

# **GE\_GERICHTE ATAS/284/2017 vom 12. April 2017**

GE Cour de justice, 2017-04-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_284\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_284_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/284/2017 du 12 avril 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/284/2017 del 12 aprile 2017

## **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). 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).

A/2024/2016 - 8/21 -

### **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 est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_249/2016 du 1er mars 2017 consid. 1.2).

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

### **E. 5**

La recourante, qui a récupéré une pleine capacité de travail environ cinq mois après l'accident, ne fait pas valoir d'incapacité de travail ni de gain et ne conclut pas au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le litige porte donc uniquement sur le droit de la recourante à la prise en charge des frais de traitement au-delà du 30 septembre 2015, singulièrement, sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre l'accident du 12 décembre 2012 et les troubles persistant après cette date.

## **E. 6**

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des

A/2024/2016 - 9/21 - prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement post hoc, ergo propter hoc; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; SVR 2009 UV n° 3 p. 9, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2).

## **E. 7**

a) L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doit être dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_384/2013 du 1er avril 2014 consid. 3). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une

persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.3). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007, op. cit., consid. 4.4). b) 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

A/2024/2016 - 10/21 - 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. A 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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, 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 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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).

## **E. 8**

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, respectivement par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire.

Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (art. 43 et 61 let. c LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2011 du 22 novembre 2012 consid. 5.3). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de

A/2024/2016 - 11/21 - prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b) 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. 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 et U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1). c) Le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b) comporte le droit pour les parties de produire des preuves concernant les faits de nature à influencer sur la décision contestée et d'obtenir d'une autorité qu'elle donne suite aux offres de preuves pertinentes (cf. ATF 132 V 368 consid. 3.1). Une partie n'a en revanche pas droit à l'administration d'une preuve dépourvue de pertinence dès lors qu'une telle preuve porte sur des circonstances sans rapport avec le litige ou qu'une appréciation anticipée des preuves recueillies démontre qu'elle ne serait pas de nature à emporter la conviction de la juridiction saisie (cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3). Le juge peut en effet renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 6.2).

## **E. 9**

En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a subi lors de l'accident du

## **E. 12**

a) En l'espèce, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier si les troubles non objectivables doivent être considérés comme faisant partie du tableau clinique typique d'un traumatisme du type « coup du lapin », dont les aspects somatique et psychique sont

difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique. Or, de la réponse à ces questions dépend le point de savoir quels critères déterminants le juge doit appliquer pour se prononcer sur la causalité adéquate. Toutefois, cette question peut rester ouverte, car même l'application de la variante jurisprudentielle la plus favorable à la recourante, soit l'examen à l'aune des critères tirés de la jurisprudence applicable aux traumatismes de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 134 V 109), conduit de toute façon à la négation du rapport de causalité adéquate avec l'accident du 12 décembre 2012. b) Pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories prévues par la jurisprudence, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 3.3.1 et 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1). c) S'agissant de la gravité de l'accident, le véhicule de la recourante a été heurté par l'arrière par le véhicule qui le suivait, alors qu'elle était à l'arrêt. Il n'existe aucun rapport de police et on ne sait pas à quelle vitesse circulait le véhicule fautif. En outre, les lésions subies par la recourante ne sont pas de nature à donner une indication sur les forces générées par l'accident. Bien qu'il ne ressorte d'aucune pièce au dossier à quelle vitesse circulait le véhicule ayant embouti celui de la recourante, il n'apparaît toutefois pas que le choc ait été particulièrement violent, la voiture de la recourante n'ayant été déplacée que de quelques mètres lors du choc,

A/2024/2016 - 18/21 - ses airbags ne se sont pas déclenchés et seul son pare-chocs arrière a été endommagé. De manière générale, la jurisprudence considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt constitue un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 8C\_220/2016, op. cit., consid. 5.2, 8C\_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2, 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2, in SVR 2013 UV n° 3 p. 8, 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.1.2 et les arrêts cités, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236). Par conséquent, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 et ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). En l'occurrence, aucun de ces critères n'est réalisé. En effet, la survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.1.2 et 8C\_463/2014 du 14 juin 2015 consid. 5.2.3). Or, il ne ressort pas des circonstances de l'accident qu'il a eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Par ailleurs, la recourante n'a manifestement pas subi de lésions graves ou de nature particulière à la suite de cet événement. Il n'apparaît pas non plus qu'elle ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. S'agissant de l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et

les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 et 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et 8C\_361/2007 consid. 5.3; RAMA 2005 n° U 549 p. 239). En l'occurrence, force est de constater que le traitement médical a consisté pour l'essentiel en séances de physiothérapie et de renforcement musculaire, prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires (rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 15 janvier 2013, 20 septembre 2014 et 1er juillet 2015, ainsi que rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du

A/2024/2016 - 19/21 - 3 août 2015). Le Dr C\_\_\_\_\_ a également prescrit des anti-dépresseurs en janvier 2013, soit pendant une courte période (rapport du 14 juillet 2015). Aussi, il n'a pas constitué en un traitement particulièrement pénible et invasif. Cela ne suffit pas, à l'aune de la jurisprudence susmentionnée, pour conclure à une durée anormalement longue des soins médicaux. S'agissant de l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.3). En l'occurrence, selon les déclarations de la recourante et les divers rapports du Dr C\_\_\_\_\_ (19 novembre 2013, 18 mars 2014, 20 septembre 2014, 16 mars 2015 et 14 juillet 2015), il y a eu une période d'amélioration significative des douleurs dans les mois qui ont suivi l'accident, puisque la recourante se sentait bien de fin mai 2013 jusqu'au début novembre 2013, moment à partir duquel son état de santé a subi une importante péjoration. Puis, en mars 2014, seules subsistaient des douleurs à l'effort et, en juillet 2014, il existait un fond de douleurs chroniques supportables, alors qu'en mars 2015, seuls étaient signalés quelques épisodes aigus. Quoiqu'il en soit, les douleurs n'ont pas empêché la recourante de reprendre une activité professionnelle. Aussi, la recourante n'a pas présenté en permanence des douleurs physiques importantes depuis l'accident du 12 décembre 2012 sans interruption notable, de sorte que ce critère n'est pas réalisé. Le critère de la durée de l'incapacité de travail n'est pas davantage rempli puisque celle-ci a pris fin le 16 mai 2013 et n'a donc duré que cinq mois. En l'absence d'un cumul de critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, force est de constater que l'accident du 12 décembre 2012 ne peut être tenu pour la cause adéquate des troubles actuels de la recourante. Au vu des constatations faites ci-dessus et par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans peut statuer sur la relation de causalité naturelle entre l'accident et les troubles actuels de la recourante, sans que la mise sur pied d'une expertise médicale ne soit nécessaire (ATF 136 I 229 consid. 5.3 et ATF 134 I 140 consid. 5.3). En effet, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire telle celle demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucun élément médical nouveau, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire basée sur des observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Par ailleurs, la comparution personnelle des parties requise ne permettrait pas davantage de trancher la question du lien de causalité naturelle qui doit reposer sur des renseignements d'ordre médical. En effet, il n'y a aucune

raison de penser que d'autres mesures probatoires permettraient d'aboutir à un résultat différent (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_253/2012 du 29 novembre 2012 consid 9.2 et 8C\_604/2012 du 17 octobre 2012 consid. 3.2.3). Partant, la question du lien de causalité naturelle

A/2024/2016 - 20/21 - entre les troubles actuels de la recourante et l'accident peut rester indéterminée (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4).

### **E. 13**

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art.

### **E. 17**

al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Selon les principes susmentionnés, l'intimée était en droit de mettre un terme à ses prestations avec effet au 30 septembre 2015 par décision du 16 décembre 2015. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2024/2016 - 21/21 - 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.