

GE_GERICHTE A/1547/2011 vom 24. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1547_2011

FR: GE_GERICHTE A/1547/2011 du 24 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE A/1547/2011 del 24 gennaio 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée à VILLE-EN-SALLAZ, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Me Eric MAUGUE recourante contre VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise place de Milan 1, 1001 LAUSANNE intimée EN FAIT Madame P _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1962, travaillait, en qualité d'intervenante psychosociale, à raison de 28 heures par semaine (70%) auprès de Solidarité Femmes et était assurée, à ce titre, contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCE SA (ci-après l'assurance ou l'intimée). Selon la déclaration d'accident du 28 juillet 2009, l'assurée a été victime d'un accident non professionnel le 23 juillet 2009 et a subi une fracture au poignet droit, en tombant d'un tabouret à la maison alors qu'elle rangeait un objet dans un placard. Selon le compte-rendu opératoire du 28 juillet 2009 de l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), l'assurée a subi, en date du 24 juillet 2009, une réduction ouverte et une ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius (EDR) à droite par plaque palmaire. Par pli du 11 août 2009, l'assurance a déclaré prendre le cas en charge et a annoncé le versement de l'indemnité journalière LAA et complémentaire dès le 3ème jour. Les médecins de l'Unité de chirurgie de la main des HUG ont alors attesté, par des certificats successifs, une totale incapacité de travail. Par rapports des 5 et 8 janvier 2010, le Dr K _____, médecin auprès de l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a expliqué que l'assurée présentait cliniquement des signes d'algoneurodystrophie, traitée par Lyrica, Miacalcic, Dafalgan et vitamine C, traitement qui a été associé à des séances de physiothérapie spécialisée. L'évolution était lentement favorable et la totale incapacité de travail que présentait l'assurée était prolongée jusqu'au 20 janvier 2010, date du prochain contrôle. L'assurance a mis en œuvre une expertise, laquelle a été confiée au Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, lequel a examiné l'assurée en date du 21 mai 2010. Dans son rapport du 1er juin 2010, il a indiqué que dans la mesure où une seconde intervention chirurgicale était prévue prochainement, soit une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après AMO), complétée par une décompression du nerf médian au poignet, l'incapacité de travail se poursuivait. Il a noté que le poignet était encore douloureux et enraidit et qu'il était adéquat de poursuivre le traitement médicamenteux et la physiothérapie. Il a estimé que c'était essentiellement les mouvements d'extension et de flexion du poignet qui étaient limités et qu'en raison de l'enraidissement, qui devrait s'améliorer, il y avait lieu de « réserver un dommage permanent de 10% ». D'après le compte-rendu opératoire du 24 juin 2010 établi par le Dr K _____, l'assurée a ainsi subi une AMO de la plaque palmaire droite et une décompression du nerf médian au canal carpien à droite. Les diagnostics posés étaient ceux de status après ostéosynthèse du poignet droit par plaque palmaire et de syndrome de

compression du nerf médian au canal carpien à droite. Le Dr K_____ a admis, suite à cette intervention, une incapacité de travail de 100%. L'assurée a été licenciée avec effet au 30 juin 2009. En date du 8 septembre 2010, le Dr H_____ a interrogé le Dr K_____ sur les raisons de la poursuite de l'incapacité au-delà de 3 à 4 semaines après l'opération. Il lui a rappelé que l'assurée avait été licenciée et que sa capacité de travail devait être examinée sous l'angle de l'activité raisonnablement exigible. Par rapport du 22 septembre 2010, le Dr K_____ a expliqué qu'il avait reçu l'assurée en consultation le jour même et qu'elle présentait encore des notions de lâchage, de maladresse et de manque de force, associées à des douleurs de type « pillar pain » avec irradiation jusque dans le coude et l'épaule à droite. Attendu que l'évolution était lentement favorable, il s'était permis de prolonger son arrêt de travail jusqu'à la prochaine consultation, le 3 novembre 2010. Du 16 août au 15 octobre 2010, l'assurée a bénéficié de six séances de coaching auprès de X_____ Consulting. En date du 18 octobre 2010, un collaborateur de l'assurance a reçu Monsieur M_____, coach, et l'assurée pour faire le bilan des séances de coaching. Il résulte du rapport y relatif que Monsieur M_____ a conclu que l'assurée était à l'orée de la recherche active d'un emploi qui a été profilé durant le coaching. L'assurée a, quant à elle, mentionné qu'avant de pouvoir s'engager dans une recherche active d'emploi, il lui restait encore à persévérer dans le processus de guérison consécutif à son accident, à guérir et à déterminer le plan d'action qui lui permettra de concrétiser ses nouvelles perspectives professionnelles, étant précisé qu'elle souhaitait soutenir les gens, mais qu'elle devait définir dans quel secteur d'activité. En ce qui concernait l'évolution de la guérison, l'assurée a notamment relevé que ses douleurs avaient régressé, mais qu'elles s'étaient à nouveau intensifiées, les douleurs remontant jusqu'à l'épaule droite. Par ailleurs, elle avait toujours des difficultés à écrire, devait tenir sa souris de la main gauche et tenait au maximum 2 heures à taper sur le clavier, geste qui intensifiait ses douleurs. Elle avait récupéré de la force, mais ne pouvait pas encore soulever normalement un litre de lait par exemple, car son poignet n'était pas encore suffisamment stable pour en supporter le poids. L'assurée espérait être totalement apte à travailler au début de l'année 2011, ce qui allait être discuté avec le Dr K_____ lors de la prochaine consultation en date du 3 novembre 2010. Le collaborateur de l'assurance a expliqué à l'assurée que l'assurance allait prochainement faire valoir la capacité exigible dans une activité adaptée. Par courrier du 19 octobre 2010 adressé au Dr K_____, le Dr H_____ a indiqué comprendre la poursuite de l'incapacité de travail, mais qu'il convenait de tenir compte du fait que l'assurée était éducatrice psychosociale et qu'elle avait été licenciée au 30 juin 2010. Dans ces conditions, il estimait qu'il pouvait être exigé d'elle une reprise progressive de travail dans une activité adaptée. Il suggérait ainsi au Dr K_____ d'attester d'une capacité de travail de 50% au moins, laquelle serait progressivement augmentée jusqu'à atteindre 100% dès le mois de janvier 2011. Par courrier électronique du 26 octobre 2010, l'assurance a informé l'assurée du contenu du courrier du Dr H_____ du 19 octobre 2010 et du fait qu'il convenait qu'elle s'annonce auprès de l'assurance-chômage sans plus attendre. Par certificat du 3 novembre 2010, le Dr K_____ a attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 8 décembre 2010. Par courrier électronique du 8 novembre 2010, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'à chaque mouvement, sa main, ses doigts, son poignet, voire le reste de son bras, restaient douloureux. Son médecin lui avait toutefois assuré que ses douleurs allaient partir. Sur requête du Dr H_____, le Dr K_____ a constaté, dans son rapport du 10 novembre 2010, que l'assurée présentait toujours, en date du 3 novembre 2010, des

douleurs à la face dorsale du poignet, irradiant au coude et à l'épaule ipsilatérale, avec une description d'épisodes douloureux intermittents et de lâchages d'objets ainsi qu'un syndrome douloureux de type « pillar pain ». A l'examen clinique, sa mobilité en flexion était diminuée de moitié par rapport au côté controlatéral, la mobilité en extension diminuée d'un tiers par rapport au côté controlatéral, il y avait peu de limitation à la pronosupination, en revanche, la force était conservée et symétrique avec toutefois des douleurs au serrage à droite. Par ailleurs, il a estimé que les activités exercées par l'assurée en qualité d'éducatrice psychosociale étaient impossibles à réaliser en l'état, soit la préparation de repas une fois par jour, l'entretien des locaux de travail et la prise de note, de sorte qu'elle était toujours incapable de travailler à 100% jusqu'au prochain contrôle en date du 8 décembre 2010. Afin d'optimiser la prise en charge, il avait sollicité une consultation spécialisée dans la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur. Par pli du 23 novembre 2010, le Dr H _____ a informé le Dr K _____ que pour juger de la capacité de travail de l'assurée, il ne fallait pas tenir compte de l'activité exercée jusqu'au licenciement, mais d'une activité adaptée aux séquelles douloureuses de son poignet. De plus, l'algoneurodystrophie était favorable dans la mesure où une intervention de décompression du nerf médian au poignet avait pu avoir lieu, ce à quoi on pouvait s'attendre, l'accident remontant au 23 juillet 2009. Ainsi, en tenant compte desdits éléments, il maintenait sa décision de reprise de travail à 50% dès le 3 novembre 2010. Par courriel du 24 novembre 2010, l'assurance a informé l'assurée du fait que la direction avait pris la décision de diminuer ses indemnités journalières de 50%, car le médecin-conseil considérait qu'elle présentait une capacité exigible de 50% dans une activité adaptée à ses handicaps dès le 3 novembre 2010, date à laquelle elle devrait également être mise au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage sur la base d'une capacité de travail de 50%. Le même jour, l'assurée a répondu à l'assurance ne pas comprendre que des décisions de la direction lui soient communiquées par courriel et qu'elle requérait qu'une décision écrite lui soit adressée à son domicile à l'entête de l'assurance. Par attestation du 2 décembre 2010, Monsieur N _____, kinésithérapeute, a établi qu'il persistait une douleur et une impotence fonctionnelle rendant difficile les gestes simples de la vie courante et estimait qu'il convenait de laisser du temps à l'assurée pour récupérer complètement avant d'envisager une reprise de son activité professionnelle, laquelle risquait fortement d'amplifier les symptômes présents et de détruire le long travail entrepris jusqu'à présent. Par certificat du 8 décembre 2010, le Dr K _____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% et ce jusqu'au 15 janvier 2011. Le 9 décembre 2010, Monsieur O _____, ostéopathe-kinésithérapeute, a déterminé que l'assurée présentait différents symptômes d'algoneurodystrophie du membre supérieur droit, soit une perte d'amplitude, une douleur, un œdème et une sensation chaud/froid. Il retrouvait également des blocages articulaires de compensation au niveau du rachis cervico-dorsal, lesquels étaient chroniques et résultaient du dysfonctionnement du membre supérieur droit. Par pli du 22 décembre 2010, l'assurance a informé l'assurée qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était retenue dès le 1^{er} janvier 2011, sur la base de l'avis de son médecin-conseil du même jour. Selon les décomptes des 1^{er} décembre 2010 et 6 janvier 2011, l'assurance a versé des indemnités à 100% jusqu'au 2 novembre 2010, puis à 50% du 3 novembre 2010 au 31 décembre 2010. Par rapport du 18 janvier 2011, les Drs P _____, chef de clinique en psychiatrie de liaison, Q _____, consultant en anesthésiologie, R _____, neurologue consultante, et S _____, responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, ont indiqué avoir reçu en consultation l'assurée en date des 21

décembre 2010 et 17 janvier 2011 et ont retenu qu'elle présentait un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de son membre supérieur droit, d'évolution lentement favorable dans le cadre de l'important travail de physiothérapie entrepris. Ils ont noté l'existence d'une algoneurodystrophie, laquelle avait été confirmée, en novembre 2010, par un bilan radiologique mettant en évidence une inhomogénéité de la densité osseuse. Il persistait des symptômes sensitifs et moteurs qui la limitaient encore dans ses activités quotidiennes et dans sa capacité de travail, toutefois, l'espoir d'une évolution favorable à long terme semblait bon, au vu de la motivation de l'assurée, qui poursuivait son traitement et utilisait son membre supérieur de la manière la plus normale possible. La persistance des symptômes leur semblait s'inscrire dans la durée d'évolution habituellement longue du SDRC. En date du 21 janvier 2011, le Dr K_____ a certifié que la capacité de travail de l'assurée serait entière dès le 1^{er} février 2011. Le 24 janvier 2011, l'assurée a signalé à l'assurance que les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG avaient notamment déterminé que des soins étaient encore nécessaires au rétablissement de son poignet droit, de sorte qu'elle en requérait la prise en charge. Par pli du 27 janvier 2011, l'assurée, représentée par un conseil, a contesté la diminution et la cessation du versement des indemnités journalières. En effet, d'une part, les médecins attestaient d'une totale incapacité de travail jusqu'au 19 janvier 2011 et d'autre part, aucune décision ne lui avait été notifiée pour diminuer ses prestations. Partant, elle réclamait le versement d'indemnités journalières LAA et complémentaires, fondées sur une totale incapacité de travail du 3 novembre 2010 au 19 janvier 2011, d'un montant total de 10'793 fr. 20. Elle sollicitait également de l'assurance la convocation à un examen médical par un médecin expert, permettant de déterminer sa capacité de travail dans l'activité précédente et dans une activité adaptée ainsi que la prise d'une décision au sens formel. Par décision du 1^{er} février 2011, l'assurance a réduit les indemnités journalières à 50% rétroactivement dès le 25 novembre 2010 et mis fin au droit de l'assurée aux indemnités pour le 31 décembre 2010, en se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil et en relevant que l'assurée avait déjà été informée de la position de celui-ci durant le mois d'octobre 2010, puis par courriel du 24 novembre 2010 et enfin par courrier du 22 décembre 2010. Par courrier séparé du même jour, l'assurance a déclaré qu'elle allait continuer à prendre en charge les frais médicaux de l'assurée. Selon le décompte également daté du 1^{er} février 2011, l'assurance a procédé au versement complémentaire d'indemnités journalières de 50% pour la période du 3 au 24 novembre 2010. Par pli du 1^{er} mars 2011, l'assurée, sous la plume de son conseil, a formé opposition contre la décision du 1^{er} février 2011, requérant l'octroi d'indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 100% jusqu'au 1^{er} février 2011, date de la fin de son arrêt de travail. Elle estimait tout d'abord que ses lésions physiques étaient en lien de causalité avec l'événement accidentel. De plus, elle a invoqué que la décision du 1^{er} février 2011 ne pouvait pas supprimer avec effet rétroactif les prestations, mais uniquement pour le futur, ce d'autant plus que les indemnités journalières ne pouvaient être supprimées que par une décision formelle. A cet égard, les échanges de courriels ou encore le courrier du 22 décembre 2010 ne pouvaient pas être considérés comme des décisions formelles au sens de l'art. 49 LPGA. Enfin, elle invoque une violation de son droit d'être entendu, attendu qu'elle n'avait pas pu s'exprimer et faire valoir ses droits avant que la décision n'ait été rendue. Par décision sur opposition du 15 avril 2011, l'assurance a confirmé sa décision du 1^{er} février 2011 et rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a considéré en substance que dès le mois de septembre 2010, il y avait lieu d'évaluer l'incapacité de travail de l'assurée sous l'angle des activités raisonnablement exigibles. Or,

le Dr K_____ avait uniquement attesté d'une incapacité de travail dans son ancienne activité lucrative, sans toutefois la motiver de manière suffisante. Partant, c'était à juste titre qu'elle avait réduit ses indemnités journalières à 50% dès le 25 novembre 2010 et les avait supprimées postérieurement au 31 décembre 2010, en se basant sur l'avis de son médecin-conseil. Par ailleurs, elle a estimé que l'assurée avait été informée dès le 18 octobre 2010 de la prise de position du Dr H_____ et des conséquences sur le versement des indemnités journalières, de sorte que l'assurée pouvait s'exprimer, depuis lors, sur cette conclusion et prendre les mesures s'imposant, soit notamment s'annoncer auprès de l'assurance-chômage. Enfin, l'assurance a précisé que rien ne s'opposait à la suppression des indemnités journalières avec effet rétroactif. Par acte du 25 mai 2011, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre ladite décision sur opposition, requérant son annulation, le versement d'indemnités journalières à 100% entre le mois de novembre 2010 et le 31 janvier 2011, d'un montant de 10'793 fr. 20, avec intérêts moratoires à 5% l'an dès le 3 novembre 2010, sous suite de dépens. Elle reprend en substance les arguments invoqués dans le cadre de son opposition. Dans sa réponse du 23 juin 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle indique ne pas contester que l'atteinte au niveau du poignet et de l'avant-bras droit soit en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 23 juillet 2009. Par ailleurs, la recourante a été informée, pour la première fois le 18 octobre 2010, du fait que l'intimée allait faire valoir la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Puis, en date des 26 octobre et 24 novembre 2010, elle avait également été avisée de l'appréciation du Dr H_____ quant à sa capacité de travail, de sorte que l'intimée estime que l'assurée avait reçu les explications quant aux conséquences de l'appréciation de ce médecin sur son droit aux prestations et sur les mesures qu'elle pouvait et devait prendre. Au vu de la relation privilégiée entre l'assurée et la « case manager », l'intimée n'a pas jugé opportun de rendre une décision formelle dans ce cas, ce d'autant moins que la recourante semblait avoir compris la situation et l'admettre. En lui rappelant par courrier du 22 décembre 2010 que la capacité de travail serait considérée comme entière dès le 1er janvier 2011, l'intimée est d'avis qu'elle lui a laissé le temps nécessaire pour prendre les mesures qui s'imposaient, soit notamment pour s'annoncer à l'assurance-chômage. En outre, ce n'était que le 27 janvier 2011 que la recourante avait fait valoir son désaccord avec la position du Dr H_____ et la diminution, respectivement la suppression des indemnités journalières, de sorte qu'elle avait rendu une décision formelle à ce moment-là, conformément à l'art. 49 LPG. Elle relève également qu'elle ne réduisait les indemnités journalières à 50% que dès le 25 novembre 2010 et non déjà dès le 3 novembre 2010, attendu que la position du Dr H_____ n'avait été communiquée à l'assurée que le 24 novembre 2010. Par pli du 30 juin 2011, la recourante persiste dans ses conclusions. Sur requête de la Cour de céans, le Dr K_____ confirme, par rapport du 14 juillet 2011, être l'auteur du dernier certificat attestant d'une capacité de travail dès le 1er février 2011. Il indique qu'il existe toujours des limitations fonctionnelles liées à la mobilité du poignet droit et que l'assurée ne peut plus effectuer les diverses activités qu'elle exerçait en qualité d'éducatrice psychosociale, soit la préparation une fois par jour de repas, les activités d'entretien des locaux de travail, ainsi que la prise de notes, de sorte qu'il a prescrit une incapacité de travail de 100% jusqu'au prochain contrôle prévu le 16 février 2011. En outre, il explique que lors de la dernière consultation du 19 janvier 2011, il a mis en évidence une discrète amélioration du syndrome douloureux chronique, qui ne permettait cependant pas une amélioration de la capacité de travail. La recourante a toutefois requis qu'il lui soit adressé un certificat

attestant d'une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} février 2010, ce qui fut fait. Lors de l'audience de comparution personnelle du 23 août 2011, la recourante déclare s'être inscrite au chômage en France dès le 1^{er} février 2011. Elle a suivi le traitement proposé par le Centre de consultation de la douleur des HUG et l'OAI l'a soumise à une expertise, effectuée par le Dr T_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, qui l'a examinée durant le mois de juillet 2011. L'amélioration de son état de santé a été progressive, mais elle continue à ressentir des douleurs et des difficultés à utiliser sa main droite sur une longue période. Elle n'a pas retrouvé de travail à ce jour. Elle a une formation d'éducatrice sociale HES et a travaillé en cette qualité auprès de PRO JUVENTUTE durant cinq ans, puis, de 2004 à 2009, auprès de SOLIDARITE FEMMES. Elle recherche du travail dans ce domaine. Elle précise que s'étant retrouvée sans revenu durant le mois de janvier 2011, elle a dû parer au plus pressé et s'inscrire au chômage en France, ce qui impliquait de démontrer une pleine capacité de travail, raison pour laquelle elle a sollicité un certificat de reprise de travail du Dr K_____. Lors du coaching mis en œuvre par l'assurance, elle a réfléchi à un projet professionnel, mais elle a commencé à rechercher un emploi salarié dès le 1^{er} février 2011. Elle transmet à la Cour de céans un historique depuis l'accident du 23 juillet 2009 et une description de ses activités professionnelles. La représentante de l'intimée déclare que la recourante a été informée oralement de l'intention de l'intimée de réduire les indemnités à 50 %, puis de les supprimer, et enfin par courriel du 24 novembre 2010. Le médecin-conseil estimait que la capacité de travail de 50 % était acquise au 3 novembre 2010, mais dans la mesure où le courriel a été envoyé le 24 novembre 2010 seulement, l'indemnité n'a été réduite à 50 % que dès le 25 novembre 2010. Le médecin-conseil n'a pas revu l'assurée après la dernière opération (24 juin 2010), mais juste avant, soit le 21 mai 2010. C'est donc sur la base des indications du Dr K_____ que le Dr H_____ a estimé que l'assurée était capable de reprendre le travail. L'intimée n'a pas considéré que l'état de santé était stabilisé et qu'aucune amélioration n'était encore à attendre, mais que l'assurée devait contribuer à diminuer le dommage en cherchant une activité adaptée à ses limitations. L'intimée a uniquement statué sur les indemnités journalières et ne conteste pas que l'assurée a droit à la prise en charge des soins. La question d'une éventuelle IPAI ou d'une rente AI sera examinée en temps utile. En date du 24 août 2011, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier AI de la recourante et a invité l'OAI à lui transmettre son dossier dès la réception du rapport d'expertise du Dr T_____. Par pli du 30 août 2011, l'OAI a ainsi remis à la Cour de céans l'intégralité du dossier de la recourante. Il ressort du rapport d'expertise établi par le Dr T_____ en date du 12 juillet 2011 que les diagnostics étaient les suivants : un status 2 ans après une fracture du radius distal droit ostéosynthésée par plaque palmaire à angulation fixe, un status un an après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et une décompression chirurgicale du nerf médian dans le tunnel carpien droit et un syndrome douloureux post-traumatique du membre supérieur droit au décours. Il a établi que l'évolution de la fracture du radius distal avait été difficile et marquée, en particulier, par un syndrome douloureux considéré comme une algodystrophie, sur la base d'éléments cliniques, sans évidence radiologique ni scintigraphique, de sorte qu'il a plutôt retenu le diagnostic de syndrome douloureux post-traumatique. A cet égard, il a toutefois relevé qu'il n'était pas en possession du bilan radiologique du mois de novembre 2010, sur la base duquel les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur avaient confirmé la présence de l'algoneurodystrophie. La recourante présentait une limitation de l'extension et de la flexion du poignet de 50%, une diminution de l'endurance de 15% et devait éviter les

travaux faisant intervenir les mêmes gestes sur de longues périodes. Il a précisé à cet égard qu'il était possible que la recourante exerce une activité similaire à celle exercée avant l'accident, laquelle était variée, selon la description faite par la recourante. En considérant rétrospectivement l'évolution, il a estimé que les facteurs économiques avaient probablement joué un rôle important dans l'évolution clinique comme en témoignait la demande de reprise de travail sollicitée par la recourante elle-même dès le 1^{er} février 2011. Il a conclu qu'il rejoignait les conclusions du Dr H_____, en ce sens que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} novembre 2010 et que dans la mesure où la recourante était intervenante psycho-sociale à 70% au moment de l'accident, elle devait pouvoir exercer cette activité à ce même taux dès le 1^{er} février 2011. Par pli du 26 septembre 2011, l'intimée constate que le Dr T_____ rejoint les conclusions du Dr H_____ sur la pleine capacité de travail de la recourante dès le 1^{er} novembre 2010. Partant, elle considère que sa décision sur opposition est fondée, étant précisé que elle est même intervenue plus largement, attendu que les indemnités journalières avaient été payées à la recourante à 100% jusqu'au 24 novembre 2010, puis encore à 50% jusqu'au 31 décembre 2010. Pour le surplus, l'intimée maintient ses conclusions. Par pli du 30 septembre 2011, la recourante persiste dans ses conclusions, à savoir au versement des indemnités journalières LAA et assurance complémentaire jusqu'au 31 janvier 2011, à raison d'une incapacité de travail de 100%. Elle conteste tout d'abord la conclusion du Dr T_____ en ce sens qu'il a nié le diagnostic d'algodystrophie posé durant le mois de novembre 2009 par le Dr K_____, attendu que ce diagnostic avait été confirmé par quatre médecins des HUG, soit les Drs P_____, S_____, Q_____ et R_____. De plus, elle considère que son rapport, ne contenant aucune discussion des éléments figurant au dossier, n'a pas de valeur probante. Par ailleurs, elle invoque que l'intimée aurait, à tout le moins, dû lui fixer, conformément à la jurisprudence, un délai de 3 à 5 mois pour retrouver une activité adaptée, dès le moment où le Dr H_____ a considéré qu'une activité adaptée pouvait intervenir, soit dès le 3 novembre 2010 à 50% et dès le 1^{er} janvier 2011 à 100%. Partant, un délai à fin mars 2011 aurait en tous les cas dû lui être fixé, délai durant lequel des indemnités journalières devaient encore lui être versées. Par pli du 26 octobre 2011, l'intimée indique que la recourante a été mise au bénéfice d'une mesure de case management dès la fin de mois de juillet 2010 et que la question de la réorientation professionnelle a été abordée dès ce moment-là. L'intimée ajoute qu'il ne s'agit pas réellement d'un changement de profession, puisque la recourante était en mesure de faire valoir sa formation et sa longue expérience pour trouver une activité dans un domaine similaire à celui exercé jusqu'au 30 juin 2010. Elle considère avoir largement respecté ses obligations en versant à la recourante des indemnités journalières à 100% jusqu'au 24 novembre 2010, puis à 50% jusqu'au 31 décembre 2010. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) 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 1^{er} 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 en tant que le litige porte sur les prestations de l'assurance-accidents obligatoire. b) En revanche, en vertu de l'art. 116 LOJ, le Tribunal administratif de première instance (ci-après le TAPI) est l'autorité inférieure de recours

dans les domaines relevant du droit public, pour lesquels la loi le prévoit (al. 1). Il connaît en première instance des litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA (al. 2). La Cour de céans connaît quant à elle des recours contre les décisions rendues par le TAPI en matière d'assurances complémentaires à la LAA (art. 134 al. 2 LOJ). Au vu de ce qui précède, en tant que la recourante conclut dans son écriture du 30 septembre 2011 au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents complémentaire, sa conclusion doit être déclarée irrecevable, en raison de l'incompétence de la Cour de céans, et elle sera invitée à agir devant l'instance compétente. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours relatif à la l'assurance-accidents obligatoire est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a.). La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a réduit les indemnités journalières de la recourante à 50% dès le 25 novembre 2010 et les a totalement supprimées dès le 1^{er} janvier 2011. Il convient tout d'abord d'examiner si l'intimée pouvait formellement réduire et supprimer les prestations avec effet rétroactif par décision du 1^{er} février 2011. Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents dispose de la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'assureur-accidents ne peut mettre fin avec effet rétroactif à son obligation de prester que si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (art. 53 al. 1 et 2 LPGA) sont remplies et s'il a déjà reconnu son obligation de prester, par une décision formelle ou informelle (art. 49 et 51 LPGA). L'assureur-accidents ne conserve donc que la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités qu'il n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester (ATF 133 V 57 ; ATF non publié 8C_376/2007 du 20 juin 2008, consid. 5.2). En l'espèce, par décision du 1^{er} février 2011 confirmée par décision sur opposition du 15 avril 2011, l'intimée a réduit le droit de la recourante aux indemnités journalières à 50% dès le 25 novembre 2010 et les a entièrement supprimées dès le 1^{er} janvier 2011. Ce faisant, elle a procédé à une réduction et à une suppression de prestations de manière rétroactive. La Cour de céans constate que dans la mesure où l'intimée n'a pas versé des indemnités journalières supérieures à 50% entre le 25 novembre et le 31 décembre 2010 et qu'elle n'en a plus versées dès le 1^{er} janvier 2011, elle n'a dès lors plus reconnu le droit de la recourante au versement de la totalité des indemnités journalières dès le 25 novembre 2010. Partant, il en découle qu'elle était en droit, conformément à la jurisprudence précitée, d'ajuster rétroactivement ses prestations par décision du 1^{er} février 2011. Toutefois, on peut déplorer le fait que l'intimée n'a pas fait notifier tout de suite à la recourante une décision de diminution et de suppression de ses indemnités journalières, ce qu'elle était pourtant tenue de faire en vertu de l'art. 49 al. 1 LPGA, ce d'autant plus que la recourante a requis en date du 24 novembre 2010 qu'une décision écrite lui soit notifiée. Il y a lieu de déterminer si l'intimée aurait dû verser à la recourante, comme celle-ci le soutient, des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 janvier 2011. 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. b) En

vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée - soit 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 - ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2, 2^{ème} phrase et 19 al. 2 LAA). c) 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 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). d) Selon la jurisprudence, en cas d'incapacité de travail de longue durée dans l'ancienne profession, il convient de tenir compte de la capacité de travail exigible dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité. Si la personne assurée doit entreprendre de changer de profession en vertu de son devoir de diminuer le dommage, l'assureur doit requérir de celle-ci qu'elle le fasse et doit lui octroyer un délai de transition approprié, pour s'adapter au changement de circonstances, et en particulier pour rechercher un emploi, délai dans lequel l'assureur doit continuer à lui verser les indemnités journalières. Le délai de transition est en principe de trois à cinq mois (Arrêt non publié 8C_926/2008 du 30 juillet 2009 consid. 7.1, 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 et les références). D'après la doctrine, ce délai paraît trop court dans le système de prestations de l'assurance-accidents, où l'indemnité journalière est souvent amenée à être remplacée par une rente. En effet, le droit à l'indemnité journalière s'éteint (notamment) au moment de la naissance du droit à une rente, naissance qui est elle-même subordonnée à la condition que l'état de santé de la personne assurée se soit stabilisé. Or, on ne saurait guère exiger de celle-ci qu'elle change de profession avant que son état de santé ne soit stable (Jean-Maurice FRESARD/ Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht, p. 895, n. 153). En l'espèce, les médecins, soit d'une part le Dr K_____ et d'autre part les Drs H_____ et T_____, ont des appréciations divergentes en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante dans sa précédente activité lucrative ou dans une activité adaptée, étant précisé que tous les médecins et les kinésithérapeutes admettent l'existence de limitations fonctionnelles liées à son poignet droit. La Cour de céans constate, sans déterminer la valeur probante des rapports médicaux, que les Drs H_____ et T_____ estiment qu'en tout état de cause, c'est au plus tôt le 1^{er} novembre 2010 que la recourante doit être considérée comme ayant une capacité de travail partielle ou totale dans une activité adaptée à son état de santé - hypothèse la plus optimiste d'un point de vue médical. Se basant sur l'avis du Dr H_____, l'assurance a informé la recourante, par courrier électronique du 26 octobre 2010, qu'une capacité de travail de 50% devait être retenue dans une activité adaptée et le 24 novembre 2010, que ses indemnités journalières allaient être réduites à 50% dès le 3 novembre 2010, au vu de sa capacité de travail. Bien que le courrier électronique du 26 octobre 2010 ne le précisait pas expressément, la recourante était alors en mesure de comprendre qu'il lui appartenait de retrouver rapidement une activité lucrative. L'assureur ne lui a cependant pas accordé de délai raisonnable pour retrouver une activité adaptée à son état de santé et ne lui a pas précisé qu'après ce délai raisonnable, ses indemnités journalières allaient être diminuées ou supprimées. Or, même si l'intimée avait fixé à la recourante, en date du 26 octobre 2010, un court délai pour qu'elle puisse retrouver une activité lucrative adaptée à son état de santé et s'adapter aux circonstances, elle aurait dû lui verser, conformément à la jurisprudence précitée, des indemnités journalières, fondées sur une totale incapacité de travail, jusqu'au 31 janvier 2011 à tout le moins, soit durant un délai de trois mois. L'évocation d'une réorientation professionnelle à l'occasion du coaching initié fin juillet 2010 ne dispense pas au demeurant l'assurance de fixer ce délai. Par surabondance, il sera relevé que dans la mesure où les Drs H_____ et T_____ ont déterminé que la recourante pouvait débiter une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2010 et que sa capacité de travail allait s'améliorer et même être entière dans l'activité habituelle dès le 1^{er} février 2011, force est de constater que son état de santé n'était pas encore stabilisé au mois de novembre 2010 et qu'elle aurait ainsi eu droit de toute manière aux indemnités journalières jusqu'à la fin du mois de janvier 2011. Partant, au vu de tout ce qui précède, même dans l'hypothèse la plus optimiste d'un point de vue médical, soit celle où une capacité de travail de 100% doit être retenue dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2010, comme déterminé par le Dr T_____, la recourante a droit au versement des indemnités journalières, fondées sur une incapacité de travail de 100%, jusqu'au 31 janvier 2011. Enfin, pour ce qui est des intérêts moratoires, la recourante ne saurait en requérir pour des indemnités journalières dues entre le mois de novembre 2010 et le mois de janvier 2011, attendu qu'ils ne sont dus qu'à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit aux prestations (art. 26 al. 2 LPGA). Le recours doit dès lors être admis et une indemnité de 2'250 fr. sera allouée à la recourante au titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable en tant qu'il porte sur les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il porte sur les indemnités journalières de l'assurance-accidents complémentaire. Au fond : L'admet. Annule les décisions rendues par l'assurance en date des 1^{er} février et 15 avril 2011. Reconnaît à l'assurée le droit à des indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire fondées sur une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 janvier 2011. Condamne l'assurance à verser à l'assurée une

indemnité de 2'250 fr. au titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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