

GE_GERICHTE ATAS/210/2019 vom 11. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_210_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/210/2019 du 11 mars 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/210/2019 del 11 marzo 2019

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

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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident et les rechutes invoqués par le recourant sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du

A/1580/2018 - 17/25 - 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales concernées par ladite modification seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après : aLAA, respectivement aOLAA).

E. 4

avril 2018 reçue au plus tôt le lendemain. Respectant également la forme prévue par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 5

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). 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. Selon 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). Lorsque l’opposition ne concerne pas toute la décision, mais seulement une partie de celle-ci dans la mesure fixée par les griefs soulevés, la décision est partiellement en force (ATF 119 V 347 consid. 1b; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3). b. Non contestée par voie d’opposition en tant qu’elle concernait l’octroi d’une IPAI de 5 %, la décision du 20 décembre 2017 est entrée en force sur ce point. Quant à la décision litigieuse, le recourant ne conteste pas, au stade du recours, ne pas présenter une incapacité de gain qui lui permettrait de prétendre à une rente d’invalidité. Le litige concerne ainsi uniquement le point de savoir si l’intimée aurait dû prolonger l’octroi d’indemnités journalières du 1er octobre au 9 novembre 2017.

E. 6

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. Est

A/1580/2018 - 18/25 - réputée 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 (art. 4 LPGA). L’assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l’accident (art. 10 al. 1 LAA). S’il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA), il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l’indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l’accident; il s’éteint notamment dès qu’une rente d’invalidité est versée (art. 16 al. 2 LAA). Si l’assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d’un accident, il a droit à une rente d’invalidité (art. 18 al. 1 LAA)

E. 7

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; en cas d’incapacité de travail de longue durée, l’activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d’une autre profession ou d’un autre domaine d’activité (art. 6 LPGA). 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 ; 114 V 281 consid. 5b ; arrêt du 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). On précisera que cette jurisprudence relative au délai que l’assureur social doit accorder à la personne assurée, qui concerne notamment l’indemnité journalière de l’assurance-accidents, ne peut pas être transposée au domaine des rentes de l’assurance-accidents ou de l’assurance- invalidité, pour lesquelles le droit prend naissance selon d’autres conditions prévues par les lois spéciales (art. 19 LAA ; art. 28 et 29

LAI ; Margit MOSER-SZELESS, in Dupont/Moser-Szeless (éd.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire, n. 38 ad art. 6 LPGa et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_687/2014 du 22 septembre 2015 consid. 5.1.2).

E. 8

a. Selon l'art. 19 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 (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (al. 3). En se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur

A/1580/2018 - 19/25 - l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202) qui, sous le titre "Rente transitoire", prévoit ceci: Lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint: dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a) avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c). b. De jurisprudence constante, il découle de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, il convient de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières et le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI doivent être alors examinés (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4). Dans un arrêt du 11 août 2016, le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'un assuré avait beau soutenir que l'assureur-accidents n'était pas en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières sans lui fixer un délai approprié pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession, il n'en demeurait pas moins, selon la Haute Cour, que l'argumentation de l'intéressé tombait à faux dès lors que son droit à des indemnités journalières n'avait pas été réduit en application de l'art. 6, 2ème phrase LPGa mais avait pris fin sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA, plus précisément parce qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé. Dans ces circonstances, la fixation d'un délai approprié n'avait pas lieu d'être (arrêt du Tribunal fédéral 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.3). Le point de savoir si l'on est en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé se détermine en particulier en fonction de l'accroissement ou du rétablissement de la capacité de travail en tant que celle-ci est diminuée par l'accident assuré. L'emploi du qualificatif « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA signifie ainsi que l'amélioration qui est attendue d'un traitement médical (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être d'une certaine importance ; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du

Tribunal fédéral 8C_ 956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par ex. (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités),

A/1580/2018 - 20/25 - c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3). c. En tant que l'art. 19 al. 1, 1ère phrase LAA fait dépendre la fin des prestations provisoires (indemnités journalières, traitement médical) du fait que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (d'ordre professionnel) ont été menées à terme, il s'agit uniquement de mesures qui sont de nature à influencer le degré d'invalidité déterminant pour l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 90/01 du 21 octobre 2002 consid. 2.3). Tel n'est pas le cas pour une mesure d'aide au placement sous forme d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (art. 18 al. 1 let. a LAI) alors que, dans le même temps, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues est exigible à plein temps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 5.2.2). d. En cas d'accident relevant de la LAA, la réadaptation professionnelle incombe à l'assurance-invalidité. La rente fixée en application de l'art. 30 OLAA est dénommée "transitoire" et a pour but de permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente sans attendre ce résultat. Elle a donc pour vocation unique de maintenir une continuité dans le versement des prestations lors même qu'il n'est pas encore possible de fixer définitivement le droit à la rente. Elle prend fin à partir du moment où l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (ATF 139 V 514 consid. 2.3).

E. 9

a. 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). 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

A/1580/2018 - 21/25 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Lorsque dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 5.3).

E. 10

a. 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). 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). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, l'intimée soutient qu'il ne ressort pas du certificat du Dr M_____, du

E. 16

janvier 2018, que l'état de santé du recourant n'aurait pas été stabilisé avant le 10 novembre 2017 et que ce dernier n'aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qu'à partir de cette date. De plus, le recourant ne mettrait en avant aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions du Dr L_____ du 11 août 2017, confirmées le 24 novembre 2017. Pour sa part, le

A/1580/2018 - 22/25 - recourant fait valoir que le Dr L_____ avait déjà estimé, le 25 novembre 2016, que le cas était stabilisé, avant de se raviser le 22 mai 2018 en estimant qu'il y avait lieu de reprendre le versement des prestations dès le 26 avril 2017, date de

l'opération. Ayant précisément pratiqué cette opération, le Dr M_____ serait mieux à même d'apprécier la durée de l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Considérant, dans son « rapport d'examen final » du 25 novembre 2016, que le cas du recourant était stabilisé, le Dr L_____ a retenu la pleine exigibilité d'une activité réalisée en alternance en position assise ou debout, permettant de travailler ni accroupi ni à genoux, sans déplacements répétés dans les escaliers (ou sur une échelle) ni port de charges de plus de vingt kilos. Le 11 août 2017, soit trois mois et demi après l'intervention chirurgicale du 26 avril 2017, le Dr L_____ a examiné une nouvelle fois le recourant et considéré que la physiothérapie pouvait désormais débiter – ce qui était en réalité déjà le cas depuis peu selon les déclarations du recourant faites au Dr L_____ le jour de l'examen. Dans la mesure où le recourant lui avait annoncé qu'il devait consulter le Dr M_____ fin août 2017 pour envisager une reprise de son activité professionnelle à 50 %, le Dr L_____ avait également estimé possible qu'une incapacité d'un mois supplémentaire fût nécessaire pour lui permettre de réaliser son stage pratique « dans des immeubles, ce qui [nécessiterait] des déplacements répétés ». Aussi le Dr L_____ a-t-il estimé que l'on pouvait s'attendre à une reprise à 100 % au 1er octobre 2017. Enfin, le Dr L_____ a considéré le 24 novembre 2017, après avoir pris connaissance du rapport de consultation du 26 octobre 2017 du Dr M_____, que le cas était stabilisé et que l'on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité adaptée le 1er octobre 2017 selon l'exigibilité déjà définie. Reposant sur une connaissance approfondie du dossier, des examens cliniques, la prise en compte des déclarations du recourant et de l'évolution du cas après l'intervention du 26 avril 2017, les conclusions du Dr L_____ apparaissent suffisamment motivées et vierges de contradictions, qu'il s'agisse de l'exigibilité de d'une activité adaptée ou de la date de reprise d'une telle activité. Le Dr L_____ estimait certes, le 22 septembre 2017, qu'il convenait de « refaire le point » après la prochaine consultation du Dr M_____, soit celle du 26 octobre 2017. Force est toutefois de constater que dans son rapport du 26 octobre 2017, le Dr M_____ mentionnait avant tout qu'une reprise du travail en tant que peintre en bâtiment « n'était pas possible actuellement ». Or ce point ne prête pas à discussion au vu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr L_____. Par ailleurs, dans la mesure où le Dr M_____ a affirmé le 15 février 2019, sur question de la chambre de céans, qu'un travail de bureau était possible le 1er octobre 2017, ce médecin ne conteste pas en définitive l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée à cette date. Et le fait qu'il indique « bureau possible », sans motiver ni préciser sa réponse – bien qu'il ait été invité à le faire –, ne permet pas de remettre en cause la fiabilité et la pertinence des limitations fonctionnelles

A/1580/2018 - 23/25 - retenues par le Dr L_____. Le 15 février 2019, le Dr M_____ a encore mentionné que s'il avait considéré, par certificat du 17 janvier 2018, que le recourant était apte, à partir du 10 novembre 2017, à travailler à un poste adapté sans contraintes pour son genou gauche opéré et qu'un travail de bureau était plus convenable, la date du 10 novembre 2017 s'expliquait par une « évolution difficile », de nouveaux accidents du genou gauche les 30 juillet 2017, 1er mars 2018 et 4 décembre 2018 et une nouvelle opération le 5 décembre 2018. Il va sans dire que les événements situés en 2018 s'avèrent dénués de pertinence pour expliquer que la reprise d'une activité adaptée n'aurait été possible qu'à partir du 10 novembre 2017 seulement. Quant à l'événement que le 15 février 2019, le Dr M_____ qualifie d'accident du « 30.7.17 », on notera que ni le Dr M_____ ni le recourant n'en avaient jamais fait état jusqu'alors. En revanche, le recourant a indiqué au Dr L_____, le 11 août 2017, avoir consulté le Dr M_____ le 30 juillet 2017 « en raison de la persistance des douleurs » alors que les séances de physiothérapie venaient juste de

commencer à cette époque (cf. pce 253, p. 1 intimée). En toute hypothèse, quel que soit l'événement qui, aux dires du Dr M_____, se serait produit le 30 juillet 2017, force est de constater qu'il n'a pas empêché ce même médecin de retenir, le 15 février 2019, qu'une activité de bureau était possible le 1er octobre 2017. Dans ces circonstances, il ne ressort pas des explications fournies le 15 février 2019 par le Dr M_____ en quoi il y aurait eu lieu d'attendre de la continuation du traitement médical – consistant, le 1er octobre 2017, dans l'administration d'un traitement symptomatique (antidouleurs et anti-inflammatoires) aux dires de ce praticien – une sensible amélioration de l'état de santé (cf. consid. 8b) du recourant entre le 1er octobre 2017 et le 10 novembre 2017. Au vu de ces éléments, les avis trop succincts, insuffisamment motivés et en partie contradictoires du Dr M_____ ne laissent pas subsister de doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr L_____. En conséquence, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant était stabilisé le 1er octobre 2017 et qu'il avait recouvré, à cette date, une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par ce médecin. Dans un dernier moyen, le recourant soutient que l'intimée ne saurait le priver de ses indemnités journalières à partir du 1er octobre 2017 sans lui avoir préalablement fixé un délai adéquat pour trouver une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. A cet égard, les indemnités journalières n'ont pas été réduites en application de l'art. 6, 2ème phrase LPGa mais elles ont pris fin en vertu de l'art. 19 al. 1 LAA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.3). Dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant au-delà du 30 septembre 2017, l'intimée était fondée à mettre un terme au versement desdites indemnités à cette

A/1580/2018 - 24/25 - date sans inviter préalablement le recourant à changer de profession au terme d'un délai de transition. 12. Compte tenu de ce qui précède, le recours, en tous points mal fondé, sera rejeté. Le recourant, 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/1580/2018 - 25/25 -

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.