



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4118/2020

ATAS/1371/2021

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 décembre 2021**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VULBENS (France)

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS - SUVA, Division juridique, Fluhmattstrasse 1,  
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Christine LUZZATTO et Philippe LE GRAND  
ROY, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a travaillé en qualité de technicien sanitaire auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_SA. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) contre le risque d'accidents, professionnels ou non, lorsqu'il a été victime d'un accident, le 17 septembre 2017 : alors qu'il circulait à moto, une biche lui a coupé la route, ce qui l'a fait chuter.
  - b.** Suite à cet accident, l'assuré a souffert de douleurs du bassin, des lombaires, ainsi que de l'épaule et de la hanche gauches, mais aucune lésion traumatique n'a été mise en évidence par body-scanner (cf. compte-rendu d'hospitalisation du 3 octobre 2017 du centre hospitalier de Saint Julien en Genevois [France]).
  - c.** Le 8 décembre 2017, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin généraliste en France et médecin-traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de lombosciatalgies L3 gauches sur hernie discale foraminale L3-L4 gauche apparue au décours de l'accident du 17 septembre 2017, avec apparition concomitante de troubles sévères de la prostate (cf. rapport intermédiaire du 8 décembre 2017).
  - d.** La SUVA a accepté provisoirement de prendre en charge les frais consécutifs aux troubles constatés, à l'exclusion de ceux touchant la prostate.
  - e.** L'assuré a subi deux interventions chirurgicales au niveau des lombaires (les 4 avril 2018 et 26 novembre 2019 ; cf. rapports des 7 et 13 avril 2018 du docteur D\_\_\_\_\_, neurochirurgien en France ; compte-rendu opératoire du 29 novembre 2019 de la doctoresse E\_\_\_\_\_, neurochirurgienne en France) et s'est soumis à de nombreux examens. Il a notamment passé une échographie de l'épaule gauche le 2 juillet 2018 - qui a mis en évidence un conflit sous-acromial -, ainsi qu'un électromyogramme le 17 avril 2020 - qui a révélé une contrainte isolée du nerf cubital gauche.
  - f.** Le dossier a été soumis aux médecins d'arrondissement de la SUVA, qui ont estimé que les troubles touchant l'épaule et le nerf cubital gauches n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.
- B.** Par décision du 12 mai 2020, confirmée sur opposition le 21 octobre 2020, la SUVA a nié à l'assuré le droit à toute prestation s'agissant des troubles touchant l'épaule et le nerf cubital gauches, faute de lien de causalité au moins vraisemblable avec l'évènement du 17 septembre 2017.
- C.**
- a.** Par courrier daté du 28 novembre 2020 et déposé dans un office de poste en Haute-Savoie (France) le 30 novembre 2020 – selon les tampons humides figurant sur l'enveloppe –, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en précisant avoir reçu la décision litigieuse le 31 octobre 2020.
  - b.** Invitée à se déterminer et à produire la preuve de la date de réception de la décision litigieuse, l'intimée a conclu préalablement à l'irrecevabilité du recours,

dont elle soutient qu'il est intervenu tardivement, subsidiairement à son rejet. L'intimée admet ne pas être en mesure d'apporter la preuve de la date de réception de la décision querellée, celle-ci ayant été envoyée sous pli simple prioritaire.

**c.** Interpellé par la Cour de céans, le recourant a indiqué n'avoir pas conservé l'enveloppe ayant contenu la décision litigieuse, qu'il allègue avoir reçue le samedi 31 octobre 2020. Il persiste dans ses conclusions et, à l'appui de sa position, produit des rapports de ses médecins traitants.

**d.** La Cour de céans s'est procuré le formulaire de suivi d'envoi de la Poste suisse, lequel permet d'établir que le recours est arrivé dans le pays de destination le 5 décembre 2020.

## **EN DROIT**

**1. 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).

**1.2** En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

**1.3** L'assuré est domicilié en France. Son employeur, lui, est situé dans le canton de Genève, de sorte que la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

**2.** Il s'agit en premier lieu d'examiner la recevabilité du recours.

**2.1** Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1) ; les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2).

La notification d'un acte soumis à réception, comme un jugement, une décision ou une communication de procédure, est réputée faite au moment où l'envoi entre dans la sphère de pouvoir de son destinataire (Pierre MOOR/Étienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3ème éd., 2011, n. 2.2.8.3 p. 353 s). Il suffit que celui-ci puisse en prendre connaissance (ATF 137 III 308 consid. 3.1.2 ; ATF 118 II

42 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 2P.259/2006 du 18 avril 2007 consid. 3.1).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire - ou simple -, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et 2b ; ATF 121 V 5 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2).

L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 6B\_30/2020 du 6 avril 2020 consid. 1.1.1 et 8C\_621/2007 précité consid. 4.2).

Si une autorité veut s'assurer qu'un envoi parvienne effectivement à la connaissance de son destinataire, elle doit le notifier par lettre recommandée, voire par lettre avec avis de réception. La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 6/02 du 21 janvier 2003 consid. 3.2).

La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou du comportement du destinataire, par exemple de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 105 III 43 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 6B\_30/2020 précité consid. 1.1.1 et C 6/02 précité consid. 3.2). Le destinataire ne peut invoquer l'absence de notification s'il a connaissance, d'une autre manière, de l'existence de la communication. En effet, les règles de la bonne foi imposent une limite au droit de se prévaloir d'un tel motif (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_621/2007 précité consid. 4.3).

Selon l'art. 38 al. 1 LPGa, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 1<sup>ère</sup> phrase LPGa).

Les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'autorité de recours ou, à son adresse, à la Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 LPGA).

En vertu de l'art. 40 al. 1 LPGA, un délai légal ne peut être prolongé. En effet, la sécurité du droit exige que certains actes (essentiellement les recours) ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps. Un terme est ainsi mis aux possibilités de contestation, de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 181).

Selon la jurisprudence, le dépôt d'un acte auprès d'un bureau de poste étranger ne permet en principe pas de respecter le délai, sauf exception (cf. ATF 125 V 65 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_754/2008 du 23 décembre 2008 consid. 2.3).

Toutefois, dans un ATF 144 II 401, le Tribunal fédéral a jugé que la notification de la décision à l'étranger à un administré qui n'est pas représenté par un avocat doit orienter ce dernier sur la possibilité de contester la décision de manière précise et complète, notamment en mentionnant l'exigence de remise du recours à la poste suisse le dernier jour du délai. Lorsque ce devoir d'orientation n'est pas respecté, il ne peut pas être reproché au recourant d'avoir méconnu la loi. Dans ces circonstances, le non-respect du délai est dû à l'inadéquation des indications données au recourant par l'autorité et le tribunal doit entrer en matière sur le recours, malgré son dépôt tardif.

**2.2** En l'espèce, le recourant affirme avoir reçu la décision querellée le 31 octobre 2020.

L'intimée met en doute cette version. Elle estime que la décision a été probablement notifiée le 29 octobre 2020 et se fonde sur ses notes téléphoniques figurant au dossier, selon lesquelles le recourant aurait mentionné des dates différentes de réception.

De simples notes téléphoniques ne sont toutefois pas suffisantes pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante la notification de la décision à une date antérieure. Rien ne permet en effet de vérifier la véracité des informations qui y figurent. Dès lors, force est de constater que, faute d'avoir expédié la décision litigieuse par pli recommandé, l'intimée ne peut apporter la preuve formelle de la date à laquelle elle est parvenue à son destinataire.

Dans ces circonstances, en application de la jurisprudence citée supra, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du recourant et de retenir que la notification est intervenue le 31 octobre 2020.

Par conséquent, le délai de recours est venu à échéance le 30 novembre 2020.

Selon les deux tampons humides figurant sur l'enveloppe du recours, celui-ci a été déposé à l'office postal français de VALLEIRY, en Haute-Savoie, le 30 novembre

2020 (c'est par erreur que la date du 1<sup>er</sup> décembre 2020 a initialement été indiquée à l'intimée).

Ainsi, le recours a bel et bien été déposé dans un office postal le dernier jour du délai. Cela étant, il l'a été dans un office français et n'est arrivé en Suisse que le 5 décembre 2020, si bien qu'il n'a pas été remis dans le délai légal à la Poste suisse (cf. art. 39 al. 1 LPGa) et devrait être considéré comme tardif.

Néanmoins, dans la mesure où le recourant n'est pas représenté par un avocat et qu'il est domicilié à l'étranger, l'intimée avait le devoir de l'orienter de manière précise et complète sur les modalités de recours (cf. ATF 144 II 401). Or, à l'examen de la décision litigieuse, il apparaît que celle-ci a été notifiée au recourant, en France, sans expressément mentionner l'exigence de remise du recours à la poste suisse le dernier jour du délai.

En conséquence, la Cour de céans se doit d'entrer en matière sur le recours, malgré son dépôt tardif.

3. Le litige porte sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle entre les troubles touchant l'épaule et le nerf cubital gauches du recourant et l'accident du 17 septembre 2017.
4. 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 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; ATF 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

5. 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
6. 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, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

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 des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

7. **7.1** 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 prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

**7.2** 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. A 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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).

**7.3** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

**7.4** Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

**7.5** 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; ATF 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).

- 8.** 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, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 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).

9. Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).
10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été

prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

- 12.** Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 13.** **13.1** En l'espèce, l'intimée exclut tout lien de causalité entre les troubles à l'épaule et au nerf cubital gauches et l'accident du 17 septembre 2017, en s'appuyant sur les avis de ses médecins d'arrondissements.

**13.2** Le recourant conteste cette position en invoquant les rapports de ses médecins traitants. Il explique que sa prise de médicaments (à savoir un comprimé de Lyrica 200 mg deux fois par jour, deux comprimés de Lamaline 300 mg trois fois par jour, un comprimé de Valium 20 mg une fois par jour, deux comprimés de Voltarène 75 mg une fois par jour) jusqu'au 29 novembre 2019 a masqué ses douleurs et qu'il a suivi des séances de kinésithérapie de mai 2018 à novembre 2020 en raison de névralgies cervicobrachiales provoquées par son nerf cubital. Enfin, il relève avoir une cicatrice visible sur le dessus du coude gauche, provoquée par l'accident.

- 14.** Concernant en particulier l'épaule et le nerf cubital du recourant, il ressort du dossier les éléments suivants :

Le 2 juillet 2018, le recourant s'est soumis à une échographie de l'épaule gauche, laquelle a mis en évidence un conflit sous-acromial sans tendinopathie échographique de la coiffe des rotateurs, ni bursite sous acromiodeltoïdienne visible, une enthésopathie calcifiante du tendon supra-épineux et une arthropathie

acromio-claviculaire (cf. rapport du 2 juillet 2018 du docteur F\_\_\_\_\_, radiologue et spécialiste en pathologie ostéo-articulaire en France).

Le 28 janvier 2019, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, – auquel le recourant a signalé des douleurs au niveau des épaules avec une sensation de craquement et de blocage de l'épaule droite – a constaté, lors d'un examen clinique, que la mobilité des épaules était normale, sans aucune limitation dans les mouvements d'antépulsion, de rétropulsion et de rotation, que les épreuves fonctionnelles de la coiffe des rotateurs des deux côtés étaient dans les normes, qu'il n'y avait aucune anomalie à la palpation de la région claviculaire, mais qu'une douleur se déclenchait lors de la surélévation des épaules et à la palpation (cf. rapport d'examen du 4 février 2019).

Le 11 février 2019, le recourant a passé une échographie de l'épaule droite, laquelle a montré un conflit sous-acromial dynamique et une tendinopathie calcifiante non fissuraire du tendon supra-épineux (cf. rapport du 11 février 2019 du Dr F\_\_\_\_\_).

Après avoir pris connaissance de ce rapport, le Dr G\_\_\_\_\_ a émis l'opinion que « les anomalies constatées au niveau de l'épaule ne sont pas a priori en rapport avec l'évènement annoncé car il s'agit d'un conflit sous-acromial » (cf. appréciation du 30 juillet 2019).

Le 17 avril 2020, le recourant a subi un électromyogramme mettant en évidence une contrainte isolée du nerf cubital gauche au passage du coude ; le docteur H\_\_\_\_\_, neurologue en France, a qualifié l'atteinte de modérée et a écarté l'hypothèse d'une « souffrance d'origine plus proximale dans les territoires radiculaires correspondants notamment » (cf. compte-rendu du 17 avril 2020).

Le 11 mai 2020, le Dr G\_\_\_\_\_ s'en est référé, s'agissant de la problématique de l'épaule, à son appréciation du 30 juillet 2019 ; quant au trouble touchant le nerf cubital gauche, à défaut de documentation suffisante, il n'a pas retenu de lien de causalité avec l'évènement du 17 septembre 2017.

Le 18 mai 2020, Madame I\_\_\_\_\_, kinésithérapeute en France, a relaté qu'au cours de la rééducation suite à l'opération des lombaires, le recourant s'était plaint, dès mai 2018, de douleurs au niveau de l'épaule gauche avec irradiation dans le coude et la main (cf. attestation du 18 mai 2020).

Le 28 mai 2020, la Dresse C\_\_\_\_\_ a relevé que le rapport d'hospitalisation initial mentionnait une douleur à l'épaule gauche. Elle a suggéré que ces douleurs avaient été réactivées suite à une diminution du traitement antalgique en juin 2018, ce qui avait nécessité des séances de kinésithérapie. Selon ce médecin, le lien entre l'accident du 17 septembre 2017 et la compression du nerf cubital gauche n'était pas discutable (cf. certificat du 28 mai 2020).

Le 28 septembre 2020, le Dr G\_\_\_\_\_ a campé sur sa position.

Après avoir pris connaissance du dossier médical, le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin d'arrondissement, a relevé que lors de l'accident du 17 septembre 2017, il y avait eu un traumatisme (contusion) de l'épaule gauche, mais aucun symptôme, ni signe neurologique contemporain à l'accident; des douleurs névralgiques étaient apparues en 2019 (soit un an et demi plus tard). Le diagnostic de syndrome du tunnel cubital gauche isolé avait été posé en avril 2020. Il y avait une « symptomatologie avec paresthésies bilatérales qui dépassent le territoire du nerf cubital gauche ». Le médecin a expliqué que le syndrome du tunnel cubital gauche est une pathologie malade, indépendante de l'accident et non aggravée par ce dernier et s'est rallié aux conclusions de son collègue G\_\_\_\_\_ (cf. appréciation neurologique du 15 octobre 2020).

Le 25 novembre 2020, le recourant s'est fait opérer du nerf cubital gauche par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, du coude et de l'épaule en France (cf. compte-rendu d'hospitalisation du 25 novembre 2020).

Suite à cette intervention, le Dr K\_\_\_\_\_ a constaté un soulagement très significatif des douleurs et estimé qu'il existait « une composante de compression importante entre le nerf et l'épicondyle médial, avec une déformation du nerf [et] réduction de son calibre parfaitement compatible avec une séquelle de traumatisme direct d'écrasement » et que « la composante traumatique sur le nerf ulnaire est désormais levée » (cf. rapport du 10 décembre 2020).

Le 12 février 2021, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas partager cet avis, position qu'il a motivée par l'absence de symptomatologie clinique de compression du nerf cubital pendant plus de 24 mois après la contusion.

- 15.** En l'occurrence, s'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, le Dr G\_\_\_\_\_ nie l'existence d'un lien de causalité naturelle. Son argumentation se limite à dire que, puisqu'il s'agit d'un conflit sous-acromial, il n'y a « a priori » pas de lien de causalité, sans fournir d'explication circonstanciée sur le processus non traumatique qui serait, selon lui, à l'origine de ladite atteinte. On relèvera par ailleurs que, dans son appréciation du 30 juillet 2019 à laquelle il s'est ensuite systématiquement rapporté, le Dr G\_\_\_\_\_ semble en réalité se prononcer sur l'épaule droite du recourant : il se réfère à une échographie du 11 février 2019, réalisée justement à l'épaule droite, mais ne mentionne pas celle du 2 juillet 2018 concernant l'épaule gauche.

S'agissant du trouble au nerf cubital gauche, le Dr J\_\_\_\_\_ estime qu'il s'agit d'une pathologie malade, indépendante de l'accident et non aggravée par ce dernier, mais se contente de résumer très succinctement la documentation neurologique et ne formule pas non plus d'explications sur le processus non traumatique qui serait à l'origine de l'atteinte.

Le Dr G\_\_\_\_\_ considère quant à lui qu'il n'y a pas de lien de causalité avec l'accident en raison de l'absence de symptomatologie clinique de compression du nerf pendant plus de 24 mois après la contusion, sans toutefois se déterminer sur

la position de la Dresse C\_\_\_\_\_ à cet égard. Or, celle-ci expose que la prise d'antalgiques a temporairement fait disparaître la symptomatologie et que les douleurs au niveau du membre supérieur gauche ont été réactivées suite à la diminution de ce traitement en juin 2018. Par ailleurs, la kinésithérapeute du recourant a attesté que celui-ci s'était plaint, dès mai 2018, de douleurs au niveau de l'épaule gauche avec irradiation dans le coude et la main, ce qui vient partiellement corroborer les explications de la Dresse C\_\_\_\_\_. Quant au Dr K\_\_\_\_\_, il considère qu'il existe clairement un lien de causalité entre l'accident du 17 septembre 2017 et la compression du nerf cubital, mais sans motiver véritablement sa position.

Force est de constater que les appréciations des médecins d'arrondissement sont succinctes, très peu motivées et remises en cause par les rapports des médecins traitants. Cela étant, bien que les explications des médecins traitants soient plausibles, elles ne suffisent pas à établir un lien de causalité au degré requis. On rappellera que la question de la causalité naturelle est avant tout médicale. En l'état, au vu des positions contradictoires adoptées par les médecins et en l'absence d'expertise externe à l'assurance, la Cour de céans n'est pas en mesure de se déterminer de manière définitive sur la causalité entre les troubles à l'épaule et au nerf cubital gauches et l'accident du 17 septembre 2017.

Il sied de rappeler que, conformément à la jurisprudence citée supra (cf. consid. 9), lorsqu'un cas d'assurance a été réglé sans avoir eu recours à une expertise externe et qu'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. Tel est le cas en l'occurrence, l'intimée fondant sa position sur les avis de ses médecins d'arrondissement dont on a vu précédemment qu'ils étaient peu motivés et contredits par ceux d'autres médecins.

Dès lors, il est nécessaire de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur la question de la causalité entre les troubles à l'épaule et au nerf cubital gauches sous la forme d'une expertise par un médecin externe.

- 16.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition du 21 octobre 2020 sera annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 21 octobre 2020 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le