

GE_GERICHTE ATAS/92/2026 vom 6. Februar 2026

GE Cour de justice, 2026-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_92_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/92/2026 du 6 février 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/92/2026 del 6 febbraio 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

À titre liminaire, il convient de circonscrire l'objet du litige

E. 2.1

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont

A/2340/2025 - 7/16 - certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

E. 2.2

En l'espèce, dans la décision entreprise, l'intimée a confirmé le bien-fondé de sa décision par laquelle elle avait mis un terme à sa responsabilité, motifs pris que l'assuré ne présentait aucune lésion structurelle objectivée, si bien que la guérison avait été obtenue au maximum à six semaines, et que les éléments au dossier ne permettaient pas de retenir qu'il avait été victime d'un accident. La décision mentionne également qu'une demande de remise peut être formée dès son entrée en force. Ainsi, quand bien même la motivation de la décision entreprise est très succincte sur la question de la restitution, force est d'admettre qu'elle porte également sur la restitution des prestations versées pour la période du 10 janvier au 18

février 2025. Les parties le confirment d'ailleurs dans leurs écritures respectives. La chambre de céans précise toutefois ce qui suit. Par décision du 13 février 2025, l'intimée a fixé le montant de l'indemnité journalière à CHF 173.40 (et non CHF 318.65) et réclamé la restitution de CHF 11'765.25 à titre d'indemnités versées en trop pour la période du 28 novembre 2024 au 18 février 2025. Faute d'avoir été contestée par la voie de l'opposition, cette décision est entrée en force. S'ajoute à cela que l'intimée ne réclame pas la restitution du montant de CHF 7'109.40 (soit CHF 173.40 d'indemnité journalière pour 41 jours), correspondant aux prestations versées pour la période du 28 novembre 2024 au 9 janvier 2025. Ce montant ne fait, partant, pas non plus l'objet du présent litige. Il s'ensuit que la décision entreprise ne porte plus que sur la décision de mettre fin aux prestations et sur la demande de restitution du montant, encore litigieux, de CHF 6'936.- (soit CHF 173.40 d'indemnité journalière pour 40 jours), correspondant aux prestations versées pour la période du 10 janvier au 18 février 2025.

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations du recourant et à revenir sur sa prise en charge du 16 janvier 2025 de l'événement du 27 novembre 2024, en lui réclamant la restitution des prestations versées du 10 janvier au 18 février 2025.

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.

A/2340/2025 - 8/16 - 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).

E. 3.2

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). 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. 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 2.1 et les références citées). 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

A/2340/2025 - 9/16 - 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. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353 ; arrêt du Tribunal fédéral I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

E. 3.3

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2). En droit des assurances sociales, la causalité adéquate en tant que limitation légale de la responsabilité de l'assureur-accidents résultant de la causalité naturelle ne joue pratiquement pas de rôle dans le domaine des troubles accidentels organiques, puisqu'ici la causalité adéquate se recoupe en grande partie avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2b ; SVR 2020 UV n. 27 p. 110 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_518/2019 du 19 février 2020 consid. 3). En l'absence de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique, il se justifie d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles à la santé et l'accident en application de la jurisprudence en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 et 403). L'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en

fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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

A/2340/2025 - 10/16 - objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). 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_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n. 3 p. 8 ; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n. 23 p. 84 ; 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 134 V 109 consid. 10.1; 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral U.428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêts du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; U.369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

E. 3.4

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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a

A/2340/2025 - 11/16 - récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références).

E. 3.5

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

E. 3.6

En l'espèce, l'intimée a mis fin aux prestations du recourant, en se fondant sur l'appréciation de son médecin d'assurance, selon lequel la guérison d'une contusion du D3 de la main droite était obtenue au maximum à six semaines de l'événement. Elle a également retenu que les éléments au dossier ne permettaient pas de retenir que le recourant avait été victime d'un accident. Enfin, l'intimée a écarté toute causalité entre l'événement annoncé et les troubles psychiques du recourant. Dans ses écritures devant la chambre de céans, le recourant ne remet pas en cause l'absence de lien de causalité. Il se prévaut uniquement de sa bonne foi et de sa situation financière difficile. Or, comme relevé par l'intimée, de telles questions sont à examiner dans le cadre d'une éventuelle demande de remise, laquelle ne peut, cas échéant, intervenir qu'après l'entrée en force de la décision entreprise. Certes, dans son opposition, le recourant avait fait valoir que les rapports médicaux démontraient qu'il était encore en incapacité de travail en raison de l'événement du 27 novembre 2024. Or, de simples certificats d'arrêt de travail, nullement motivés, ne sont pas suffisants pour remettre en cause les conclusions du médecin d'assurance. Ils ne permettent en tous les cas pas d'établir l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 27 novembre 2024 et son incapacité de travail, étant précisé que le recourant ne conteste pas l'absence de lésion structurelle. C'est dès lors à juste titre que l'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr G_____ pour retenir, sur le plan somatique, que l'état de santé du recourant, tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo sine*), pouvait être considéré comme atteint six semaines après l'événement. Le recourant a produit un rapport médical du 20 mars 2025 de la Dr F_____ mentionnant des troubles psychiques. Force est toutefois de relever, comme l'a fait l'intimée, que l'événement s'est déroulé sans circonstances particulières, de sorte qu'il doit être considéré comme un accident de peu de gravité. Dans ce

A/2340/2025 - 12/16 - contexte, le lien de causalité doit également être nié. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas non plus. Il s'ensuit que c'est à juste titre que, faute de lien de causalité entre les troubles actuels du recourant et l'événement du 27 novembre 2024, l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance du recourant. Compte tenu de ce résultant, il n'est pas nécessaire d'examiner si, comme le fait valoir la CNA, l'événement précité répond à la notion juridique d'accident.

E. 4

Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimée a réclamé la restitution des indemnités journalières perçues depuis le 9 janvier 2025.

E. 4.1

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue, en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'aucun événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. En revanche, la restitution doit, dans une telle hypothèse, s'apprécier selon les règles qui président à la révocation des actes administratifs (ATF 130 V 380).

E. 4.2

L'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, auquel renvoie l'art. 1 al. 1 LAA, prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2; 138 V 426 consid. 5.2.1). Le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2, 1^{ère} phrase, LPGA). Aux termes de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1; révision procédurale). L'assureur peut également revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2; reconsidération). Cela vaut aussi pour les prestations qui ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle, mais d'une décision implicite prise dans le cadre d'une procédure simplifiée au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA (ATF 130 V 319 consid. 5.2).

E. 4.3

Cette disposition de la LPGA consacrée à la « révision et reconsidération » s'inscrit dans la thématique de la modification des décisions entrées en force de chose décidée, soit celles qui ne sont plus susceptibles d'un recours ordinaire

A/2340/2025 - 13/16 - (Margit MOSER-SZELESS/Jenny CASTELLA, in Commentaire romand, LPGA, 2025, n. 1 et 25 ss ad art. 53 LPGA et les références citées).

E. 4.4

Si la révision procédurale et la reconsidération ont pour point commun de remédier à l'inexactitude initiale d'une décision (« anfängliche tatsächliche Unrichtigkeit » ; Ueli KIESER/Gabriela RIEMER-KAFKA, *Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, 5e éd., 2013, p. 140), la révision est la modification d'une décision correcte au moment où elle a été prise, compte tenu des éléments connus à ce moment, mais qui apparaît ensuite dépassée en raison d'un élément nouveau. En revanche, la reconsidération a pour objet la correction d'une décision qui était déjà erronée, dans la constatation des faits ou dans l'application du droit, au moment où elle a été prise (ATAS/1244/2020 du 10 décembre 2020 consid. 7b ; ATAS/154/2019 du 25 février 2019 consid. 3b ; ATAS/1163/2014 du 12 novembre 2014 consid. 5c).

E. 4.4.1

Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (révision), les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 4.3.1).

E. 4.5

Pour ce qui est de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable.

L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre.

Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être déférée en justice (ATF 133 V

A/2340/2025 - 14/16 - 50 consid. 4 ; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.2). Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_229/2024 du 27 juin 2024 consid. 5).

E. 4.6

En l'espèce, dans sa décision du 8 avril 2025, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 9 janvier 2025. Il n'est pas contesté que l'intimée avait initialement reconnu son obligation de prester par courrier du 15 janvier 2025 – cela de manière informelle comme le lui permet l'art. 124 let. a OLAA a contrario – en remboursant les frais de traitement médicaux et en versant des indemnités journalières à compter du 30 novembre 2025. Dans cette mesure, et conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, l'intimée ne pouvait mettre un terme avec effet rétroactif à l'obligation de prester et demander la restitution des prestations qu'elle estime avoir versé à tort, que si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale étaient remplies. Or, s'agissant d'abord de la reconsidération, l'on ne se trouve pas en présence d'une décision initiale manifestement erronée, dont l'irrégularité aurait été rendue manifeste. En effet, à teneur du dossier,

l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr C_____ du 10 janvier 2025, selon lequel le recourant présentait une « déchirure de la poulie a1 ». Ainsi, à l'époque de la décision initiale d'octroi de prestations du 15 janvier 2025, l'appréciation de l'intimée reposait sur un rapport médical versé au dossier. Il apparaît ainsi que la décision de l'intimée de prendre en charge les suites de l'évènement du 27 novembre 2024 était fondée sur le dossier et qu'elle n'était pas le résultat d'une appréciation manifestement insoutenable ou lacunaire. Le fait que l'intimée soit parvenue à une appréciation différente du diagnostic posé par le Dr C_____ à la suite d'une nouvelle analyse du dossier, et après avoir sollicité l'apport des rapports de lecture des examens radiologiques et sonographies réalisés le 27 novembre 2024, ne rend pas pour autant la décision d'octroi du 15 janvier 2025 manifestement erronée. Enfin, et contrairement à ce que semble soutenir l'intimée, la décision d'octroi de prestations du 15 janvier 2025 ne peut être considérée comme manifestement erronée en tant qu'elle qualifie implicitement l'évènement du 27 novembre 2024 d'accident. L'intimée s'est en effet fondée sur la description de l'évènement contenue dans les rapports médicaux du Dr C_____ du 10 janvier 2025 ainsi que sur la déclaration de sinistre du 2 décembre 2024. Sa décision initiale était, partant, fondée sur les pièces au dossier. L'intimée ne pouvait dès lors pas procéder par la voie de la reconsidération. Quant à la révision procédurale, l'intimée ne s'est fondée sur aucun fait nouveau important ou nouveau moyen de preuve qui n'aurait pas pu être produit

A/2340/2025 - 15/16 - auparavant. Bien au contraire, les rapports de lecture des examens radiologiques et sonographies, sur lesquels s'est fondé le Dr G_____, puis l'intimée, pour conclure à l'absence de déchirure de la poulie, ont été réalisés le 27 novembre 2024, soit plus d'un mois avant la décision initiale d'octroi de prestations. On ne se trouve, enfin, pas dans la situation dans laquelle ces moyens de preuve n'auraient pas été connus de l'assurance, malgré toute sa diligence. Il ressort en effet expressément du rapport médical du Dr C_____ du 10 janvier 2025, sur lequel s'est fondée l'intimée pour octroyer ses prestations, que les examens avaient été réalisés et qu'ils n'avaient, selon le rapport précité, pas révélé de fracture. La chambre de céans relèvera, pour le reste, que le dossier ne contient pas non plus d'élément nouveau quant à la description de l'évènement litigieux. La nouvelle appréciation de l'intimée consistant à nier l'existence d'un accident ne repose ainsi sur aucun fait nouveau qui n'aurait pas pu être produit avant la décision d'octroi des prestations litigieuses. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conditions pour mettre fin avec effet rétroactif à l'obligation de prester n'étaient pas remplies. Par conséquent, l'intimée n'était pas en droit de demander la restitution des prestations avec effet au 9 janvier 2025. Le recours sera admis sur ce point.

E. 5

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

A/2340/2025 - 16/16 - 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.