

GE_GERICHTE ATAS/948/2015 vom 3. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_948_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/948/2015 du 3 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/948/2015 del 3 dicembre 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).

E. 2

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Le recours, interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, est recevable.

E. 5

Le litige porte d'abord sur la question de savoir si, au moment de la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante devait être considéré comme stabilisé, justifiant ainsi la cessation de la prise en charge du traitement médical et du versement de l'indemnité journalière. Dans l'affirmative, il conviendra d'examiner si la recourante peut se voir accorder une rente d'invalidité. Il convient en revanche de souligner que le droit éventuel à une IPAI et son taux ne font pas l'objet du litige soumis à la Cour de céans puisqu'ils feront l'objet d'une décision formelle séparée telle qu'annoncée par l'intimée.

A/395/2015 - 8/10 -

E. 6

L'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

E. 7

Selon 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 (al. 1). En d'autres termes, l'assureur-accidents ne peut clore le cas 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 p. 115 et les références).

E. 8

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a). Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). Selon la jurisprudence, 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

A/395/2015 - 9/10 - 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 (ATFA non publié du 11 mai 2005, U 136/04 consid. 4.1). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 9

En l'occurrence, la recourante demande que l'intimée continue à lui verser une indemnité journalière. Tel ne peut cependant être le cas que si l'on admet que son état n'est pas encore stabilisé. Or, il ressort clairement du rapport du Dr B_____ que l'état de la recourante est bel et bien stabilisé. A cet égard, force est de constater que la péjoration alléguée par la recourante dans son écriture n'est corroborée par aucun document médical. C'est donc à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge des frais et au versement des indemnités journalières, étant rappelé qu'une rechute ou d'éventuelles séquelles tardives ont été expressément réservées.

E. 10

Quant à l'allégation selon laquelle la recourante serait incapable d'exercer à plein temps une activité adaptée, elle est manifestement démentie par tous les médecins qui se sont prononcés sur sa situation, tant par les médecins des assureurs que par les médecins traitants de l'intéressée. Qui plus est, on constate que la recourante, dans son nouveau poste, réalise un revenu supérieur à celui obtenu avant l'accident. En l'absence de perte de gain, les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ne sont donc pas remplies. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours, manifestement infondé, est rejeté.

A/395/2015 - 10/10 - 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.