

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2156/2016

ATAS/811/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 septembre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée, avec
élection de domicile, par Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise Place de Milan, LAUSANNE

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1987, exerçait une activité « d'équipière en lieux publics » (nettoyage de bureaux, femme de chambre, lingerie) à plein temps auprès de l'Hôtel B_____ à Genève depuis le 1^{er} mars 2010. Elle était à ce titre assurée à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, selon la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 – LAA, auprès de La Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après l'assureur).
2. Elle s'est fait renverser par un scooter le 27 janvier 2013 et a subi un traumatisme crânio-cérébral et une fracture du tiers distal de la clavicule gauche.
3. Le cas a été pris en charge par l'assureur, hors la période du 19 octobre 2013 au 6 février 2014 durant laquelle l'assurée était en congé maternité.
4. a. L'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 28 avril 2014.
b. Par décision du 18 décembre 2014, l'OAI a rejeté sa demande.

Il s'est fondé sur l'avis du médecin du service médical régional AI (SMR), selon lequel la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis janvier 2013, mais entière dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles dès juin 2014. Aussi a-t-il conclu que le degré d'invalidité était de 100% de janvier 2014 - soit à l'issue du délai d'attente d'un an - à juin 2014. Il rappelle que l'assurée a déposé sa demande de prestations en avril 2014, de sorte que le droit à la rente ne peut pas naître avant octobre 2014. Or, à cette date, le degré d'invalidité est nul, compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 43'680.-, et d'un revenu avec invalidité de CHF 48'725.-.

c. Par arrêt du 30 juin 2015, la chambre de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assurée dans la cause A/350/2015, annulé la décision du 18 décembre 2014 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire (ATAS/522/2015).

Elle a constaté que l'avis du médecin du SMR du 10 juin 2014, pris en considération par l'OAI pour rendre la décision litigieuse, était plus que succinct. Le médecin du SMR ne fait état que de ses conclusions sur la capacité de travail de l'assurée, sans autre commentaire, ni motivation. Il appert du dossier qu'il s'est en réalité lui-même fondé sur le rapport du Dr C_____ du 1^{er} mai 2014. Or, la chambre de céans n'a reconnu aucune valeur probante à ce rapport.

d. Le 18 mai 2016, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée. Il a à nouveau considéré que le degré d'invalidité ressortant de la comparaison des gains était nul au moment de la naissance du droit à la rente, soit en octobre 2014.

5. Par décision du 14 janvier 2015, confirmée sur opposition le 26 mai 2016, l'assureur a informé l'assurée qu'il cessait de lui verser des indemnités journalières LAA à compter du 1^{er} février 2015, au motif que sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée, activité adaptée dont le revenu possible en 2014 apparaissait même supérieur à celui qu'elle aurait perçu sans l'accident.
6. L'assurée, représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, a interjeté recours le 27 juin 2016 contre ladite décision sur opposition. Elle conclut à l'octroi d'indemnités journalières LAA au-delà du 1^{er} février 2015 en raison de son état de santé.

Elle a complété son recours le 2 août 2016 et persisté dans ses conclusions. Elle relève que l'assureur se fonde sur la décision rendue par l'OAI le 18 décembre 2014 et sur le nouveau projet de décision du 18 mai 2016. Elle rappelle que par arrêt du 30 juin 2015, la chambre de céans a précisément annulé la décision du 18 décembre 2014 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, et que l'OAI n'a procédé à aucune nouvelle expertise dans le cadre de ce complément d'instruction ordonné par la chambre de céans. Elle reproche dès lors à l'assureur de n'avoir entrepris lui non plus aucune nouvelle instruction concernant sa capacité de travail en raison de son accident dans son activité habituelle, ni cherché à estimer quelle était sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Quoiqu'il en soit, l'assureur aurait dû, dans l'hypothèse d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, lui accorder un temps d'adaptation allant de trois à cinq mois au moins.

7. Dans sa réponse du 5 septembre 2016, l'assureur a conclu au rejet du recours.
8. Dans sa réplique du 3 octobre 2016, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle avait contesté, le 16 juin 2016, le projet de décision de l'OAI du 18 mai 2016.
9. Dans sa duplique du 26 octobre 2016, l'assureur a ainsi proposé de suspendre la présente procédure jusqu'à droit connu en matière d'assurance-invalidité.
10. Le 10 novembre 2016, l'assurée a déclaré s'opposer à la suspension, rappelant qu'elle était restée incapable de travailler depuis l'accident, que le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, estimait qu'une expertise était nécessaire pour déterminer quelle était sa capacité de travail résiduelle, qu'il convenait en conséquence d'admettre qu'« elle présentait bien une incapacité de travail, soit une perte totale de son aptitude à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, ceci en raison d'une atteinte à sa santé physique résultant de son accident de la circulation ». Elle maintient pour le surplus les conclusions de son recours.
11. Par décision du 11 novembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 18 mai 2016.

L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a recouru le 15 décembre 2016 contre ladite décision. Elle souligne qu'elle n'a pu reprendre une activité lucrative

depuis janvier 2013 en raison de ses affections du membre supérieur gauche. Elle présentait toujours, en octobre 2014, soit au moment de la naissance de son droit à des prestations AI, une incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Le Dr E_____ avait confirmé le 18 janvier 2016 l'aggravation de son état de santé depuis juin 2015. Le Dr D_____ avait par ailleurs déclaré que la question de savoir quelles étaient les limitations et sa capacité de travail devait être déterminée par une expertise médicale. Or, l'OAI n'avait procédé à aucune nouvelle instruction, ce nonobstant l'arrêt de la chambre de céans du 30 juin 2015. Elle conclut dès lors à l'annulation de la décision de l'OAI du 11 novembre 2016 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

12. Par arrêt incident du 24 janvier 2017, la chambre de céans a suspendu l'instance en application de l'article 14 LPA jusqu'à droit connu en matière d'assurance invalidité.
13. Par arrêt du 12 décembre 2017 (ATAS/1134/2017), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition de l'OAI du 11 novembre 2016.

Elle a constaté que l'avis du médecin du SMR du 8 avril 2016, sur lequel s'est fondé l'OAI, avait valeur probante. Selon cet avis, l'évolution de la fracture était satisfaisante avec une bonne consolidation et les douleurs séquellaires ne justifiaient qu'un traitement de physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires et d'antalgiques, de sorte que si, effectivement, l'exercice de l'ancienne activité – admise comme étant beaucoup trop physique –, n'était plus possible depuis janvier 2013 en raison des douleurs à l'épaule gauche, une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles (activité essentiellement manuelle, utilisation du membre supérieur gauche seulement en appoint) l'était en plein depuis juin 2014.

Elle a examiné si les rapports des médecins traitants étaient de nature à mettre en doute les conclusions du SMR. Elle a conclu par la négative, dans la mesure où l'appréciation du SMR lui est apparue comme étant largement confirmée par ceux-ci.

Elle a ainsi considéré que les faits étaient suffisamment élucidés et ne justifiaient pas une nouvelle instruction complémentaire. Il est vrai que le Dr D_____ suggérait de soumettre l'assurée à une expertise, il n'expliquait cependant pas pourquoi.

14. La chambre de céans, faisant suite à cet arrêt du 12 décembre 2017, a informé les parties, le 6 juin 2018, qu'elle reprenait l'instance.
15. L'assurée a déclaré le 28 juin 2018 s'en rapporter à justice.
16. L'assureur s'est déterminé le 29 juin 2018, persistant dans ses conclusions.
17. Les écritures des deux parties leur ont été transmises et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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 1^{er} 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.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assureur d'interrompre le versement des indemnités journalières LAA à compter du 1^{er} février 2015, au motif que la capacité de travail de l'assurée était entière, quelle que soit l'activité envisagée, depuis juin 2014.
4. 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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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.

5. 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 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 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 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

6. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2; U.389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U.222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).
7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents

invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

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). 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).

8. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. En particulier, peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou encore qu'elle est fondée sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou, enfin, qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; RAMA 2001 n° U 410 p. 73 consid. 3).

À cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait

qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le TFA a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3; arrêts T. du 13 janvier 2004 [I 564/02] et R. D. du 24 mars 2004 [U 288/03]).

Cette jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale a dernièrement été précisée par le Tribunal fédéral, qui a estimé que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).

D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

9. En l'espèce, la chambre de céans a suspendu la présente cause par arrêt incident du 24 janvier 2017, jusqu'à droit connu en matière d'assurance-invalidité. Elle a en effet jugé qu'il serait utile de connaître l'évaluation de l'invalidité qui serait retenue par l'OAI suite à son arrêt du 30 juin 2015, pour trancher la question du droit aux indemnités journalières LAA au-delà du 1^{er} février 2015, ce d'autant plus que l'assureur s'est expressément fondé sur les conclusions de l'OAI pour rendre ses décisions des 14 janvier 2015 et 26 mai 2016.

Il y a à cet égard lieu de rappeler que l'assurée reproche à l'assureur de n'avoir entrepris aucune nouvelle instruction concernant sa capacité de travail en raison de son accident dans son activité habituelle, ni cherché à estimer quelle était sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Elle estime quoi qu'il en soit, que l'assureur aurait dû, dans l'hypothèse d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, lui accorder un temps d'adaptation allant de trois à cinq mois au moins.

Par arrêt du 12 décembre 2017 (ATAS/134/2017), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre la décision de l'OAI du 11 novembre 2016. Cet arrêt est entré en force, faute d'appel au Tribunal fédéral. La chambre de céans a considéré que non seulement l'appréciation du médecin du SMR du 8 avril 2016 avait valeur probante, mais que les médecins traitants partageaient celle-ci, à l'exception du Dr D_____. Celui-ci suggérait en effet la mise en œuvre d'une

expertise, sans toutefois expliquer pour quelles raisons. Son avis a dès lors été écarté.

Dès lors que tant l'assureur que l'OAI répondent en l'espèce, d'une même atteinte à la santé, il n'y a pas lieu de s'écarter du principe de l'unité de la notion d'invalidité, de sorte qu'il convient de tenir compte de l'appréciation à laquelle les organes de l'assurance-invalidité ont procédé, dont le bien-fondé a été confirmé par la chambre de céans.

Il convient, au vu de ce qui précède, de retenir que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée dès juin 2014. L'assureur était ainsi fondé à supprimer le droit de l'assurée aux indemnités journalières LAA.

10. Reste à déterminer la date à compter de laquelle la suppression doit intervenir. L'assurée sollicite à cet égard l'octroi d'un temps d'adaptation.

Dans le domaine de la LAA, l'incapacité de travail est toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude à accomplir le travail exigible à la place actuelle de travail, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGa). Le degré de l'incapacité de travail est en conséquence fixé eu égard à l'activité exercée jusqu'ici pour autant qu'on ne puisse pas raisonnablement exiger de la part de l'assuré qu'il mette en pratique sa capacité résiduelle de travail dans une autre activité. (ATFA non publié du 20 décembre 2004, U 242/04, consid. 3.1). En cas d'incapacité de travail de longue durée ou aussitôt qu'il apparaît clairement que la reprise de l'activité exercée jusqu'ici n'entre plus en considération, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage - qui est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités), qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. La jurisprudence considère comme approprié un temps d'adaptation compris entre trois et cinq mois, tel qu'il découle de la pratique (ATF 111 V 239 consid. 2a; RAMA 2000 n° KV 112 p. 123 consid. 3a).

Force est toutefois de constater qu'en l'espèce, l'assureur n'a cessé le versement des indemnités journalières LAA qu'à partir du 1^{er} février 2015 seulement, de sorte que sept mois se sont écoulés depuis le moment où l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Aucun temps d'adaptation supplémentaire ne saurait dès lors être accordé.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le