

# **GE\_GERICHTE ATAS/504/2025 vom 30. Juni 2025**

GE Cour de justice, 2025-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_504\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_504_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/504/2025 du 30 juin 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/504/2025 del 30 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. 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. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations d'assurance-accidents au-delà du 12 janvier 2024.

### **E. 3**

A/1555/2024 - 8/11 -

#### **E. 3.1**

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. 3.2**

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).

#### **E. 3.3**

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

#### **E. 4**

En l'espèce, la décision de l'intimée s'est fondée sur les avis émis par sa médecin d'arrondissement, laquelle a insisté sur le fait que les premières déclarations ne mentionnaient d'atteinte à l'épaule gauche et a nié sur la base de l'IRM du 1er mars 2023 une atteinte traumatique de l'épaule malgré l'avis contraire du radiologue. Une fois en possession des premiers éléments médicaux recueillis par l'intimée et des éléments recueillis durant l'instruction judiciaire, la médecin d'arrondissement a soutenu que l'IRM du 1er mars 2023 ne montrait pas d'élément

A/1555/2024 - 9/11 - en faveur d'une lésion traumatique osseuse aiguë. Elle considérait que l'assuré présentait un état chronique tendineux sous l'angle de la vraisemblance prépondérante et que l'événement du 21 février 2023 avait tout au plus occasionné à l'épaule gauche une décompensation aiguë provisoire pour une durée d'un mois au maximum. Il est établi à la lecture de l'ensemble du dossier que l'assuré a été victime d'une chute à la suite de laquelle il s'est plaint de douleurs au coude et à l'épaule gauche. Le Dr C\_\_\_\_\_ consulté immédiatement après les faits a ainsi constaté que la mobilisation de l'épaule était impossible et retenu les diagnostics de tendinopathie du sous-scapulaire avec déchirure partielle, de tendinopathie du sus-épineux avec fissuration, de bursite sous-acromio-deltoïdienne et d'épicondylite interne et externe. Le radiologue D\_\_\_\_\_ ayant procédé à l'IRM de l'épaule du 1er mars 2023 a retenu ce qui suit : « Tendinopathie du tendon du sous-scapulaire avec déchirure focale de la jonction myotendineuse de sa portion inférieure et désinsertion des fibres supérieures. Tendinopathie du supra-épineux avec fissuration interstitielle à son tiers moyen. Discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne. Pas de lésion osseuse traumatique récente visible ». Enfin le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, le Dr F\_\_\_\_\_, a indiqué le 24 mars 2023 que l'assuré avait été victime d'un traumatisme du membre supérieur gauche. Il s'était réceptionné sur le coude avec l'épaule en hyper abduction et rotation externe et avait présenté une douleur sur la face postérieure du coude et antéro-latérale de l'épaule avec irradiation dans le bras. Un mois après l'accident, son patient présentait encore des douleurs intenses également au repos avec limitation douloureuse de l'élévation et de l'abduction et également des difficultés à mettre sa main dans le dos. Son diagnostic était une lésion partielle de la coiffe post-traumatique ainsi qu'une bursite rétro-olécrânienne du coude gauche. Quand bien même la Dre H\_\_\_\_\_ s'est prononcée de façon complète sur

l'intégralité du dossier y compris en fin d'instruction pour exposer ses propres diagnostics et conclusions, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les diagnostics à retenir tant pour le coude que pour l'épaule gauche et sur l'origine des atteintes dont a souffert le recourant, compte tenu des diagnostics divergents décrits ci-dessus et compte tenu du fait qu'il est apparu durant l'instruction de le recourant avait déjà été blessé à la même épaule en 2019. Il en va a fortiori également ainsi de la date à laquelle l'état du recourant doit être considéré comme stabilisé. Dans la mesure où le recourant a déjà été blessé à la même épaule et l'intimée a déjà presté à la suite d'un accident en 2019, la question de la rechute se pose également. 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

A/1555/2024 - 10/11 - 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 le seul avis de sa médecin d'arrondissement sans recourir à une expertise alors que des éléments médicaux mettaient en doute l'avis retenu. Par ailleurs, l'instruction ayant mis en évidence que le recourant avait déjà été blessé à l'épaule gauche en 2019, cas pris en charge par l'intimée, il apparaît que les pièces médicales en lien avec ce premier traumatisme seraient pertinentes pour asseoir le diagnostic à retenir et déterminer en cas de décompensation d'un état dégénératif antérieur la date à partir de laquelle l'accident a cessé ses effets notamment. Seul une expertise serait propre à répondre à ces questions d'ordre médical. Pour tous ces motifs, la chambre de céans n'a d'autre choix que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

## **E. 5**

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). **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.