

# **GE\_GERICHTE ATAS/445/2025 vom 10. Juni 2025**

GE Cour de justice, 2025-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_445\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_445_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/445/2025 du 10 juin 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/445/2025 del 10 giugno 2025

## **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), 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**

S'agissant de la recevabilité du recours, il faut rappeler ce qui suit.

#### **E. 2.1**

La recevabilité suppose que les conditions de l'art. 59 LPGA soient remplies. Selon cette disposition, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La notion d'intérêt digne de protection de l'art. 59 LPGA est la même que celle prévue dans la procédure fédérale de recours (ATF 130 V 388 consid. 2.2). L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret (ATF 130 V 196 consid. 3).

#### **E. 2.2**

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Dès lors que la suspension des prestations provisoires et la clôture du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, il faut partir du principe qu'elles forment un seul objet du litige. Si le droit à la rente est litigieux, la question de savoir si la clôture du cas n'est pas conforme au droit ne peut entrer en force séparément, dès lors que la naissance d'un droit à la rente de l'assurance-accidents dépend notamment du moment auquel l'état est stabilisé. Il n'est ainsi pas question de traiter la fin du droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical et le droit à la rente comme deux objets séparés (ATF 144 V 354 consid. 4.2). Ainsi, une assurance-accidents ne peut pas statuer définitivement sur la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical avant de statuer sur le droit à la rente, en raison du rapport étroit existant entre ces prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_388/2023 du 10 avril 2024 consid. 5.3).

### **E. 2.3**

Compte tenu de cet élément, on doit admettre en l'espèce, malgré la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 août 2020 à raison d'un sinistre différent, que le recourant a un intérêt à l'admission du recours contre la

A/2041/2023 - 11/15 - décision du 19 mai 2023, d'une part, en raison du fait qu'elle exclut la prise en charge des traitements – notamment la physiothérapie – dès le 1er septembre 2020, et, d'autre part, car cette décision retient une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle nonobstant les atteintes de l'épaule gauche. Elle exclut ainsi implicitement un droit à la rente pour le sinistre du 18 mars 2018, ce qui fonde également un intérêt à recourir à son encontre. Pour le surplus, le recours a été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), si bien qu'il est recevable.

### **E. 3**

Le litige, tel que circonscrit par la décision litigieuse, porte sur le point de savoir si les suites de l'accident du 18 mars 2018 étaient stabilisées au 31 août 2020. Il porte également sur le droit à la rente résultant de cette atteinte, comme on l'a vu. Les décisions séparées sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour l'atteinte à l'épaule gauche du 29 septembre 2023 et sur le droit à la rente du 11 mars 2024, ne font pas l'objet de la présente procédure. Partant, la chambre de céans n'est pas fondée dans le présent cadre à examiner leur légalité, ni à analyser l'incidence d'une éventuelle admission du présent recours sur ces décisions. Cela étant, au vu des circonstances et dans la mesure où l'intimée soutient avoir également réglé dans sa décision du 11 mars 2024 le droit à la rente résultant de l'accident de mars 2018, auquel cet acte se réfère, on soulignera qu'elle n'était pas fondée à rendre une nouvelle décision sur ce point, puisqu'il faisait l'objet d'une procédure pendante devant la chambre de céans contre la décision du 19 mai 2023, en sus du fait que des décisions séparées sur ce point ne respectent pas les impératifs de simultanéité de clôture du droit aux indemnités journalières et d'examen du droit à la rente ressortant de la jurisprudence.

### **E. 4**

S'agissant des critiques du recourant quant à la reddition de décisions séparées par l'intimée sur les conséquences des différents litiges, la chambre de céans soulignera que l'assurance-accidents statuant sur opposition est tenue de prendre en considération tous les faits pertinents survenus jusqu'au moment de la décision sur opposition (RAMA 2001/1 et 2 n° U 419 p. 102 consid. 2c). Cela étant, le rapport juridique sur lequel elle se prononce peut être limité aux prestations dues en raison d'un accident en particulier, quand bien même plusieurs autres événements accidentels se seraient produits avant la décision sur opposition. Dans certaines circonstances, la jurisprudence admet que les conséquences de plusieurs accidents successifs soient constatées dans des décisions séparées (arrêt du Tribunal fédéral U 391/01 du 17 décembre 2002 consid. 4.2, pour des exemples cf. arrêts du Tribunal fédéral U 6/01 du 22 juillet 2002 consid. 1 et U 104/02 du 13 février 2003 consid. 1). Cette manière de procéder peut certes nuire à l'établissement des faits dans certains cas, mais elle peut aussi contribuer au traitement de l'opposition dans un délai approprié. En cas d'accidents successifs, l'assurance-accidents devra donc procéder à une pesée des intérêts avant de décider si elle entend se prononcer sur les conséquences de tous les accidents en une seule décision sur opposition ou si elle entend rendre plusieurs décisions

A/2041/2023 - 12/15 - (arrêt du Tribunal fédéral U 16/07 du 9 mai 2007 consid. 3.2). La chambre de céans soulignera en outre qu'en cas d'accidents successifs entraînant une

invalidité partielle, il faut procéder à une évaluation globale de la situation de l'assuré et verser une seule rente (cf. ATF 139 V 28 consid. 3.3.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1) Il n'y a ainsi pas d'obligation pour l'intimée de trancher par une décision unique le droit aux prestations dues en raison de plusieurs sinistres entraînant des atteintes distinctes, de sorte que la chambre de céans n'a pas à examiner l'opportunité d'un tel procédé dans le cas d'espèce.

#### **E. 5**

Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

#### **E. 6**

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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). 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 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations

A/2041/2023 - 13/15 - médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

#### **E. 7**

En l'espèce, la décision de l'intimée s'est fondée sur l'exigibilité et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G \_\_\_\_\_ et confirmées par le Dr L \_\_\_\_\_. Il est vrai qu'aucun autre médecin ne s'est prononcé expressément sur la capacité de travail et de gain du recourant en raison des seuls troubles de l'épaule gauche postérieurement à l'examen du Dr G \_\_\_\_\_, de sorte qu'aucun rapport médical ne contredit de manière probante son avis.

En particulier, le Dr F\_\_\_\_\_ semblait avant cette date considérer qu'une reprise aurait été possible dans l'activité habituelle, comme cela paraît ressortir a contrario de son rapport du 6 février 2020. Toutefois, on relèvera que le Dr G\_\_\_\_\_ ne s'est aucunement prononcé sur l'épicondylite rapportée par le Dr F\_\_\_\_\_ dans le même rapport de février 2020, lequel n'a apparemment pas été porté à sa connaissance puisqu'il ne figure pas dans le résumé du dossier figurant dans son appréciation du 12 août 2020. L'état de santé du recourant s'est en outre modifié depuis l'examen par le Dr G\_\_\_\_\_, puisque des signes de compression du nerf ulnaire et de canal carpien ont été évoqués par le Dr F\_\_\_\_\_ près d'un mois plus tard. Si le Dr L\_\_\_\_\_ a quant à lui qualifié la relation de causalité entre l'accident du 18 mars 2018 et l'épicondylite de possible, il a bien précisé que cette appréciation était émise « en l'état du dossier », ledit dossier ne contenant aucun document d'imagerie. Une telle formulation suggère ainsi que le dossier ne lui permettait pas de trancher de manière concluante cette question. Partant, on ne saurait considérer que son avis est probant sur ce point. En ce qui concerne le diagnostic d'atteinte du nerf médian au poignet gauche – touchant du reste également le nerf ulnaire selon la Dre I\_\_\_\_\_ –, le Dr L\_\_\_\_\_ a assorti son appréciation quant au caractère uniquement possible du lien de causalité entre l'accident de mars 2018 et cette atteinte d'une réserve, en ce sens qu'un avis neurologique étant nécessaire pour le confirmer, et il a souligné que le dossier était lacunaire. Partant, on ne saurait pas non plus considérer que son appréciation sur ce sujet est probante, précisément à défaut de renseignements complémentaires et d'avis neurologique lui permettant d'exclure ou de confirmer en toute connaissance de cause un tel lien de causalité naturelle. Dès lors que cette question est d'ordre médical, l'intimée ne pouvait ignorer l'avis de son propre médecin d'arrondissement et s'épargner des mesures d'instruction sur ce point, au motif que le recourant n'aurait pas signalé de traumatisme au poignet. Le Dr L\_\_\_\_\_ a en effet également souligné l'absence de traumatisme avéré, sans que cela n'affecte la nécessité d'investigations neurologiques selon son appréciation. De plus, il semblerait à la lecture de l'avis du SMR qu'un ENMG a bien été réalisé dans l'intervalle, et a révélé des lésions nerveuses au membre supérieur gauche.

A/2041/2023 - 14/15 - Compte tenu de ces éléments, ni l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ ni celle du Dr L\_\_\_\_\_ ne suffisent à étayer la position de l'intimée, selon laquelle l'état de l'épaule gauche était stabilisé dès le 1er septembre 2020. Les autres éléments au dossier n'y suffisent pas non plus.

## **E. 8**

En l'absence de renseignements fiables sur ce point, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le droit aux prestations en lien avec l'accident du 18 mars 2018 au-delà du 31 août 2020. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand elle n'a pas du tout instruit une question, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, l'intimée s'étant fondée sur un dossier incomplet. Il lui appartiendra ainsi de réunir les documents d'imagerie, les rapports médicaux et les examens complémentaires réalisés en lien avec l'épicondylite et les atteintes nerveuses du bras gauche, avant de faire procéder à une nouvelle appréciation neurologique et orthopédique afin de trancher l'existence d'un lien de causalité entre ces atteintes et l'accident du 18 mars 2018, et de déterminer leur éventuelle incidence sur la capacité de travail et de gain et sur la

stabilisation de l'état de santé. L'intimée pourra également mettre en œuvre une expertise orthopédique comprenant un avis neurologique, si elle l'estime préférable. Il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations du recourant en lien avec le sinistre de mars 2018.

#### **E. 9**

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/2041/2023 - 15/15 - 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.