

GE_GERICHTE ATAS/463/2025 vom 17. Juni 2025

GE Cour de justice, 2025-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_463_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/463/2025 du 17 juin 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/463/2025 del 17 giugno 2025

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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur la question de la causalité entre les atteintes à l'épaule gauche dont souffre le recourant et son accident du 26 septembre 2017 et du droit à des prestations de l'intimée pour ces atteintes, du droit à une rente d'invalidité et du montant de l'IPAI.

E. 3.1

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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références). 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

A/2605/2023 - 11/17 - Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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). Il n'est pas nécessaire 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 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). 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. Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

E. 3.2

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.

E. 3.3

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

A/2605/2023 - 12/17 - 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 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), 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

E. 3.4

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en

commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

E. 3.5

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 3.6

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

E. 3.7

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). Pour apprécier le droit aux

A/2605/2023 - 13/17 - prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

E. 3.8

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). 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 3.9

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/2605/2023 - 14/17 -

E. 3.10

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 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. 4

En l'espèce, s'agissant du lien de causalité entre l'accident et les atteintes à l'épaule gauche, il s'avère que le recourant souffre de l'épaule gauche depuis 2019 et que le diagnostic d'une arthropathie acromio-claviculaire gauche et bursopathie sous acromio-deltoidienne gauche a été posé en 2020. Le recourant met en lien cette atteinte avec son accident de 2017 puisqu'il a subi un choc, qu'il qualifie de violent, au coude gauche lors de l'accident, atteinte au coude qui se serait répercutée sur l'épaule gauche par la suite. Le médecin-conseil de l'intimée ne reconnaît pas le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à l'épaule survenu plus d'un an après le choc au coude gauche. D'un point-de-vue médical, le Dr O_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG qui a pris position sur ce lien en dernier lieu, soit le 8 décembre 2023, à la suite de l'intervention réalisée aux HUG par le Dr M_____, a affirmé qu'il n'était pas hautement vraisemblable que l'arthropathie ayant nécessité une prise en charge chirurgicale le 20 octobre 2023 (par le Dr M_____ aux HUG) soit séquelle à l'accident. Dans le même

sens, le dossier contient le résultat du premier examen de l'épaule gauche, soit une scintigraphie faite en Colombie en septembre 2019, qui avait permis de conclure à des altérations dégénératives aux épaules et au sternum. Le médecin-conseil de l'intimée a, lui aussi, constaté sur la base des éléments médicaux du dossier que l'atteinte à l'épaule remontait à 2019 au plus tôt et a retenu qu'elle était d'origine dégénérative et sans lien avec l'accident de 2017. Le recourant conteste l'appréciation médicale du Dr O_____ et des médecins interrogés par l'intimée. Il considère que le fait qu'il a été blessé au coude et au bras gauches durant l'accident suffit à établir que l'atteinte à l'épaule gauche dont il a souffert dès 2019 et pour laquelle il a été pris en charge aux HUG en octobre 2020 est la conséquence dudit accident. Ce raisonnement est cependant contredit par des éléments médicaux clairs figurant au dossier, plusieurs médecins ayant constaté des lésions dégénératives et se sont prononcés en défaveur du lien de causalité avec l'accident. En outre, le médecin généraliste du recourant a d'ailleurs indiqué dans un premier écrit destiné à l'intimée que son patient s'était plaint de l'épaule en sus du pied gauche en 2019 et faisait le lien avec son

A/2605/2023 - 15/17 - accident. Quant au Dr M_____, il a uniquement indiqué qu'il était vraisemblable que le traumatisme survenu lors de l'accident de circulation de 2017 soit à l'origine du développement de la symptomatologie douloureuse à l'épaule gauche sans prendre position sur les avis contraires ni sur la raison pour laquelle l'atteinte serait survenue plus de douze mois après l'accident. Ces avis ont ensuite été contredits par le médecin-conseil de l'intimée selon lequel il n'y a pas de lien de causalité pour le moins probable entre l'accident et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire et des lésions de type tendinopathie qui se sont manifestées plus de douze mois après l'évènement accidentel, et par le Dr O_____, lequel est, de par sa spécialisation, plus à même de se prononcer dans ce domaine. La chambre se doit d'accorder plus de valeur probante à l'avis de ces derniers, en particulier à celui du spécialiste O_____ qui s'est prononcé sur le cas du recourant, spécifiquement sur le lien de causalité, après sa prise en charge chirurgicale aux HUG. Il sera ajouté que l'expert orthopédique mandaté par l'OAI a également indiqué que les lésions de l'épaule gauche vues sur l'arthro-IRM n'étaient pas d'origine post-traumatique. Du point de vue rhumatologique, l'expertise mentionne que les lésions arthrosiques existaient certainement avant l'accident, mais que la chute avec impact sur le côté gauche avait pu les décompenser. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le lien de causalité entre l'évènement du 26 septembre 2017 et l'atteinte à l'épaule gauche ne peut pas être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

E. 5

Quant à la rente d'invalidité, seules les lésions du pied gauche étant en lien de causalité avec l'accident, la comparaison entre le revenu avec invalidité pour un homme dans une activité simple et répétitive de niveau 1 exigible de l'assuré au vu de ses limitations fonctionnelles du pied, soit CHF 67'573.-, et le revenu réalisé avant l'accident de CHF 57'437.-, faite par l'intimée ne prête par le flanc à la critique. Cette comparaison ne permet pas de constater de perte de revenu, de sorte que le recourant ne peut pas prétendre à une rente de l'intimée. Force est en outre de constater que des experts en rhumatologie et en orthopédie qui se sont prononcés sur les différents atteintes y compris celle à l'épaule gauche dans l'expertise ordonnée par l'OAI, laquelle fait partie intégrante de la présente procédure et à laquelle une pleine valeur probante a été reconnue par la chambre de céans dans l'ATAS/773/2024 sont parvenus à la conclusion que, malgré les atteintes au pied et à

l'épaule et les limitations fonctionnelles en résultant, le recourant conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il sera dès lors observé que même si l'on considérait que les lésions de l'épaule étaient imputables à l'accident, les revenus avec et sans invalidité seraient identiques, car fondés sur les mêmes données (statistiques s'agissant du revenu avec invalidité et réel s'agissant du revenu que le recourant aurait perçu sans A/2605/2023 - 16/17 - l'accident). Leur comparaison ne laisserait pas apparaître de perte de revenu, même à prendre en considération un abattement de 15% comme l'a fait l'OAI au vu des différentes lésions, au lieu de 5% retenu par l'intimée sur le revenu avec invalidité de CHF 67'573.-. En effet, dans ce cas, le revenu d'invalidité serait de CHF 56'420.- et le revenu sans invalidité de CHF 57'437.-. Aucune perte de revenu ne serait dès lors constatée (CHF 56'420.- - CHF 57'437.- = + 1'017.-). Le recourant ne pourrait pas, même dans ce cas de figure le plus favorable, prétendre à une rente d'invalidité.

E. 6

Il en va de même de l'IPAI, seules les lésions du pied gauche étant en lien avec l'accident, l'intimée n'est tenue de prêter que pour celles-ci. Le taux retenu par l'intimée se fonde sur l'avis de son médecin-conseil lequel a retenu le montant maximal pour ce type de lésion, ce qui n'est en soi pas contesté par le recourant. Ce point doit également être confirmé.

E. 7

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 8

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

A/2605/2023 - 17/17 - 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.