

GE_GERICHTE A/1900/2025 vom 20. Oktober 2025

GE Cour de justice, 2025-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1900_2025

FR: GE_GERICHTE A/1900/2025 du 20 octobre 2025

IT: GE_GERICHTE A/1900/2025 del 20 ottobre 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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA). En particulier, contrairement à ce que semble soutenir l'intimée, il est suffisamment motivé dès lors qu'il contient un exposé des faits et des motifs ainsi que des conclusions claires (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4).

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au delà du 8 novembre 2024.

E. 3

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). Les prestations dues en raison d'un accident couvrent le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA) en cas d'incapacité de travail, puis dès la stabilisation de l'état de santé le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

E. 4

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose notamment qu'il y ait un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement assuré d'une part et l'atteinte à la santé, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.2.1).

E. 4.1

L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il

n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 4.2

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.5). La notion de séquelles organiques objectivables d'accident – en tant que critère de distinction nécessitant l'examen d'une causalité adéquate – est définie par le Tribunal fédéral comme suit : 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, cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_614/2020 du 7 septembre 2021 consid. 2.2).

E. 4.3

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 3.3). Dans un tel cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 9.3 et les références).

E. 5

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). À 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, 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). Déterminer l'avènement du statu quo sine d'une manière abstraite et théorique en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé à défaut d'autres éléments objectifs ne suffit pas pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité entre une atteinte et un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.3, cf . pour un cas d'application arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

E. 6

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

E. 7

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). En revanche, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3).

E. 8

En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision sur l'appréciation du Dr E_____ et sur les déterminations du Dr D_____. Au sujet de ces dernières, on notera qu'elles sont pour le

moins sommaires et ne sont guère motivées, de sorte qu'on ne saurait leur reconnaître la moindre valeur probante. En revanche, en ce qui concerne le rapport du Dr E_____, il contient une anamnèse et un résumé du dossier et relate les plaintes du recourant. Cet expert a également procédé à un examen clinique dont il a consigné les résultats. Sur le fond, il a reconnu que les troubles du recourant étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident subi, et que l'état de santé n'était pas stabilisé au moment de son examen, mais que l'accident n'aurait plus d'effet sur l'état du recourant à partir du 8 novembre 2024. Il a également émis des conclusions quant à la reprise du travail dans les mois suivant son examen. S'agissant de ces conclusions, elles paraissent sujettes à caution, dès lors qu'elles ne sont guère motivées, et semblent résulter d'un accord avec le recourant. Or, convenir avec un assuré d'une reprise du travail dans le futur, sans expliquer les fondements médicaux sur lesquels l'expert base son pronostic de l'évolution de la capacité de travail, n'est pas suffisant en termes de motivation. On ne connaît pas les éléments qui ont permis à l'expert de fixer le statu quo ante de manière pronostique à six mois de l'accident, à défaut d'explications sur ce point. Il sied ici de rappeler que s'il devait s'agir là uniquement d'une hypothèse fondée sur le délai de décours usuel d'une telle atteinte – ce qu'on ignore en l'absence de toute justification médicale – cela ne suffirait pas à dater la survenance du statu quo à satisfaction de droit, conformément à la jurisprudence citée. Il est vrai que la Dre C_____ évoquait elle-même dans son rapport du 26 juin 2024 que les troubles que présentait le recourant disparaissent généralement en quelques mois, mais il s'agit là également d'une indication théorique et abstraite fondée sur des généralités médicales, et non d'une appréciation du cas concret du recourant. Celui-ci a versé au dossier des attestations d'incapacité de travail partielle établis par le Dr G_____ portant sur la période postérieure au 8 novembre 2024. De manière générale, de simples certificats d'arrêt de travail ne sont certes pas suffisants pour remettre en cause les conclusions d'une expertise revêtant valeur probante. Dans le présent cas toutefois, dès lors que les conclusions du Dr E_____ ne peuvent se voir reconnaître valeur probante en tant qu'elles portent sur la date de survenance du statu quo ante, ces certificats – établis en temps réel – ne peuvent être simplement écartés, et tendent à infirmer le pronostic de l'expert neurologue. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas de renseignements suffisants pour déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a considéré que le statu quo ante était atteint au 8 novembre 2024 et qu'elle a mis un terme aux prestations à cette date.

E. 9

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. 4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est bien le cas en l'espèce, l'intimée s'étant contentée du rapport du Dr E_____ sans vérifier si les prévisions de cet expert se sont vérifiées. Partant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, à charge pour celle-ci de compléter l'instruction sur l'évolution de l'état de santé du recourant après l'examen du Dr E_____, en sollicitant des rapports détaillés des médecins traitants, et en requérant au besoin un complément d'expertise de cet expert ou d'un autre spécialiste en neurologie. Ce complément pourra être établi sur dossier si l'instruction complémentaire devait confirmer que les troubles du recourant se sont amendés dans l'intervalle. Il appartiendra ensuite à l'intimée de statuer une nouvelle fois sur le droit aux prestations après le 8 novembre 2024, cas échéant en l'examinant sous l'angle

de la causalité adéquate.

E. 10

Le recours est partiellement admis. Le recourant, dont le recours a été interjeté avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis 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.