

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4932/2017

ATAS/1076/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 novembre 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS,  
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1,  
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Anne MEIER

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1972, travaille en qualité d'enseignante pour le département de l'instruction publique du canton de Genève. À ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 24 octobre 2014, l'assurée a été victime d'un accident de moto. L'employeur a annoncé le cas à la SUVA par déclaration de sinistre LAA du 11 novembre 2014, indiquant que l'assurée était tombée sur le coude gauche et qu'elle souffrait de fractures multiples et complexes.
3. Le scanner du coude gauche du 26 octobre 2014 a mis en évidence une fracture comminutive de la palette humérale gauche.
4. Dans le compte-rendu opératoire du 21 janvier 2015, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué une fracture complexe de la palette humérale distale avec refend dans le plan frontal. Il a mentionné avoir pratiqué une ostéosynthèse de palette humérale gauche le 29 octobre 2014.
5. L'assurée, qui a bénéficié de séances de physiothérapie, a présenté une capacité de travail nulle jusqu'au 8 mars 2015, partielle dès le 9 mars 2015 et totale à compter du 30 mai 2015.
6. Lors d'un entretien avec la SUVA le 11 mars 2015, l'assurée a déclaré qu'elle ne parvenait pas à étendre ni à plier complètement le bras. Le coude n'était pas enflé. Les rotations de la main ne provoquaient pas de douleurs au coude. Elle ne ressentait plus de perte de sensibilité ni de fourmillements dans le bras droit. Depuis que son coude allait un peu mieux, elle éprouvait des douleurs à l'épaule gauche notamment la nuit.
7. Dans un rapport du 22 avril 2015, établi à six mois post-ostéosynthèse, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était lentement favorable sur le plan des amplitudes articulaires. Ce jour, la flexion-extension mesurée était de 120-20-0° et la pronosupination complète. Sur le plan de l'épaule, qui avait été compliquée par une capsulite rétractile, l'évolution des amplitudes était également favorable avec récupération des rotations. Cette épaule restait néanmoins sensible à l'examen de ce jour. Dans ce contexte, il convenait de poursuivre la physiothérapie tant sur le coude que sur l'épaule.
8. Dans un rapport du 26 novembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était favorable avec des amplitudes mesurées à 120-20-0° et une pronosupination complète. L'assurée rapportait une gêne sur le matériel d'ostéosynthèse lors des

appuis. L'attitude thérapeutique consistait à discuter d'un retrait de ce matériel couplé à une arthrolyse. Il n'était pas nécessaire de continuer la physiothérapie. Des exercices de type Yoga et la pratique de natation pour les contractures musculaires étaient recommandés.

9. Le scanner du coude gauche du 27 avril 2016 a mis en évidence une consolidation complète de la fracture, sans signe d'arthrose ni de conflit ulnaire avec la vis médiale.
10. Dans un rapport du 9 mai 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a mentionné que le scanner du coude gauche confirmait que la consolidation était acquise. À l'examen, les amplitudes étaient de 130-15-0° et la pronosupination complète à 90-0-90°.
11. Dans le compte-rendu opératoire du 20 mai 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef de clinique aux HUG, a posé les diagnostics de flexum de 20° post-ostéosynthèse fracture palette humérale gauche et de gêne du matériel d'ostéosynthèse. Il a indiqué que l'assurée avait subi une AMO (ablation de matériel d'ostéosynthèse) avec arthrolyse du coude gauche le 18 mai 2016, date de son incapacité de travail totale jusqu'au 3 juillet 2016 (cf. certificats des HUG des 19 mai, 6 et 27 juin 2016).
12. Les 19 mai, 10 et 27 juin 2016, des médecins internes du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG ont prescrit de la physiothérapie, en dernier lieu pour neuf séances, en vue d'une amélioration de la fonction articulaire (travail amplitude articulaire suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du coude gauche). La dernière prescription a été établie par le docteur D\_\_\_\_\_.
13. Dans un rapport du 28 juin 2016, établi à six semaines post-ablation de matériel d'ostéosynthèse, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était actuellement tout à fait favorable avec des douleurs cotées entre 0 et 4/10 à la mobilisation. Les amplitudes articulaires étaient mesurées à 140-20-0°, la pronosupination à 90-0-90°. Le bilan radiologique du jour montrait un interligne articulaire tout à fait préservé. Dans ce contexte, l'assurée présentait des amplitudes fonctionnelles au niveau du coude.
14. Le 1<sup>er</sup> juillet 2016 (sic), Madame E\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a établi une note d'honoraires pour neuf séances effectuées entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 22 août 2016. Elle a précisé que le médecin qui avait prescrit le traitement était le Dr D\_\_\_\_\_.
15. Dans un rapport du 14 juillet 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a noté que le traitement actuel consistait en de la physiothérapie. À la question de savoir quelle était la fréquence des consultations, il a répondu « fin de traitement ». Il a ajouté qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème, hormis une raideur modérée.
16. Le 4 août 2016, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a prescrit neuf séances de physiothérapie. Il a coché, sous la rubrique « but du

---

traitement » les cases suivantes : analgésie/anti-inflammatoire, amélioration de la fonction articulaire et musculaire.

17. Le 17 mai 2017, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a prescrit neuf séances de physiothérapie.
18. Par pli du 7 août 2017, adressé à la SUVA, l'assurée a demandé le remboursement d'une facture du Dr G\_\_\_\_\_ relative à des infiltrations effectuées dans l'épaule gauche le 11 mai 2017.
19. Par courrier du 9 août 2017, la SUVA a répondu que, dans la mesure où un rapport médical des HUG indiquait une fin de traitement au 14 juillet 2016, elle allait procéder à des mesures d'instruction avant de se prononcer sur le droit aux prestations au-delà de cette date.
20. Dans un rapport du 11 août 2017, reçu le 16 août 2017 par la SUVA, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé, après avoir examiné l'assurée la veille, que l'infiltration gléno-humérale de l'épaule gauche, réalisée en mai dernier, avait pu soulager grandement l'assurée avec une récupération complète de ses amplitudes articulaires. Elle restait toutefois gênée à ce niveau la nuit et au petit matin. L'évolution sous l'angle orthopédique était nettement favorable par rapport à la consultation de mai. L'assurée n'avait toutefois pas récupéré complètement son épaule, raison pour laquelle elle souhaitait que son dossier reste ouvert afin que les traitements physio-thérapeutiques et les infiltrations ponctuelles continuent à la soulager.
21. Le 17 août 2017, la SUVA a soumis le cas de l'assurée à son médecin d'arrondissement, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans une note du 21 août 2017, à l'unique question de savoir si la poursuite du traitement médical au-delà du 14 juillet 2017 était médicalement justifiée, le médecin a répondu qu'il ne voyait pas l'intérêt d'une poursuite de la physiothérapie actuellement. L'assurée devait annoncer des rechutes en cas de souffrance aiguë.
22. Dans un rapport médical intermédiaire du 21 août 2017, signé mais sur lequel le nom du médecin n'est pas indiqué, le diagnostic d'épaule raide à gauche a été posé. L'évolution était favorable. Le pronostic était bon pour l'épaule. Le traitement actuel consistait en une infiltration gléno-humérale gauche le 11 mai 2017. Des étirements étaient proposés à titre d'autres traitements. Sous la rubrique « fréquence des consultations », il était mentionné « août-septembre 2017 ». La durée prévisible du traitement était de quelques mois. Il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème.
23. Par décision du 5 septembre 2017, la SUVA, se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, a mis un terme au versement des prestations avec effet au 15 août 2017, au motif qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'accident et les troubles actuels.

24. Par pli du 7 septembre 2017, complété le 13 septembre 2017, l'assurée a contesté la clôture de son dossier au 15 août 2017, relevant que ses troubles étaient imputables à l'accident. Elle a reproché au médecin d'arrondissement de ne pas l'avoir examinée.
25. Par courrier du 3 octobre 2017, sous la plume de son conseil, l'assurée a confirmé son opposition à la décision du 5 septembre 2017. Elle a relevé qu'elle présentait au membre supérieur gauche des séquelles définitives consécutives à l'accident, notamment une perte de mobilité et de force. Elle a conclu à la prise en charge du traitement médical et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
26. Sur demande de la SUVA, dans son appréciation du 31 octobre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a mentionné, après avoir étudié le dossier médical communiqué, que suite aux opérations réalisées, l'assurée présentait une bonne récupération de la mobilité. Le traitement était terminé pour les HUG. Il a conclu qu'actuellement, au vu de la stabilisation de l'état, des séances de physiothérapie régulières et chroniques n'étaient pas nécessaires, car elles n'apporteraient pas d'amélioration substantielle des amplitudes articulaires. Elle devait par contre s'astreindre à des exercices qui lui avaient été enseignés lors de sa rééducation, afin de maintenir les amplitudes articulaires gagnées lors de son traitement.
27. Par décision du 14 novembre 2017, la SUVA a partiellement admis l'opposition. Elle a relevé qu'au vu des éléments médicaux on ne pouvait pas admettre que les troubles au niveau du membre supérieur gauche n'engageaient plus sa responsabilité. En revanche, la fin de la prise en charge du traitement avec effet au 15 août 2017, soit après la consultation du 10 août 2017 chez le Dr G\_\_\_\_\_, était justifiée, puisque, selon le médecin d'arrondissement, la continuation de la physiothérapie n'améliorerait pas l'état de santé de l'assurée, qui était stabilisé. Le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allait faire l'objet d'une décision séparée.
28. Par acte du 14 décembre 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 14 novembre 2017, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à la constatation que son droit à la prise en charge du traitement médical subsistait et au renvoi de la cause à l'intimée pour le remboursement des prestations.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a indiqué que si c'était à juste titre que l'intimée admettait que sa responsabilité était engagée, c'était de manière erronée et contradictoire qu'elle mettait un terme à la prise en charge du traitement médical. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait attesté que la récupération du membre supérieur gauche était incomplète, raison pour laquelle il avait préconisé la poursuite du traitement sous forme de physiothérapie et d'infiltrations ponctuelles.

La recourante a produit un rapport du 9 décembre 2017 établi par Mme E\_\_\_\_\_, sa physiothérapeute, aux termes duquel, dans les suites post-opératoires immédiates, celle-ci avait initié un traitement antalgique global (nuque, épaule,

bras, avant-bras gauche). Les suites du traitement avaient été marquées par une impotence majeure de l'épaule gauche, avec une douleur très importante, associée à une raideur très invalidante de la gléno-humérale. En dépit du traitement, il persistait une gêne fonctionnelle globale (douleur, raideur, déficit musculaire). Les gestes réflexes et les réactions de protection étaient encore inappropriés. Le traitement physiothérapeutique, qui lui procurait un confort fonctionnel, n'était absolument pas achevé. Des rendez-vous début janvier 2018 avaient déjà été planifiés.

Sur cette base, la recourante a estimé que la poursuite de son traitement lui apporterait une amélioration, non négligeable, de son état de santé et éviterait une péjoration de sa capacité de travail.

29. Dans sa réponse du 15 février 2018, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

Elle a considéré que ni le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017 ni celui de Mme E\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2017 ne sauraient remettre en cause le rapport du Dr H\_\_\_\_\_. Le premier étant antérieur à celui du médecin d'arrondissement, ce dernier en avait tenu compte. Le second, qui ne constituait pas un avis médical, n'attestait pas que le traitement de physiothérapie pouvait assurer une amélioration des amplitudes articulaires. Ainsi, ce traitement ne pouvait, tout au plus, que soulager momentanément les douleurs de la recourante.

30. Dans sa réplique du 6 mars 2018, la recourante a conclu à l'audition du Dr G\_\_\_\_\_ et de Mme E\_\_\_\_\_ ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, le cas échéant. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions.

Elle a nié toute valeur probante à l'avis du Dr H\_\_\_\_\_, motif pris que celui-ci n'avait pas tenu compte du rapport du Dr G\_\_\_\_\_, puisqu'il ne l'avait ni mentionné ni discuté. En outre, la question de savoir si la prise en charge du traitement médical devait se poursuivre présupposait une appréciation de la mobilité, du processus de guérison dans son ensemble, y compris des douleurs. Or, le processus de guérison et de récupération était incomplet selon le Dr G\_\_\_\_\_ et le traitement n'était pas terminé d'après la physiothérapeute.

31. Dans sa duplique du 26 mars 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle a relevé que le Dr H\_\_\_\_\_ avait pris connaissance et tenu compte du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017, en mentionnant dans son appréciation la date du 16 août 2017, qui correspondait en réalité à la date de réception par l'intimée de ce document. Dès lors que le Dr G\_\_\_\_\_ avait indiqué que la recourante avait complètement récupéré ses amplitudes, le Dr H\_\_\_\_\_ avait considéré qu'il ne pouvait y avoir une amélioration substantielle des amplitudes articulaires. Ensuite, aucun élément médical n'attestait que, malgré l'existence d'une gêne, sa capacité de travail diminuerait, si elle ne suivait pas le traitement. D'ailleurs, le Dr G\_\_\_\_\_ avait uniquement mentionné le souhait de sa patiente de poursuivre le traitement, tout en relevant une récupération totale des amplitudes. La présence d'une gêne et

le fait que la recourante n'avait pas complètement récupéré son épaule ne signifiaient pas qu'un traitement médical était nécessaire. Quant à l'avis de Mme E\_\_\_\_\_, il ne spécifiait pas que le traitement de physiothérapie serait apte à améliorer l'état de santé de la recourante.

32. À la demande de la chambre de céans, dans un rapport du 16 août 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a répondu à diverses questions.

Il a relevé que, lors de la dernière consultation du 10 août 2017, il avait constaté des amplitudes articulaires complètes au niveau de l'épaule de la recourante, laquelle évoquait malgré tout une gêne à cette articulation notamment la nuit et le matin, raison pour laquelle, dans son rapport du 11 août 2017, il avait précisé que sa patiente n'avait pas récupéré complètement son épaule. Postérieurement au 11 mai 2017, il n'avait pas effectué d'infiltrations. En cas de récurrence de douleur ou de raideur articulaire de l'épaule, une infiltration et un traitement de physiothérapie permettraient d'améliorer sensiblement l'état de santé de la patiente. Ce traitement avait un effet thérapeutique sur le long terme. Au vu de l'examen du 10 août 2017, sa patiente ne nécessitait pas de traitement de physiothérapie de façon chronique. En cas de récurrence au niveau du coude ou de l'épaule, ce traitement pourrait être réévalué. Dans le rapport du 11 août 2017, il était préconisé la poursuite de la physiothérapie et éventuellement d'infiltrations de manière ponctuelle en fonction de l'évolution clinique. Le rapport du 21 août 2017 avait été rédigé par la docteure I\_\_\_\_\_, médecin interne travaillant avec lui-même. Le traitement médical était terminé trois mois après la dernière consultation.

33. Dans ses observations du 4 septembre 2018, la recourante, se référant au rapport du Dr G\_\_\_\_\_ précité et à celui de sa physiothérapeute du 9 décembre 2017, a, en substance, soutenu que la poursuite du traitement s'imposait. Si la chambre de céans avait le moindre doute à ce propos, elle sollicitait, à titre préalable, l'audition de sa physiothérapeute, et le cas échéant, la mise sur pied d'une expertise judiciaire.
34. Par courrier du lendemain, la recourante a rappelé avoir souffert de fractures multiples et complexes du coude gauche, lesquelles avaient nécessité plusieurs interventions chirurgicales. Les troubles invalidants du membre supérieur gauche (douleurs, déficit de mobilité et de force) apparaissaient davantage liés aux conséquences de ces fractures du coude qu'à la problématique de l'épaule. Or, ni l'intimée ni le Dr G\_\_\_\_\_ ne s'étaient prononcés sur ce point, si bien que l'instruction médicale était manifestement lacunaire. Elle a en outre conclu à une audience de comparution personnelle.
35. Dans ses observations du 14 septembre 2018, l'intimée a relevé que l'opinion du Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 août 2018 était identique à celle du Dr H\_\_\_\_\_. Dès lors que la recourante ne souffrait pas d'une récurrence ni au coude ni à l'épaule, il ne se justifiait pas de prendre en charge son traitement pendant trois mois après sa dernière consultation.
36. Dans son écriture du 16 octobre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a exposé que l'affirmation de l'intimée selon laquelle elle ne souffrait plus de l'épaule ni du coude était erronée. L'évolution clinique de l'épaule, postérieure à la dernière consultation auprès du Dr G\_\_\_\_\_, s'était avérée défavorable, comme en attestait sa physiothérapeute ainsi que le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans son rapport du 13 septembre 2018. Elle a en outre souligné que l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ reposait uniquement sur son dossier, à l'inverse de ses médecins traitants qui l'avaient examinée.

37. Dans son écriture du 18 octobre 2018, l'intimée a relevé que la problématique liée au coude et à l'épaule avait été investiguée à satisfaction de droit. Dans son appréciation du 31 octobre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ avait rappelé les faits pertinents sur la base des avis médicaux et constaté que la fracture du coude était consolidée. La problématique liée au coude n'était plus discutée ni par les médecins ni par la recourante depuis juillet 2016, si bien qu'il était surprenant qu'elle refît surface dans les dernières écritures.
38. Le 24 octobre 2018, la recourante a versé au dossier le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2018, qu'elle avait omis de joindre à son écriture du 16 octobre 2018. Ce dernier y indiquait qu'il avait examiné l'épaule et le coude gauche de la recourante le 11 septembre 2018. À la suite d'un traumatisme ayant nécessité une ou plusieurs interventions au niveau du coude, il persistait une limitation fonctionnelle handicapante. En raison d'une capsulite rétractile constatée dans les suites post-opératoires, il existait également une limitation au niveau de l'épaule. La recourante se plaignait essentiellement de limitations fonctionnelles de l'épaule et du coude et de douleurs en particulier à l'effort. La flexion-extension du coude était de 115/25/0° à gauche pour 140/0/10° à droite. La prosupination était de 90/0/0° des deux côtés avec maintien de la force, sans argument pour une instabilité. L'élévation et l'abduction de l'épaule étaient de 160° à droite pour 150° à gauche. La rotation externe du coude au corps était de 10° à gauche pour 40° à droite et la rotation interne des deux côtés égale à D4, sans signe de souffrance de la coiffe des rotateurs. Il n'existait pas d'instabilité ni d'amyotrophie visible.
39. Dans ses observations du 7 novembre 2018, l'intimée, qui a relevé que le Dr J\_\_\_\_\_ avait examiné la recourante à une seule reprise, à la demande de celle-ci, doutait qu'il eût pris connaissance du dossier médical et notamment des imageries, car il ignorait visiblement le nombre d'interventions pratiquées. Il ne prenait pas position ni ne se prononçait sur les avis médicaux antérieurs au dossier. L'appréciation des limitations fonctionnelles reposait principalement sur les douleurs alléguées, « en particulier à l'effort ». Contrairement à ce que laissait entendre la recourante dans sa dernière écriture, ce médecin ne faisait pas état d'une évolution défavorable qui aurait eu lieu après le 10 août 2017, date du dernier examen par le Dr G\_\_\_\_\_. Le Dr J\_\_\_\_\_ évoquait une « limitation fonctionnelle handicapante » au niveau du coude. Or, l'atteinte au coude gauche avait connu une évolution favorable et stable. À cet égard, l'intimée se référait aux rapports du Dr

---

B\_\_\_\_\_ des 22 avril et 26 novembre 2015 ainsi que des 9 mai et 27 (recte : 28) juin 2016. Quant à l'épaule, le Dr J\_\_\_\_\_ notait des différences d'amplitudes relativement légères, sans signe de souffrance de la coiffe des rotateurs. En outre, il n'y avait pas d'instabilité ni d'amyotrophie visible. Elle a rappelé que le Dr G\_\_\_\_\_ avait constaté que les amplitudes articulaires étaient complètes lors de l'examen du 10 août 2017. Ces éléments corroboraient l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ quant à la fin de la prise en charge du traitement au 15 août 2017. Par ailleurs, le Dr J\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur le traitement dont la recourante persistait à réclamer la prise en charge. Il n'en évoquait ni la nature ni l'ampleur et encore moins les effets escomptés. Partant, aucun élément médical objectif ne justifiait la prise en charge du traitement de la recourante. Au vu de ces éléments, l'intimée s'est opposée à la tenue d'une audience de comparution personnelle des parties ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise.

40. Copie de cette écriture transmise à la recourante, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).  
  
b. En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).  
  
c. En l'espèce, la recourante, enseignante, domiciliée en France, travaille pour le compte de l'État de Genève.  
  
Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.
2. a. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.  
  
b. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions

---

légales seront par conséquent citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations, en particulier au paiement des frais médicaux de la part de l'intimée au-delà du 15 août 2017, en raison de l'accident subi le 24 octobre 2014. Il s'agit en particulier de savoir si l'intimée était fondée à retenir que son état de santé était stabilisé au 15 août 2017.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 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).

6. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de celui-ci, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (let. b).

b. Le traitement médical ne se limite pas aux mesures destinées au rétablissement ou à l'amélioration de la capacité de gain. Il englobe toutes les mesures tendant à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Celle-ci est donnée si l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. Par contre, on n'est pas en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé lorsque la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit*, 3<sup>ème</sup> éd., 2016, p. 968 n. 194 et les références citées ; RAMA 2005 n. U 557 p. 388).

c. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 41 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.378/99 du 23 mars 2000 consid. 3a et les

références). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

d. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical (et au versement des indemnités journalières), que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1 ; ATF 116 V 41 consid. 2c).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

---

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. a. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident le 24 octobre 2014, ayant provoqué une atteinte au membre supérieur gauche, soit une fracture de la palette humérale ainsi que des douleurs à l'épaule, et nécessité des prestations médicales. S'appuyant sur l'appréciation des 21 août et 31 octobre 2017 du Dr H\_\_\_\_\_, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des frais médicaux

avec effet au 15 août 2017, date au-delà de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident.

De son côté, la recourante conteste la stabilisation de son état de santé au 15 août 2017, en se référant principalement au rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017, à celui de sa physiothérapeute du 9 décembre 2017 ainsi qu'à celui du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2018. Elle souhaite que son droit à la prise en charge du traitement médical subsiste.

b. C'est le lieu de rappeler que le droit au traitement médical cesse lorsqu'il n'y a plus lieu d'en attendre une sensible amélioration de l'état de santé, ce par quoi il faut comprendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail. L'amélioration doit être « sensible », c'est-à-dire d'une certaine importance.

Il ressort des rapports médicaux que, suite à la fracture de la palette humérale gauche, qui a été ostéosynthésée le 29 octobre 2014 aux HUG, la recourante a bénéficié de plusieurs séances de physiothérapie. Le 22 avril 2015, l'évolution était lentement favorable sur le plan des amplitudes articulaires. En ce qui concernait l'épaule gauche, qui avait été compliquée par une capsulite rétractile, l'évolution était également favorable avec une récupération des rotations. La capacité de travail de la recourante, nulle jusqu'au 8 mars 2015, partielle dès le 9 mars 2015, était totale à partir du 30 mai 2015. Le 27 avril 2016, la fracture du coude gauche était complètement consolidée, sans signe d'arthrose ni de conflit ulnaire avec la vis médiale. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avec arthrolyse le 18 mai 2016 aux HUG, la recourante a de nouveau bénéficié de séances de physiothérapie. Le 28 juin 2016, l'évolution était tout à fait favorable avec des douleurs cotées entre 0 et 4/10 à la mobilisation et l'interligne articulaire tout à fait préservé. La recourante présentait des amplitudes fonctionnelles au niveau du coude. Son incapacité de travail qui avait été totale après cette nouvelle opération a pris fin le 3 juillet 2016. Au 14 juillet 2016, le traitement était terminé pour les HUG qui avaient considéré qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème, hormis une raideur modérée. Le 11 mai 2017, la recourante a bénéficié d'une infiltration dans l'épaule gauche, effectuée par le Dr G\_\_\_\_\_. Le 21 août 2017, l'évolution était favorable et le pronostic bon pour l'épaule. Il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème.

Dans son appréciation du 31 octobre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a, après avoir résumé les pièces au dossier, y compris le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017, considéré que la recourante présentait une bonne récupération de la mobilité et que son état de santé était stabilisé. Des séances de physiothérapie régulières et chroniques n'étaient pas nécessaires, car elles n'apporteraient pas d'amélioration substantielle des amplitudes articulaires.

Ce rapport doit se voir reconnaître une pleine force probante, quand bien même ce médecin n'a pas examiné la recourante, dès lors que ses conclusions, convaincantes

au vu de la synthèse des rapports précités, reposent sur l'étude des pièces médicales, lesquelles se fondent sur un examen personnel de la recourante.

Cette dernière soutient, s'appuyant sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 août 2017, que la récupération du membre supérieur gauche était incomplète, raison pour laquelle ce médecin avait préconisé la poursuite du traitement sous forme de physiothérapie et d'infiltrations ponctuelles. La recourante procède toutefois à une lecture erronée dudit rapport. En effet, ce praticien y indiquait que l'infiltration de l'épaule gauche avait soulagé la recourante avec une récupération complète de ses amplitudes articulaires. Invité par la chambre de céans à répondre à des questions, dans son rapport du 16 août 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé que les amplitudes articulaires étaient complètes au niveau de l'épaule gauche. Si, dans son rapport antérieur, il avait indiqué que la recourante n'avait pas complètement récupéré son épaule, c'était parce qu'elle avait manifesté une gêne à cette articulation la nuit et le matin notamment. Le médecin se réfère ici aux plaintes subjectives de la recourante. Il a ajouté qu'après le 11 mai 2017, il n'avait plus effectué d'infiltrations et qu'au vu de l'examen du 10 août 2017, la recourante ne nécessitait pas de traitement de physiothérapie chronique. En cas de récurrence au niveau du coude ou de l'épaule, ce traitement pourrait être réévalué. Enfin, dans son rapport il a recommandé la poursuite de la physiothérapie et éventuellement d'infiltration de manière ponctuelle en fonction de l'évolution clinique. Force est ainsi de constater qu'après l'infiltration de l'épaule gauche le 11 mai 2017, la recourante, qui présentait selon les constatations objectives des amplitudes articulaires complètes au niveau de cette articulation, n'avait pas besoin d'un traitement, sauf en cas de récurrence. Par conséquent, l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ rejoint celle du Dr H\_\_\_\_\_, selon lequel des séances de physiothérapie régulières et chroniques n'étaient pas nécessaires, car elles n'apporteraient pas d'amélioration substantielle des amplitudes articulaires.

Après avoir pris connaissance du rapport du 16 août 2018 du Dr G\_\_\_\_\_, dans son écriture du 5 septembre 2018, la recourante a allégué que les troubles du membre supérieur gauche apparaissaient davantage liées aux conséquences de ses fractures du coude qu'à la problématique de l'épaule. Or, il ressort des rapports médicaux, que la fracture du coude gauche était consolidée le 27 avril 2016, sans signe d'arthrose, que l'interligne articulaire était préservé, que les amplitudes au niveau du coude étaient fonctionnelles au 28 juin 2016, que le traitement était terminé au 14 juillet 2016 et qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème, hormis une raideur modérée. Les séances de physiothérapie pour les troubles liés au coude gauche ont été prescrites en dernier lieu le 4 août 2016 par le Dr F\_\_\_\_\_. La recourante n'a produit aucun avis médical établissant qu'au-delà de cette date, elle aurait poursuivi un traitement spécifique pour des troubles liés au coude gauche. Elle a versé au dossier le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2018, lequel a examiné la recourante seulement le 11 septembre 2018, soit plus de deux ans après la fin du traitement le 14 juillet 2016. Ce document, établi manifestement pour les

---

besoins de la procédure, n'indique pas que la recourante a suivi après le 14 juillet 2016 ou le 4 août 2016 une mesure thérapeutique particulière, ni qu'un tel traitement (dont on ignore en quoi il consisterait) serait de nature à améliorer sensiblement son état de santé.

La recourante a également allégué que l'évolution clinique de l'épaule gauche, postérieure à la consultation auprès du Dr G\_\_\_\_\_ le 10 août 2017, s'était avérée défavorable. À cet égard, elle se réfère au rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2018. Or, ce médecin mentionnait qu'elle ne présentait pas de signe de souffrance de la coiffe des rotateurs, ni d'instabilité ni d'amyotrophie visible de cette épaule. En outre, après le 11 mai 2017, date de l'infiltration gléno-humérale de l'épaule gauche, et les séances de physiothérapie prescrites par le Dr G\_\_\_\_\_ le 17 mai 2017, aucun traitement médical spécifique n'est documenté au dossier en ce qui concerne l'épaule gauche.

Quand bien même la recourante éprouve une gêne au membre supérieur gauche, ainsi que sa physiothérapeute l'a attesté dans un rapport du 9 décembre 2017, force est de constater que, depuis le 4 juillet 2016, elle présente une capacité de travail entière (cf. certificat des HUG du 27 juin 2016). Aucun certificat médical n'atteste une incapacité de travail à partir de cette date. Ainsi, la gêne qu'elle éprouve ne l'empêche pas d'exercer son activité professionnelle à plein temps. Dans ces circonstances et vu l'absence de traitement médical depuis le 4 août 2016, date de la dernière prescription de physiothérapie pour le coude gauche, et depuis le 10 août 2017, date de la dernière consultation chez le Dr G\_\_\_\_\_ s'agissant de l'épaule gauche, l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 15 août 2017 et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de cet état. On ajoutera que les rendez-vous planifiés début janvier 2018 auprès de Mme E\_\_\_\_\_, physiothérapeute, ne sont pas pertinents, dans la mesure où le traitement médical, aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a LAA, comprend les soins prodigués par le personnel paramédical, par ex. un physiothérapeute (cf. art. 69 OLAA de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA – RS 832.202] en lien avec l'art. 46 al. 1 let. a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal – RS 832.102]) sur prescription d'un médecin. Or, comme on vient de le mentionner, aucun médecin n'a prescrit des séances de physiothérapie après le 17 mai 2017. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a cessé de prendre en charge le traitement médical avec effet au 15 août 2017.

10. Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), la chambre de céans renonce à l'audition du Dr G\_\_\_\_\_ et de Mme E\_\_\_\_\_, à la comparution personnelle des parties et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, requises par la recourante.
11. Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté.

12. a. L'intimée, organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3), représentée par un mandataire, obtient gain de cause et conclut à l'octroi de dépens.
- b. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal (ATAS/956/2016 du 22 novembre 2016 consid. 27a; cf. également arrêt du Tribunal fédéral U.98/00 du 19 octobre 2000 consid. 3).
- c. En l'espèce, le recours – quoique mal fondé – n'est ni téméraire ni ne témoigne de légèreté. La cause ne saurait être considérée comme complexe. Aussi l'intimée n'a-t-elle pas droit à l'octroi d'une indemnité de procédure.
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le