

# GE\_GERICHTE ATAS/1040/2024 vom 19. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1040\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1040_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1040/2024 du 19 décembre 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1040/2024 del 19 dicembre 2024

## Erwägungen

### E. 28

novembre 2024, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle maintenait ses conclusions. s. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées. t. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « En droit » du présent arrêt.

A/829/2022 - 11/19 - EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable. 2. Le litige porte sur le droit aux prestations pour accident, dès le 1er avril 2021. 3.

3.1 L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Les prestations que l'assureur-accidents doit, le cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une IPAI si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 2e phr. LAA). À teneur de l'art. 19 al. 1 1re phr. 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-

A/829/2022 - 12/19 - invalidité ont été menées à terme. 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- accidents 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 s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Des avancées mineures ne suffisent pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références) 3.2 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 3). 4. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2). 4.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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

A/829/2022 - 13/19 - 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. 3a, 122 V 157 consid. 1c). 4.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

4.3 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).

4.4 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

4.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 A/829/2022 - 14/19 - consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

5. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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). 6. En l'espèce, la SUVA s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr F\_\_\_\_\_, pour mettre un terme au versement des indemnités journalières et au remboursement des soins médicaux au 31 mars 2021. La chambre de céans a considéré que les appréciations du Dr F\_\_\_\_\_ étaient insuffisamment motivées et a mandaté un expert orthopédiste, soit le Dr J\_\_\_\_\_. L'assurée ne remet pas expressément en question la valeur probante de l'expertise judiciaire mais déclare que l'expert serait tombé « dans le même travers que l'autorité intimée » en refusant d'accorder le moindre crédit aux appréciations de ses médecins traitants, plus particulièrement son médecin généraliste, le Dr G\_\_\_\_\_. L'intimée, de son côté, considère que les appréciations de l'expert rejoignent celles de son médecin d'arrondissement et conclut que la recourante présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il sied d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise. 6.1 Le rapport de l'expert correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont les rapports médicaux sont exposés et résumés sur plusieurs pages. Il contient, en outre, une anamnèse personnelle, familiale, médicale et professionnelle complète et l'expert a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée, à la suite d'un examen clinique ayant duré deux heures et demie. Les diagnostics retenus sont

A/829/2022 - 15/19 - soigneusement motivés, et l'expertisée a pu décrire son travail, une journée-type et s'exprimer sur ses plaintes et les troubles de la santé qu'elle ressent. L'expert a, de surcroît, exposé de manière convaincante pour quelles raisons il se ralliait aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartait. Ses conclusions sont elles aussi claires et motivées. En p. 35 de son rapport d'expertise, le Dr J\_\_\_\_\_ a tenu à mettre en exergue certains éléments, notamment l'impossibilité de préciser le mécanisme traumatique en raison de la version inconstante de l'expertisée, des contradictions, tel que cela ressort de rapports médicaux antérieurs, et enfin des ambiguïtés dans les rapports médicaux des HUG des 20 décembre 2019 et 7 mai 2020. Lors de l'examen clinique, l'expert n'a relevé aucun trouble significatif au niveau des épaules, avec une mobilité active conservée et des amplitudes articulaires identiques en élévation et en abduction à droite et à gauche ainsi qu'en rotation externe, la seule différence entre l'articulation droite et gauche étant objectivée en rotation interne. L'articulation acromioclaviculaire bilatérale est considérée comme non douloureuse à la palpation et mobilisation et la coiffe des rotateurs est compétente en bilatérale. Les coudes et les poignets montrent une mobilité active normale avec les amplitudes articulaires et enfin les mains ont une force conservée, y compris dans la main gauche. Lors de l'examen, l'expert a demandé à l'assurée d'écrire de sa main gauche dominante une phrase en espagnol ; cette dernière s'est exécutée sans aucune gêne ni hésitation, ce qui est interprété comme une preuve d'une bonne évolution de son état. Les diagnostics de 2018 jusqu'à 2021 ont été résumés et, en ce qui concerne les troubles orthopédiques, le médecin a clairement mentionné qu'il n'existait plus, à l'heure actuelle, de trouble orthopédique objectivement fondé, relevant notamment que les plaintes de l'assurée concernant le membre supérieur gauche et la nuque ne correspondaient à aucune anomalie ou pathologie active (rapport, p. 37). En conclusion, l'expert a considéré que l'assurée pouvait reprendre son activité de femme de ménage, sans diminution du rendement et sans limitation fonctionnelle, tout en ajoutant qu'une activité adaptée de surveillante était également possible avec une capacité de travail complète. Il a ajouté que, sur le plan médical, une réadaptation professionnelle n'était plus nécessaire. La SUVA a constaté que l'expertise remplissait manifestement tous les réquisits relatifs à la valeur probante d'un tel document et confirmé la stabilisation sur le plan médical et l'exigibilité

définie par le Dr F\_\_\_\_\_. Au vu de ces éléments, la SUVA concluait à la réforme de la décision sur opposition du 10 février 2022 en ce sens que le droit à une rente et à une IPAI était nié. 6.2 S'agissant de la recourante, elle s'est fondée pratiquement exclusivement sur l'appréciation de son médecin généraliste, le Dr G\_\_\_\_\_, pour contester être en

A/829/2022 - 16/19 - mesure de retrouver une activité professionnelle lucrative. Ce dernier a rédigé une attestation datée du 14 octobre 2024, dans laquelle il déclare que « malgré les conclusions théoriques de la récente expertise, je constate à la lumière de l'échec de tentative de reprise de l'activité professionnelle de février 2022 qu'il existe un écart important entre cet avis d'expert et la réalité ». Il a ainsi contesté la possibilité d'une reprise dans l'activité habituelle qui impliquerait le levage de poids et la manipulation de machines de nettoyage, ce qui semblait se solder par une réactivation des douleurs au membre supérieur gauche, « dont l'étiologie reste peu claire ». S'agissant d'une activité adaptée, il a mentionné l'absence de formation professionnelle qualifiée, le maniement limité des capacités linguistiques en français, la présence de mouvements dépressifs déjà antérieurs à l'accident, renforcée par un sentiment d'injustice et de victimisation, une situation sociale et familiale compliquée, le refus d'entrée en matière des assurances sociales consécutivement à un accident vécu comme une injustice qui, selon lui, était un obstacle concomitant à la reprise d'une activité lucrative régulière. S'agissant des remarques du médecin traitant concernant une activité adaptée, elles sont principalement d'ordre socioprofessionnel et ne se fondent pas sur des éléments médicaux objectifs, ce d'autant moins que le médecin traitant relève, lui-même, l'étiologie « peu claire » concernant les douleurs au membre supérieur gauche dont se plaint la recourante. Il faut rappeler que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En l'état, il n'existe aucune contradiction pouvant faire douter la chambre de céans des conclusions de l'expert. Étant encore précisé que 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). À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ présente une pleine valeur probante et que ses conclusions peuvent être suivies. 6.3 En ce qui concerne l'annulation de l'IPAI proposée par la SUVA, il sied de rappeler que dans le cadre de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'autorité intimée peut revoir librement sa décision, sans être liée par les conditions restrictives de la reconsidération d'une décision entrée en force (cf. art. 53 al. 2 LPGA). Toutefois,

A/829/2022 - 17/19 - la décision prise pendente lite ne met fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 127 V 228 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral I 115/06 du 15 juin 2007 consid. 2.1). En ce sens, la

nouvelle détermination de la SUVA, prise dans ses observations après expertise, ne met pas fin au litige, dès lors qu'elle ne donne pas droit aux conclusions du recourant, et n'a valeur que de proposition au juge. Dans un arrêt du 23 janvier 2023 (1C\_97/2022) le Tribunal fédéral a rappelé que l'art. 67 al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) prévoit qu'en cas de dépôt d'un recours, l'autorité de première instance peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision. Cette disposition n'interdit pas une reconsidération en défaveur de l'administré recourant (consid. 2.2.1) – étant précisé qu'une telle reformatio in pejus peut être autorisée ou interdite par le droit fédéral ou cantonal, vu qu'il ne s'agit pas d'un principe garanti par le protocole n. 7 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), le pacte ONU II ou l'art. 32 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) (consid. 2.1.1). Or, à teneur de l'art. 69 al. 2 LPA a contrario, les autorités judiciaires ne peuvent pas rendre une décision constitutive d'une reformatio in pejus (Stéphane GRODECKI et Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, LPA/GE et lois spéciales, 2017, n° 885, p. 235). Ce principe a été plusieurs fois confirmé par la chambre administrative de la Cour de justice, notamment dans un arrêt du 2 juin 2015 (ATA/567/2015 consid. 6 et les arrêts cités). Partant, la chambre de céans ne donnera pas suite aux nouvelles conclusions de la SUVA tendant à ce que l'IPAI soit niée, dès lors qu'elle est tenue par le principe de l'interdiction de la reformatio in pejus. 6.4 S'agissant de la demande d'audition du médecin traitant, le Dr G\_\_\_\_\_, elle est d'autant moins nécessaire que ce dernier a pu largement s'exprimer, notamment dans le cadre de son attestation du 14 octobre 2024 faisant suite au rapport d'expertise, étant rappelé, de surcroît, qu'il a les mêmes interrogations que l'expert quant à l'étiologie des douleurs à l'épaule gauche et que ses appréciations divergent essentiellement sur des éléments socioprofessionnels, soit l'existence d'une activité adaptée et non pas sur des éléments médicaux. Par appréciation anticipée des preuves, la demande d'audition du Dr G\_\_\_\_\_ est considérée comme superflue et sera donc écartée (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

A/829/2022 - 18/19 - 6.5 Reste à examiner la question des coûts de l'expertise qui peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3). Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (137 V 210 consid. 4.4.2). Au vu du résultat de l'expertise, qui confirme les appréciations du médecin d'arrondissement de la SUVA, on ne peut retenir que l'autorité administrative a diligencé une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées. Par conséquent, les frais d'expertise seront laissés à la charge de l'État. 7.

7.1 Mal fondé, le recours est rejeté. 7.2 Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/829/2022 - 19/19 - 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.