

# **GE\_GERICHTE ATAS/41/2026 vom 22. Januar 2026**

GE Cour de justice, 2026-01-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_41\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_41_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/41/2026 du 22 janvier 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/41/2026 del 22 gennaio 2026

## **Erwägungen**

### **E. 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), 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). 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. Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). En l'occurrence, le recourant est domicilié en France, mais il a travaillé en dernier lieu pour un employeur situé dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

### **E. 1.2**

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 10 septembre 2024, singulièrement sur l'existence

A/540/2025 - 5/11 - d'un lien de causalité entre son atteinte au niveau de l'épaule droite et l'accident au-delà de cette date.

### **E. 3.1**

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). Selon l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière

prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). Dans un arrêt 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur- accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

### **E. 3.2**

En l'occurrence, il n'est pas contesté par l'intimée que la chute dans les escaliers survenue le 10 mars 2024 est constitutive d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Par ailleurs, le rapport d'IRM de l'épaule droite du 16 avril 2024 a objectivé une rupture transfixiante complète de la coiffe des rotateurs, lésion qui figure dans la liste de l'art. 6 al. 2 let. f LAA. Dans ce cas, conformément à la jurisprudence, la cause doit être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51, la question du lien de causalité entre cette lésion et l'accident du 10 mars 2024.

### **E. 4**

A/540/2025 - 6/11 -

#### **E. 4.1**

En relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

##### **E. 4.1.1**

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 prestations fondées

sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 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). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). 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

A/540/2025 - 7/11 - maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

#### **E. 4.1.2**

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 129 V 177 consid. 3.2 et la référence). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

#### **E. 4.2**

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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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

A/540/2025 - 8/11 - qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

### **E. 4.3**

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel A/540/2025 - 9/11 - l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

### **E. 5.1**

En l'espèce, l'intimée, s'appuyant sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soutient qu'à compter du 10 septembre 2024, les troubles persistants n'ont plus été en relation de causalité avec l'accident du 10 mars 2024. L'appréciation du médecin-conseil, qui repose sur les pièces médicales, elles-mêmes fondées sur l'examen du recourant, est circonstanciée, sans être remise en question par aucun rapport médical au dossier, de sorte qu'elle emporte la conviction. En effet, le médecin-conseil a posé les diagnostics de contusion de l'épaule droite le 10 mars 2024 et de déchirure ancienne de la coiffe des rotateurs aux dépens des sus et sous-épineux de l'épaule droite. Il a expliqué que le bilan radiologique standard effectué le 10 mars 2024 ne montrait pas d'atteinte ostéoarticulaire aiguë. Il y avait une proéminence antérieure et inférieure de l'acromion et une cupulisation de sa surface inférieure susceptible d'entraîner un conflit sous-acromial. Au niveau du trochiter, une ossification de l'enthèse du supra-épineux était constatée, traduisant une atteinte ancienne, chronique. L'IRM de l'épaule droite du 16 avril 2024 mettait en évidence des signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs avec une lésion transfixiante du tendon supra et sous-épineux avec une rétraction à l'aplomb de la tête humérale de grade II, s'accompagnant pour le supra-épineux d'une amyotrophie importante avec un taux d'occupation de la fosse supra-épineuse de l'ordre de 20% et une dégénérescence graisseuse grade II du corps musculaire. Le corps musculaire de l'infra-épineux présentait une amyotrophie débutante avec une dégénérescence graisseuse de stade II. Le médecin-conseil en a tiré la conclusion qu'il existait une atteinte ancienne de la coiffe des rotateurs, principalement aux dépens du sus-épineux (amyotrophie du sus-épineux et rétraction du tendon à l'aplomb de la tête humérale), qui n'était pas imputable à l'événement du 10 mars 2024. Le médecin-conseil a noté que, dans un rapport du 10 septembre 2024, le Dr E\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste du membre supérieur, faisait état d'une atteinte ancienne rétractée de la coiffe des rotateurs pour laquelle aucune réparation ne pouvait être envisagée. Le recourant présentait également une épaule raide et douloureuse dans le cadre d'une capsulite rétractile, avec une évolution globalement favorable au fil du temps et une récupération progressive des amplitudes articulaires avec une diminution des douleurs essentiellement nocturnes. Le médecin-conseil en a conclu que son confrère confirmait l'ancienneté de l'atteinte de la coiffe des rotateurs, avec, en plus, une capsulite rétractile d'évolution favorable.

A/540/2025 - 10/11 - Sur cette base, le médecin-conseil a retenu que l'accident avait entraîné une aggravation temporaire d'un état antérieur. Il a fixé le statu quo sine au

### **E. 5.2**

C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a nié le droit aux prestations d'assurance au-delà du 10 septembre 2024. Aussi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), est-il superflu de mettre en œuvre une expertise. 6. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61

let. g LPGA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

\*\*\*

A/540/2025 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

#### **E. 10**

septembre 2024, date à compter de laquelle il a considéré que l'événement traumatique avait cessé ses effets délétères. Les arguments du recourant ne sont pas de nature à mettre en doute la pertinence des constatations du médecin-conseil. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Quand bien même le médecin-conseil a mentionné qu'il existait une atteinte ancienne de la coiffe des rotateurs, principalement aux dépens du sus-épineux, non imputable à l'accident, il a également souligné, contrairement à ce que semble croire le recourant, que la déchirure de la coiffe des rotateurs était aussi ancienne aux dépens du sous-épineux de l'épaule droite (c'est-à-dire antérieure à l'accident), en procédant à une interprétation de l'IRM de l'épaule droite du 16 avril 2024. Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ a expressément relevé dans son rapport du 10 septembre 2024 la présence d'une atteinte « ancienne » de la coiffe des rotateurs, en se référant à l'IRM au dossier (dossier intimée pièce 86 p. 2).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.