

GE_GERICHTE ATAS/189/2015 vom 11. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_189_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/189/2015 du 11 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/189/2015 del 11 marzo 2015

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi sur l'assurance-accidents (LAA – RS 832.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/4046/2013 - 11/16 -

E. 3

Interjeté dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 50 % depuis le 1er août 2013 et de 30 % depuis le 1er octobre 2013.

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

E. 6

Aux termes de 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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1^{ère} phrase LPGA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 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

A/4046/2013 - 12/16 - s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

E. 7

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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été

ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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

A/4046/2013 - 13/16 - 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

E. 8

Il convient en premier lieu d'examiner si les rapports sur lesquels se fonde l'intimée répondent aux exigences dégagées par la jurisprudence. L'avis du Dr K_____ a été établi en parfaite connaissance du dossier médical de la recourante, dont ce spécialiste a rapporté les plaintes. Il se fonde également sur un examen clinique aussi détaillé que le permettaient les réactions allodymiques de la recourante, ainsi que sur l'étude de l'imagerie médicale. Le Dr K_____ a posé un diagnostic précis et ses conclusions quant à la capacité de travail, confirmant celles du Dr I_____ aux termes desquelles la recourante pouvait reprendre le travail à 75 % puis à 100 %, sont claires. Elles correspondent d'ailleurs au pronostic émis par le Dr H_____ dans son rapport du 4 juin 2013 au vu du caractère rassurant de la deuxième IRM du genou réalisée. Il n'y a d'ailleurs aucun élément permettant de remettre en cause ces conclusions selon lesquelles la recourante était médicalement apte à reprendre son activité à plein temps dès le 1er août 2013. On notera en premier lieu que la recourante exerce une activité administrative, dont on peut supposer qu'elle est essentiellement sédentaire même si elle comprend certaines activités debout. La recourante a du reste indiqué que son employeur avait aménagé son poste de manière à diminuer les déplacements lors de son audition du 21 mai 2014. Par ailleurs, les activités pour lesquelles la recourante a signalé des difficultés lors de son entretien du 27 juin 2013 étaient la montée et la descente des escaliers ainsi que les déplacements sur des terrains en pente. L'immeuble dans lequel elle travaille étant doté d'un ascenseur selon ses déclarations, on peut admettre qu'elle ne se trouve pas confrontée à de telles situations dans sa vie professionnelle. On notera par ailleurs que les médecins traitants ayant attesté d'une incapacité de travail durant la période litigieuse n'ont défini aucune limitation fonctionnelle. Enfin, le Dr H_____ préconisait en mars 2013 déjà la mobilisation. Partant, on doit admettre que l'atteinte du genou de la recourante n'est pas incompatible avec une activité légère telle que celle d'assistante administrative. Dans ces conditions, les douleurs invoquées par la recourante – dont les médecins d'arrondissement ne contestent pas qu'elles persistent dans une certaine mesure – ne suffisent pas à justifier la prolongation de l'incapacité de travail. En effet, si le droit aux indemnités journalières peut rester ouvert jusqu'à la stabilisation de l'état de santé, non acquise en l'occurrence, cela n'empêche pas l'assureur de mettre un terme à leur versement avant la guérison complète lorsque le décours de l'atteinte n'empêche pas la

reprise d'une activité professionnelle adaptée. Contrairement à ce que semble affirmer le mandataire de l'intimée dans son écriture du 19 mars 2014, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du genou et l'accident n'était pas contestée par le Dr

A/4046/2013 - 14/16 - K_____, mais elle ne suffit pas à fonder un droit aux prestations en l'espèce au vu de la nature de l'atteinte et de l'activité exercée. Enfin, la recourante a augmenté de sa propre initiative son taux d'activité à 70 % dans un premier temps puis à 80 %, sans problème ou aggravation apparents, ce qui tend également à corroborer les conclusions du Dr K_____ et relativise la portée des arrêts de travail établis par ses médecins traitants. Quant aux rapports de ces derniers, ils ne suffisent pas à remettre en cause les appréciations des médecins d'arrondissement de l'intimée dès lors que du point de vue formel, ils ne comprennent pas tous les éléments permettant de reconnaître une pleine valeur probante à un rapport médical. S'agissant en particulier du Dr J_____, il a certes évoqué dans son rapport du 10 juillet 2013 « des arguments médicaux fondés » à l'appui de la prolongation de l'incapacité de travail de la recourante, sans toutefois exposer quels étaient ces arguments. Quant aux certificats que ce médecin a établis par la suite, ils ne sont aucunement motivés. Tel est également le cas des certificats d'incapacité de travail de la Dresse C_____. La neurologue consultée par la recourante ne s'est quant à elle pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante, qu'elle a cependant encouragée à poursuivre l'activité physique dans son rapport du 4 mai 2014. Le Dr S_____ ne s'est déterminé que sur la hernie crurale et non sur l'atteinte du genou et la capacité de travail de la recourante. Les arguments de la recourante ne conduisent pas non plus à une autre appréciation. En premier lieu, contrairement à ce qu'elle affirme, il ne ressort pas de l'échographie du Dr L_____ que l'évolution de son genou ne serait pas rassurante. La persistance de douleur, que l'intimée ne nie pas, n'est comme on l'a vu pas suffisante pour reconnaître une incapacité de travail. Partant, la survenance d'une algodystrophie, qui pourrait expliquer certains symptômes de la recourante, n'a pas non plus une portée décisive sur l'issue du présent litige. La recourante a conclu à la mise en œuvre de plusieurs mesures d'instruction, telles que l'audition de nombreux médecins, la mise en œuvre d'une expertise neurologique et orthopédique et d'une expertise pour mettre en évidence une algodystrophie. Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, dès lors que les arguments des médecins traitants ne suffisent pas à nier la valeur probante du rapport du Dr K_____, une expertise

A/4046/2013 - 15/16 - bidisciplinaire s'avère inutile. Quant à l'expertise destinée à prouver une algodystrophie, elle n'est pas non plus nécessaire puisque l'existence de cette atteinte n'est pas exclue par les médecins d'arrondissement mais n'empêche pas l'exercice d'une activité adaptée selon leur appréciation. Enfin, l'audition des médecins est requise par la recourante au motif que ces derniers ont objectivé ses atteintes. Or, ces atteintes ont également été prises en compte par les médecins-conseils de l'intimée, si bien qu'il est

superfétatoire de les entendre.

E. 9

Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4046/2013 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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