

GE_GERICHTE ATAS/1271/2020 vom 22. Dezember 2020

GE Cour de justice, 2020-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1271_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1271/2020 du 22 décembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1271/2020 del 22 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS/GE E 5 10).

A/3945/2019 - 14/23 -

E. 4

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 8 septembre 2019.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 119 V 335 consid. 1). c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le

dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

A/3945/2019 - 15/23 - En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 6

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail. Elle est en principe calculée de manière abstraite et allouée indépendamment de la perte de gain réellement subie par l'assuré durant la période d'incapacité de travail. Par exemple, l'assuré a droit à l'indemnité journalière, même si l'on doit admettre qu'il n'aurait pas poursuivi une activité professionnelle pendant toute la durée de l'incapacité de travail, par exemple dans le cas d'un étudiant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit - Sécurité sociale, SBVR XIV, 2016, n°211). La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA (RS 830.1). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA). En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est en revanche tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA; FRÉSARD / MOSER- SZELESS, idem, n. 213). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière

d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; ATF 114 V 281 consid. 5b in fine ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.1). L'assureur reste tenu de verser les indemnités journalières pendant cette période (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 consid. 2.3). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 consid. 3c in fine ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et la référence citée).

A/3945/2019 - 16/23 - Si les conditions donnant droit à la rente sont remplies, le droit à l'indemnité journalière cesse (art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA), même si la rente d'invalidité n'est pas encore fixée. L'assureur-accidents est dès lors tenu d'octroyer une indemnité journalière aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée – et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme –, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). Il lui incombe alors d'examiner les conditions du droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que de supprimer l'indemnité journalière qui, à l'instar du traitement médical, constitue une prestation provisoire (ATF 133 V 57 ; FRÉSARD / MOSER-SZELESS, idem, n°222).

E. 7

Selon l'art. 25 al. 3 OLAA l'assurance-accidents verse l'intégralité de la prestation lorsque l'incapacité de travail d'un assuré au chômage est supérieure à 50 % ; elle verse la moitié de la prestation lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 25 %, mais inférieure ou égale à 50 %. Une incapacité de travail inférieure ou égale à 25 % ne donne pas droit à l'indemnité journalière. L'application de cette disposition suppose que l'assuré victime d'un accident se soit effectivement annoncé à l'assurance-chômage, puisqu'elle règle la coordination entre celle-ci et l'assurance-accidents lorsque les indemnités journalières de ces deux assurances concourent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.2). Quand une personne assurée à titre obligatoire contre les accidents est au chômage, sa capacité de travail ne s'apprécie pas au regard de tout travail convenable au sens du droit de l'assurance-chômage. Elle doit en principe être déterminée selon les conséquences économiques de l'atteinte à la santé consécutive à l'accident sur le gain dans la profession habituelle. Cette règle souffre une exception : lorsque les conditions d'une réorientation professionnelle sont données, à savoir que l'état de santé de l'assuré est stable, qu'il subit une diminution probablement durable de la capacité de travail dans sa profession habituelle et qu'une nouvelle intégration professionnelle peut raisonnablement être exigée de lui compte tenu d'une période d'adaptation, la capacité de travail doit être évaluée en fonction de la nouvelle activité envisageable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 301/02 du 1er octobre 2003 ; FRÉSARD / MOSER-SZELESS, idem, n° 219).

E. 8

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. L'application de l'art. 36 LAA ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce

dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple, des atteintes portées à des parties différentes du

A/3945/2019 - 17/23 - corps; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 126 V 116; arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2014 du 23 novembre 2015 consid. 2.3).

E. 9

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 LPG), 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

A/3945/2019 - 18/23 - médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4

mai 2012 consid. 3.2.1). 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). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

En l'espèce, suite à l'atteinte subie par l'assurée au niveau du genou droit (lésion du ligament croisé antérieur et du point d'angle postéro-externe), le 7 juin 2019, l'intimée lui a versé des indemnités journalières dès le 10 juin 2019. Par décision du 11 septembre 2019, confirmée sur opposition le 24 septembre 2019, la CNA a ensuite mis fin aux indemnités journalières avec effet au 8 septembre 2019, trois mois après la lésion du genou droit, en se fondant sur l'avis exprimé par le Dr F_____. En effet, ce médecin a relevé qu'au 3 septembre 2019, il n'y avait pas, dans le dossier, de pièces médicales justifiant une incapacité de travail. Par la suite, dans un avis rédigé le 19 septembre 2019, le Dr F_____ a précisé que, selon un rapport du Dr D_____ daté du 10 septembre 2019, l'instabilité du genou droit déplorée par l'assurée n'était qu'une instabilité ressentie, donc subjective, ce qui entraînait en contradiction avec les constatations cliniques objectives du Dr D_____ et notamment avec l'absence de « pivot shift » (l'absence de « pivot shift » plaidait, d'après le Dr F_____, contre une instabilité dynamique du genou). Or, cette instabilité ressentie n'empêchait pas l'assurée de reprendre son activité professionnelle. La poursuite de la rééducation était possible, même pendant la grossesse. Le Dr F_____ en concluait que, dans une activité de vendeuse, n'impliquant pas de pivot du pied au sol, ni d'exposition à des contacts, comme dans certains sports, une reprise du travail était possible à 100%, si nécessaire en utilisant des moyens orthopédiques discrets. De son côté, la recourante reproche à la CNA d'avoir mis fin à ses prestations avec effet au 9 septembre 2019, au motif que l'incapacité de travail n'était plus médicalement justifiée, alors que le médecin d'arrondissement de la CNA avait indiqué le 3 septembre 2019, en réponse à une question sur la « durée probable de l'arrêt de travail au vu des lésions », qu'il admettait l'incapacité de travail pour les deux prochains mois et que la situation devrait être revue à l'issue de cette période. Elle fait remarquer que dans un rapport daté du 21 août 2019, le Dr D_____ (recte : C_____) a attesté d'une totale incapacité de travail, pour une durée

A/3945/2019 - 19/23 - indéterminée. Par ailleurs, elle relève que dans son rapport du 10 septembre 2019, le Dr D_____ a préconisé une intervention chirurgicale et prescrit de la physiothérapie, afin de maintenir la musculature et stabiliser le genou. Elle relève que, bien qu'elle ait fait valoir son inaptitude à travailler et la nécessité d'une opération pour recouvrer sa capacité de travail, la CNA a ignoré le pronostic du médecin d'arrondissement et la proposition de ses médecins de réaliser une opération, en la jugeant apte à travailler et en mettant fin à l'indemnité journalière. Enfin, dans la mesure où l'intimée soutient dans sa réponse qu'une reprise à plein temps de l'activité habituelle de « caissière » était exigible dès le 9 septembre 2019, la recourante rétorque qu'elle est demandeuse d'emploi en tant que vendeuse, profession qu'elle a exercée auprès de son dernier employeur et qu'elle juge incompatible avec son problème de genou.

E. 11

a. La chambre de céans rappelle tout d'abord que l'examen pratiqué par le Dr D_____ le 10 septembre 2019 n'a mis en évidence qu'un discret signe de Lachmann, sans épanchement, pivot, amyotrophie significative ou signe méniscal. À cette date, et grâce à plusieurs séances de physiothérapie, la mobilité du genou droit s'était normalisée. Par ailleurs, en réponse au questionnaire de la CJCAS, ce médecin a précisé que lors de cet examen, la recourante était arrivée au cabinet en marchant, sans cannes ni boiterie significative, ce qui démontrait qu'elle pouvait alors se déplacer et probablement porter des charges légères, sans devoir porter une attelle. À l'époque, la recourante lui avait annoncé qu'elle était enceinte et il lui avait prescrit de la physiothérapie. Le Dr D_____ a indiqué que la recourante l'avait consulté une nouvelle fois en novembre 2019, sans avoir pu effectuer les séances de physiothérapie prescrites en raison de « complications liées à la grossesse ». Il ne lui avait alors proposé aucun traitement, puisque le problème principal était lié non pas à son genou mais à sa grossesse. Par la suite, le Dr D_____ avait revu la recourante en avril 2020 ; l'examen clinique avait mis en évidence un genou sec et stable, ainsi qu'une disparition du signe de Lachmann ; l'assurée présentait seulement des signes d'irritation du nerf sciatique. En juin 2020, un nouveau bilan IRM avait montré une guérison du ligament croisé antérieur et une absence de lésion intra-articulaire significative. La plastie du ligament croisé évoquée dans le rapport du 10 septembre 2019 ne s'était finalement pas révélée nécessaire, compte tenu d'une évolution radiologique favorable. Selon le Dr D_____, c'était le déconditionnement musculaire du membre inférieur droit qui expliquait la sensation d'instabilité déplorée par l'assurée. À la question de savoir si l'assurée était apte, dès le 9 septembre 2019, à reprendre à 100% une activité de vendeuse, le Dr D_____ a répondu que l'intéressée était probablement apte à reprendre cette activité à temps partiel, mais qu'en raison de son déconditionnement, on pouvait comprendre qu'il lui aurait été difficile de tolérer le maintien de la position debout à raison de 8 heures par jour. En revanche, le Dr D_____ a estimé que dès l'automne 2019, l'assurée aurait pu reprendre une activité exercée essentiellement en position assise et n'impliquant que de minimes déplacements (telle que celle de caissière), « tout d'abord à temps partiel ».

A/3945/2019 - 20/23 - b. Il résulte des explications données par le Dr D_____ qu'à la date de son rapport du 10 septembre 2019, la recourante était capable de marcher, sans boiterie significative. En outre, la mobilité de son genou était normale. Dans ces conditions, l'appréciation du Dr F_____ selon laquelle l'instabilité ressentie par la recourante résulte d'un déconditionnement musculaire, lié à la grossesse, paraît cohérente. Quoi qu'il en soit, selon ce médecin, l'instabilité alléguée ne contraindrait pas la reprise d'une activité professionnelle à 100% dès le mois de septembre 2019, moyennant le respect de certaines limitations. Cette conclusion se recoupe largement avec celle du Dr D_____, lequel a estimé que, dès l'automne 2019, la recourante aurait pu reprendre une profession exercée essentiellement en position assise, lui permettant de limiter les déplacements. Il est vrai que le Dr D_____ a précisé que la reprise d'une telle activité aurait pu se faire « tout d'abord à temps partiel », mais cette suggestion ne saurait – à elle seule et sans plus amples développements – justifier le maintien des indemnités journalières au-delà de la date fixée par l'intimée. En effet, dans une activité exercée essentiellement en position assise et permettant donc d'épargner le genou droit (telle que celle de caissière, par exemple), on ne discerne pas – et le Dr D_____, en se limitant à évoquer des douleurs, ne l'explique pas de manière convaincante – ce qui aurait justifié une reprise « tout d'abord à temps partiel ». C'est le lieu de relever que dans son rapport du 10 septembre 2019, ce médecin n'avait pas

fait état de douleurs particulières, ni a fortiori de douleurs anormalement intenses qui n'auraient pu être jugulées par des antalgiques. Dans ces conditions, la chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter du point de vue du Dr F_____, selon lequel rien n'empêchait objectivement la reprise d'une activité professionnelle à 100%, dès le mois de septembre 2019. c. Contrairement à ce que soutient la recourante, le médecin d'arrondissement ne lui a pas reconnu, dans son bref rapport du 3 septembre 2019, une incapacité de travail « pour les deux prochains mois ». Répondant à une question de l'intimée relative à la « durée probable de l'arrêt de travail au vu des lésions », le Dr F_____ a écrit « deux mois à revoir à l'issue », ce par quoi il faut comprendre qu'il estimait à environ deux mois la durée probable de l'arrêt de travail depuis l'accident. Interpellé le même jour (soit le 3 septembre 2019) par l'intimée, qui lui demandait si elle devait adresser à l'assurée une « confirmation de reprise du travail », dans la mesure où cette dernière était toujours en arrêt de travail (environ trois mois après l'accident), le Dr F_____ a répondu par l'affirmative, relevant que l'assurée était en incapacité de travail depuis trois mois et que l'incapacité de travail n'était pas justifiée « actuellement ». Cela signifie qu'au début du mois de septembre 2019, le Dr F_____ estimait que l'incapacité de travail n'était pas – ou plus – médicalement justifiée et non qu'il la reconnaissait pour les deux mois à venir, comme le fait valoir la recourante. Par ailleurs, il convient de relever que l'intervention chirurgicale envisagée par le Dr D_____ en septembre 2019 – et évoquée par la recourante dans ses écritures – n'a finalement pas été réalisée, en

A/3945/2019 - 21/23 - raison d'une évolution radiologique jugée favorable (malgré le fait que la physiothérapie prescrite en septembre 2019 n'a pas été effectuée). Cette intervention n'ayant en définitive pas été jugée nécessaire, on ne peut pas considérer qu'elle était indispensable au rétablissement de la capacité de travail, comme l'affirme la recourante. Quant au Dr C_____, médecin généraliste, s'il a effectivement attesté d'une totale incapacité de travail dès le 7 juin 2019 et pour une durée « indéterminée » dans un bref rapport complété de manière manuscrite le 21 août 2019 (intitulé « rapport médical initial LAA »), force est de constater que ledit rapport – de même que celui du 11 septembre 2019 – est insuffisamment motivé et qu'il ne satisfait donc pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3). Il ne saurait donc prévaloir sur l'avis du Dr F_____, qui concorde pour l'essentiel avec celui du Dr D_____. De surcroît, les constatations cliniques sommaires énumérées par le Dr C_____, en tant qu'elles figurent sous le chapitre intitulé « premières constatations » du « rapport initial LAA », semblent correspondre aux constatations qu'il a faites le jour de l'accident, plutôt qu'à la situation qui se présentait lorsqu'il a rédigé son rapport. d. Au regard de ce qui précède et conformément à l'avis du Dr F_____, il convient d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au début du mois de septembre 2019, soit trois mois après la lésion accidentelle ayant touché le genou droit, on pouvait attendre de la recourante qu'elle recommence à travailler essentiellement en position assise, en limitant ses déplacements (par exemple en tant que caissière, profession qu'elle a exercée pour son dernier employeur avant celle de vendeuse). Aussi est-ce à juste titre que l'intimée a mis fin aux indemnités journalières avec effet au 8 septembre 2019. e. En dernier lieu, on relèvera que l'intimée n'avait pas à fixer à la recourante un délai pour se réinsérer dans un nouveau secteur d'activité (cf. supra consid. 6-7), ce que l'intéressée ne prétend d'ailleurs pas. En effet, d'une part, les modestes limitations fonctionnelles évoquées par le Dr D_____ – qui consistent à limiter les déplacements et à éviter les positions statiques debout –, ne rendent pas illusoire toute réinsertion professionnelle dans le secteur de la vente (le cas échéant en

tant que caissière plutôt que vendeuse), dans lequel la recourante a précisément travaillé avant l'accident. D'autre part, il convient de relever que quelques jours avant l'accident, la recourante s'était déjà vue accorder par son assurance perte de gain maladie, un délai de trois mois – jusqu'au 31 août 2019 – pour trouver un emploi lui permettant d'alterner les positions et d'éviter les stations debout prolongées ainsi que le port de charges excédant 5 kg, autrement dit pour rechercher un poste respectant des limitations fonctionnelles peu ou prou similaires à celles prescrites par le Dr D_____ (hormis en ce qui concerne l'alternance des positions, limitation liée à des problèmes dorsaux dont l'intimée ne répond pas), de sorte que la fixation d'un délai supplémentaire à ce titre n'aurait pas de sens.

E. 12

Mal fondé, le recours est rejeté.

A/3945/2019 - 22/23 -

E. 13

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et 61 let. a LPGA). *****

A/3945/2019 - 23/23 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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