antidouleurs sont aussi pris en charge, sans restrictions. Dans son expertise, le Dr G _____ a retenu que compte tenu du pronostic, de l'âge de l'assurée, de la sévérité du handicap et de l'échec de tous les traitements entrepris, une sanction chirurgicale était recommandée et en mesure d'améliorer l'état de santé de l'expertisée. Le traitement non chirurgical (médication et physiothérapie) pouvait atténuer les symptômes. En cas de non-intervention, l'expert a jugé que neuf fois trois séances de physiothérapie par année, combinées avec un traitement antalgique à vie, étaient suffisantes. En l'espèce, aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause ces conclusions, étant rappelé que GENERALI a accepté de rembourser à peu près le double de séances de physiothérapie par année, soit cinquante-deux contre les vingt-sept préconisées par le Dr G _____.

L'ensemble des mesures thérapeutiques prises en charge par GENERALI, soit les infiltrations, les séances de physiothérapie et les médicaments antalgiques, sont ainsi suffisantes pour garantir que l'état de l'assurée ne se dégrade notablement. La nécessité d'octroyer cinquante-deux séances de physiothérapie supplémentaires n'est par conséquent pas

A/1268/2011 - 8/9 - établie. Il en va de même des séances d'acupuncture, dont il n'est pas démontré, ni même allégué, qu'elles seraient susceptibles de s'inscrire dans les limites prévues par l'art. 21 al. 1 let. d LAA. Le Dr A _____ ne fournit aucun élément à cet

égard et aucune autre pièce du dossier ne vient corroborer sa position. b) En ce qui concerne les deux contrôles annuels supplémentaires chez des spécialistes, l'argument du Dr A_____ selon lequel la recourante consulte tant un neurochirurgien qu'un rhumatologue au moins deux fois par an, et qu'il s'agirait donc du rythme souhaité par la patiente, n'est pas déterminant. En l'absence d'indication médicale contraire, il y a lieu de constater que la décision de GENERALI, qui sur ce point aussi va au-delà des conclusions de l'expert, est justifiée et respecte le cadre fixé par l'art. 21 al. 1 let. d LAA. c) Enfin, en tant que la recourante demande la prise en charge d'imageries médicales, force est de constater que celles-ci font partie des examens spécialisés ordonnés par les spécialistes que l'assureur-accident prend en charge, à teneur de la décision dont est recours.

E. 4

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, l'audition du médecin-traitant, que la recourante évoque dans sa réplique, n'est en l'espèce pas nécessaire, le dossier, qui contient de nombreux avis médicaux et deux expertises, ayant été suffisamment instruit.

E. 5

En tous points mal fondé, le recours est rejeté.

A/1268/2011 - 9/9 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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