

GE_GERICHTE ATAS/37/2012 vom 24. Januar 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_37_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/37/2012 du 24 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/37/2012 del 24 gennaio 2012

Erwägungen

E. 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; RS 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 en tant que le litige porte sur les prestations de l'assurance-accidents obligatoire. b) En revanche, en vertu de l'art. 116 LOJ, le Tribunal administratif de première instance (ci-après le TAPI) est l'autorité inférieure de recours dans les domaines relevant du droit public, pour lesquels la loi le prévoit (al. 1). Il connaît en première instance des litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA (al. 2). La Cour de céans connaît quant à elle des recours contre les décisions rendues par le TAPI en matière d'assurances complémentaires à la LAA (art. 134 al. 2 LOJ). Au vu de ce qui précède, en tant que la recourante conclut dans son écriture du 30 septembre 2011 au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents complémentaire, sa conclusion doit être déclarée irrecevable, en raison de l'incompétence de la Cour de céans, et elle sera invitée à agir devant l'instance compétente.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

A/1547/2011 - 13/17 -

E. 3

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours relatif à la l'assurance-accidents obligatoire est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a.).

E. 4

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a réduit les indemnités journalières de la recourante à 50% dès le 25 novembre 2010 et les a totalement supprimées dès le 1er janvier 2011.

E. 5

Il convient tout d'abord d'examiner si l'intimée pouvait formellement réduire et supprimer les prestations avec effet rétroactif par décision du 1er février 2011. Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents dispose de la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un

motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'assureur-accidents ne peut mettre fin avec effet rétroactif à son obligation de prester que si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (art. 53 al. 1 et 2 LPGA) sont remplies et s'il a déjà reconnu son obligation de prester, par une décision formelle ou informelle (art. 49 et 51 LPGA). L'assureur-accidents ne conserve donc que la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités qu'il n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester (ATF 133 V 57 ; ATF non publié 8C_376/2007 du 20 juin 2008, consid. 5.2).

E. 6

En l'espèce, par décision du 1er février 2011 confirmée par décision sur opposition du 15 avril 2011, l'intimée a réduit le droit de la recourante aux indemnités journalières à 50% dès le 25 novembre 2010 et les a entièrement supprimées dès le 1er janvier 2011. Ce faisant, elle a procédé à une réduction et à une suppression de prestations de manière rétroactive. La Cour de céans constate que dans la mesure où l'intimée n'a pas versé des indemnités journalières supérieures à 50% entre le 25 novembre et le 31 décembre 2010 et qu'elle n'en a plus versées dès le 1er janvier 2011, elle n'a dès lors plus reconnu le droit de la recourante au versement de la totalité des indemnités journalières dès le 25 novembre 2010. Partant, il en découle qu'elle était en droit, conformément à la jurisprudence précitée, d'ajuster rétroactivement ses prestations par décision du 1er février 2011. Toutefois, on peut déplorer le fait que l'intimée n'a pas fait notifier tout de suite à la recourante une décision de diminution et de suppression de ses indemnités

A/1547/2011 - 14/17 - journalières, ce qu'elle était pourtant tenue de faire en vertu de l'art. 49 al. 1 LPGA, ce d'autant plus que la recourante a requis en date du 24 novembre 2010 qu'une décision écrite lui soit notifiée.

E. 7

Il y a lieu de déterminer si l'intimée aurait dû verser à la recourante, comme celle-ci le soutient, des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 janvier 2011. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée - soit dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme - ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2, 2ème phrase et 19 al. 2 LAA). c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical.

Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en

A/1547/2011 - 15/17 - pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). d) Selon la jurisprudence, en cas d'incapacité de travail de longue durée dans l'ancienne profession, il convient de tenir compte de la capacité de travail exigible dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité. Si la personne assurée doit entreprendre de changer de profession en vertu de son devoir de diminuer le dommage, l'assureur doit requérir de celle-ci qu'elle le fasse et doit lui octroyer un délai de transition approprié, pour s'adapter au changement de circonstances, et en particulier pour rechercher un emploi, délai dans lequel l'assureur doit continuer à lui verser les indemnités journalières. Le délai de transition est en principe de trois à cinq mois (Arrêt non publié 8C_926/2008 du 30 juillet 2009 consid. 7.1, 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 et les références). D'après la doctrine, ce délai paraît trop court dans le système de prestations de l'assurance-accidents, où l'indemnité journalière est souvent amenée à être remplacée par une rente. En effet, le droit à l'indemnité journalière s'éteint (notamment) au moment de la naissance du droit à une rente, naissance qui est elle-même subordonnée à la condition que l'état de santé de la personne assurée se soit stabilisé. Or, on ne saurait guère exiger de celle-ci qu'elle change de profession avant que son état de santé ne soit stable (Jean-Maurice FRESARD/ Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, p. 895, n. 153).

E. 8

En l'espèce, les médecins, soit d'une part le Dr K_____ et d'autre part les Drs H_____ et T_____, ont des appréciations divergentes en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante dans sa précédente activité lucrative ou dans une activité adaptée, étant précisé que tous les médecins et les kinésithérapeutes admettent l'existence de limitations fonctionnelles liées à son poignet droit. La Cour de céans constate, sans déterminer la valeur probante des rapports médicaux, que les Drs H_____ et T_____ estiment qu'en tout état de cause, c'est au plus tôt le 1er novembre 2010 que la recourante doit être considérée comme ayant une capacité de travail partielle ou totale dans une activité adaptée à son état de santé - hypothèse la plus optimiste d'un point de vue

médical. Se basant sur l'avis du Dr H_____, l'assurance a informé la recourante, par courrier électronique du 26 octobre 2010, qu'une capacité de travail de 50% devait être retenue dans une activité adaptée et le 24 novembre 2010, que ses indemnités journalières allaient être réduites à 50% dès le 3 novembre 2010, au vu de sa capacité de travail. Bien que le courrier électronique du 26 octobre 2010 ne le

A/1547/2011 - 16/17 - précisait pas expressément, la recourante était alors en mesure de comprendre qu'il lui appartenait de retrouver rapidement une activité lucrative. L'assureur ne lui a cependant pas accordé de délai raisonnable pour retrouver une activité adaptée à son état de santé et ne lui a pas précisé qu'après ce délai raisonnable, ses indemnités journalières allaient être diminuées ou supprimées. Or, même si l'intimée avait fixé à la recourante, en date du 26 octobre 2010, un court délai pour qu'elle puisse retrouver une activité lucrative adaptée à son état de santé et s'adapter aux circonstances, elle aurait dû lui verser, conformément à la jurisprudence précitée, des indemnités journalières, fondées sur une totale incapacité de travail, jusqu'au 31 janvier 2011 à tout le moins, soit durant un délai de trois mois. L'évocation d'une réorientation professionnelle à l'occasion du coaching initié fin juillet 2010 ne dispense pas au demeurant l'assurance de fixer ce délai.

Par surabondance, il sera relevé que dans la mesure où les Drs H_____ et T_____ ont déterminé que la recourante pouvait débiter une activité adaptée dès le 1er novembre 2010 et que sa capacité de travail allait s'améliorer et même être entière dans l'activité habituelle dès le 1er février 2011, force est de constater que son état de santé n'était pas encore stabilisé au mois de novembre 2010 et qu'elle aurait ainsi eu droit de toute manière aux indemnités journalières jusqu'à la fin du mois de janvier 2011. Partant, au vu de tout ce qui précède, même dans l'hypothèse la plus optimiste d'un point de vue médical, soit celle où une capacité de travail de 100% doit être retenue dans une activité adaptée dès le 1er novembre 2010, comme déterminé par le Dr T_____, la recourante a droit au versement des indemnités journalières, fondées sur une incapacité de travail de 100%, jusqu'au 31 janvier 2011.

E. 9

Enfin, pour ce qui est des intérêts moratoires, la recourante ne saurait en requérir pour des indemnités journalières dues entre le mois de novembre 2010 et le mois de janvier 2011, attendu qu'ils ne sont dus qu'à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit aux prestations (art. 26 al. 2 LPGA).

E. 10

Le recours doit dès lors être admis et une indemnité de 2'250 fr. sera allouée à la recourante au titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/1547/2011 - 17/17 - 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.