

# **GE\_GERICHTE ATAS/172/2026 vom 3. März 2026**

GE Cour de justice, 2026-03-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_172\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_172_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/172/2026 du 3 mars 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/172/2026 del 3 marzo 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**

Pour le surplus, le recours, interjeté dans les 30 jours, l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur la question du lien de causalité entre l'état de santé du recourant et l'accident du 29 décembre 2020. L'intimée ayant nié l'existence d'un tel lien de causalité et ne s'étant pas prononcée sur la question de l'IPAI dans la décision querellée, la chambre de céans n'est pas en mesure d'examiner la conclusion du recourant y afférente. Il est en effet admis qu'en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références). En tant que telle, la conclusion du recourant concernant la poursuite de la prise en charge des séances de physiothérapie fait néanmoins partie de l'objet du présent recours, dans la mesure où, en plus d'avoir nié le lien de causalité, l'intimée s'est

A/2168/2025 - 13/25 - prononcée à cet égard, en exposant que ce traitement était inutile et superflu au vu d'une mobilité conservée de l'épaule droite du recourant, l'auto-rééducation étant suffisante dans ce contexte. Cela étant, la distinction qui précède concernant les objets soumis à l'examen de la juridiction de céans n'a pas de portée, dès lors que, pour les motifs qui suivent, la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour examen complémentaire.

### **E. 3.1**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par

une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

### **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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe

A/2168/2025 - 14/25 - d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

### **E. 3.3**

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

commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que

A/2168/2025 - 15/25 - sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n. U 189 p. 139).

### **E. 3.4**

À titre de prestations de l'assurance-accidents, l'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) ainsi qu'à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 1 et 2 LAA).

### **E. 3.5**

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur

une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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). 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

A/2168/2025 - 16/25 - 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. Étant 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, 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 d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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). 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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 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).

A/2168/2025 - 17/25 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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

### **E. 3.6**

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 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).

### **E. 4**

mai 2012 consid. 3.2.1).

### **E. 4.1**

En l'occurrence, l'intimée déclare en substance s'être fondée sur l'avis de son médecin-conseil pour refuser d'allouer des prestations, celui-ci ayant estimé que le lien de causalité entre l'accident du 29 décembre 2020 et l'état de santé du recourant n'était pas donné. Le recourant conteste la force probante des prises de position du médecin-conseil et soutient avoir droit aux prestations légales de l'assurance-accidents, au vu des avis exprimés par son médecin-traitant. Dans cette situation, il y a lieu d'examiner les différents avis médicaux au dossier et dire si le droit aux prestations peut être tranché en fonction de ceux-ci au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qui revient à se prononcer sur leur valeur probante.

A/2168/2025 - 18/25 -

### **E. 4.2**

Pour la bonne compréhension du litige, il paraît utile, en premier lieu, de résumer les arguments successifs développés par l'intimée pour soutenir sa position. Dans sa lettre informative du 30 juillet 2024, elle a indiqué que la radiographie du 23 mai 2024 ne montrait aucune trace de nécrose de la tête humérale, mais une lésion ostéolytique intra-médullaire correspondant à un probable enchondrome, de sorte que le cas ne relevait pas de l'assurance-accidents. À la suite de l'objection du recourant contestant qu'une simple suspicion suffise à refuser des prestations, l'intimée, dans sa décision du 30 octobre 2024, n'a plus fait référence à l'enchondrome ou à la nécrose, mais a indiqué que la radiographie du 7 janvier 2021 montrait déjà un important conflit sous-acromial. Dans la décision sur opposition querellée, l'intimée a indiqué qu'après avoir douté de l'existence de la nécrose aseptique de la tête humérale en raison des conclusions du rapport radiologique du 23 mai 2024, le Dr F\_\_\_\_\_ s'est finalement rallié à l'opinion du Dr E\_\_\_\_\_ et a émis l'hypothèse que l'enchondrome, qui pouvait bel et bien faire mal en grossissant, pouvait expliquer la disparition partielle de la nécrose sur ces clichés. Elle s'est de plus de nouveau fondée sur l'existence d'un acromion crochu de type III pour affirmer que les douleurs dont se plaignait le recourant étaient à mettre sur le compte d'une surcharge de l'articulation dans un contexte de conflit sous-acromial avéré. Enfin, dans ses écritures devant la chambre de céans, l'intimée relève, d'une part, que le Dr F\_\_\_\_\_ ne s'était pas prêté à des suppositions, comme le soutenait le recourant, mais avait fait le constat objectif que la nécrose avait disparu, sans séquelle. Elle mentionne, d'autre part, que le médecin avait émis l'hypothèse que la formation et l'apparition d'un enchondrome dans la tête humérale sur les radiographies du 23 mai 2024 pouvait expliquer la disparition partielle de la nécrose sur ces clichés, et invoque pour le surplus un important conflit sous-acromial. Il ressort des prises de position précitées que l'intimée tient pour acquis la présence d'un conflit sous-acromial en tant que facteur responsable des douleurs du recourant. Cela étant, son raisonnement au sujet de la présence, ou non, d'une nécrose de la tête humérale manque de clarté. Si elle a dans un premier temps affirmé que la nécrose avait disparu (lettre du 30 juillet 2024), on ne distingue pas de manière certaine, à la lecture de ses écritures suivantes, si elle considère qu'aucune nécrose n'affecte plus la tête humérale, ou si elle fait uniquement le constat qu'une telle nécrose n'était pas mise en évidence dans le premier rapport de radiographie du 23 mai 2024. Cela est d'autant plus vrai que l'intimée ne s'est pas prononcée sur les conclusions du second rapport des radiologues du 23 mai 2024 ayant relevé une hétérogénéité de la tête humérale correspondant aux séquelles d'ostéonécrose documentées en IRM, qui lui avait été remis le

#### **E. 4.3**

L'intimée se prévaut des avis de son médecin-conseil pour nier l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du recourant et l'évènement accidentel. Il y a ainsi lieu d'examiner si ceux-ci sont probants, au sens de la jurisprudence.

##### **E. 4.3.1**

S'agissant de la nécrose avasculaire de la tête humérale, il apparaît que le Dr F\_\_\_\_\_, avant de nier l'obligation de prester de l'assurance-accidents, considérait, notamment dans son avis du 2 octobre 2022, que les diagnostics de fracture céphalo-tubérositaire de l'humérus droit, de rupture spontanée du long chef du biceps et de nécrose avasculaire de la tête humérale étaient en rapport avec la chute et que l'état de santé du recourant ne reviendrait jamais au statu quo, ce qui pourrait justifier le versement d'une IPAI dans le futur. Ce n'est qu'après avoir été invité à se déterminer sur la radiographie du 23 mai 2024

que le Dr F\_\_\_\_\_ a nié la présence d'une ostéonécrose, estimant que l'enchondrome alors visualisé avait préalablement été interprété comme une nécrose. Il s'est aussi montré circonspect quant à l'existence avérée de la fracture de l'humérus (« C'est ainsi que la supposée fracture céphalo-tubérositaire décrite initialement suite à la chute, si elle existait, elle a guéri per primum et sans séquelle »), alors que plusieurs radiographies versées au dossier attestaient son existence, ce que le médecin-conseil admettra par la suite, après que l'intimée lui eut soumis de nouveau la radiographie du 7 janvier 2021 (cf. avis du 25 octobre 2024, explication relative à la nouvelle soumission). De plus, dans son avis du 25 octobre 2024 en réponse au courrier du Dr E\_\_\_\_\_ soulignant l'existence d'une nécrose avasculaire post-traumatique en référence à des clichés (IRM du « 20.01.21 »), le médecin-conseil ne prend pas directement position à cet égard mais prétend qu'il n'avait pas assez d'information pour en juger, dès lors que seule une suspicion de nécrose serait apparue sur l'imagerie du 22 août 2021 [recte : 20 août 2021], qui n'aurait pas été retrouvée lors de la radiographie du 23 mai 2024. Or, le Dr F\_\_\_\_\_ omet de mentionner que plusieurs autres documents évoquaient une telle nécrose ou en faisaient directement état. Ainsi, avant l'IRM du 20 août 2021, le Dr D\_\_\_\_\_ avait déjà souligné le risque de possible nécrose, au vu de son appréciation clinique (rapport du

#### **E. 4.3.2**

Quant à la question de l'existence d'un conflit sous-acromial en tant que cause des douleurs à l'épaule droite du recourante, il sied de constater que les déclarations du Dr F\_\_\_\_\_ manquent de précision.

A/2168/2025 - 21/25 - Bien qu'un acromion (qualifié de type III, respectivement de type II sur les différentes radiographies, sans que le médecin-conseil ne discute cet élément) ait déjà été mis en évidence lors de la réalisation de la première radiographie du 7 janvier 2021, puis ait été confirmé sur des clichés subséquents, le médecin-conseil n'avait nullement mentionné, dans ses rapports antérieurs à celui du 25 octobre 2024, que l'éventualité d'un conflit sous-acromial puisse jouer un rôle. Par ailleurs, dans le rapport précité, le médecin-conseil n'a pas exprimé clairement son avis à ce propos, notant que « [f]inalement, si on cherche d'autres étiologies de la douleur de cette épaule D, il faudrait s'intéresser peut-être à un important conflit sous-acromial de cette épaule décrit déjà sur les RX de l'épaule le 07.01.2021 ». Une telle formulation évasive ne permettait pas à l'intimée, sans autres mesures d'instruction, de retenir que le conflit sous-acromial était la cause des douleurs à l'épaule droite du recourant.

#### **E. 4.3.3**

Concernant le besoin de suivre des séances de physiothérapie – prestation de l'assurance-accidents sur laquelle le Dr F\_\_\_\_\_ a formellement pris position – on constate qu'il juge ce traitement non nécessaire au motif que la mobilité des deux épaules serait parfaitement symétrique. Dans ce contexte, l'auto-rééducation dans la vie de tous les jours serait largement suffisante. Or, ce faisant, le médecin-conseil ne discute pas le fait que le recourant présente une rotation interne de l'épaule droite limitée, pourtant soulignée par les orthopédistes traitants (cf. rapports des 14 septembre 2021 et 21 mars 2022 des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_), sans avoir pu juger lui-même du contraire puisqu'il n'a pas examiné le recourant.

#### **E. 4.3.4**

Il suit de ce qui précède que la position exprimée par le Dr F\_\_\_\_\_ selon laquelle le cas ne serait pas à charge de l'intimée ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'il n'est pas impossible pour l'assureur de statuer sur la base de la seule analyse du dossier médical, sans réalisation d'un examen clinique, il s'avère cependant que le médecin précité ne disposait en l'occurrence pas de tous les éléments médicaux pertinents avant de rendre ses rapports, qu'il n'a pas examiné attentivement tous les documents qui lui étaient soumis et que ses conclusions sont non seulement peu claires mais se fondent aussi sur des prémisses erronées, telles l'absence d'images attestant de la nécrose entre 2021 et 2024. Il doit en outre être rappelé que l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères lorsque l'analyse du cas ne repose pas sur une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, mais uniquement sur l'avis d'un médecin-conseil dont les conclusions sont remises en cause de manière suffisamment détaillée par les médecins traitants (cf. consid. 3.5 supra), ce qui est en l'occurrence le cas au vu des courriers du Dr E\_\_\_\_\_ des 30 septembre et 5 novembre 2024.

A/2168/2025 - 22/25 - Que ces correspondances soient relativement appuyées et transcrivent le ferme rejet des conclusions de l'intimée ne remet pas en cause, en tant que tel, les appréciations médicales qui y sont formulées, seul élément pertinent.

#### **E. 4.4**

Partant, l'intimée ne pouvait valablement se fonder sur les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ pour nier le rapport de causalité entre l'accident et les atteintes à l'épaule droite du recourant et réfuter la nécessité d'un traitement physiothérapeutique. Elle procède en outre à des constatations extensives des avis de son médecin-conseil lorsqu'elle mentionne, dans la décision querellée, qu'un acromion de type III, tel que présent chez le recourant, pouvait avoir une incidence au vu de l'activité de navigation qu'il pratiquait durant ses loisirs et que l'articulation de la coiffe des rotateurs commençait à montrer des signes d'usure à son âge, en sorte que les douleurs dont il se plaignait étaient à mettre, au stade de la vraisemblance prépondérante, sur le compte d'un conflit sous-acromial avéré. S'il est possible que le risque de dégénérescence progressive de l'épaule en fonction de facteurs tels que l'âge ou les activités de la vie quotidienne ait une assise scientifique, il sied de constater que l'intimée ne se fonde à ce propos sur aucune affirmation du Dr F\_\_\_\_\_, ni sur la doctrine ou la jurisprudence. Ne citant pas de source à son allégation, ses développements ne sauraient en l'état être retenus. Cela est d'autant plus vrai que la présence d'un conflit sous-acromial semble devoir être niée à la lecture des rapports de radiologie et des examens cliniques. Une rupture transfixiante des tendons du sus- ou du sous-épineux n'est en effet pas mise en évidence sur les différentes radiographies ou IRM et, cliniquement, les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ont constaté en 2021 seulement une légère amyotrophie du sus-épineux, respectivement un examen de la coiffe des rotateurs tenu. Dans son dernier rapport du 5 novembre 2024, le médecin précité souligne encore qu'il n'a aucun argument clinique pour un conflit sous-acromial.

#### **E. 4.5**

En définitive, les arguments de l'intimée au sujet de l'inexistence d'une relation de causalité naturelle entre l'accident et l'état de santé du recourant ne sauraient être approuvés. La chambre de céans n'est cependant pas en mesure de trancher le droit aux prestations sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. En effet, même si le Dr E\_\_\_\_\_ nie la présence d'un conflit sous-acromial et insiste fermement sur le diagnostic de nécrose aseptique

post-traumatique en tant que cause des douleurs à l'épaule droite, il sied néanmoins de constater qu'il parle à une occasion, dans son rapport du 16 juillet 2024, d'une rupture de la coiffe des rotateurs. À ce stade, on ne sait rien de plus sur cette éventuelle rupture, dont on peut penser qu'elle pourrait être apparue postérieurement aux derniers examens radiologiques versés au dossier. À défaut d'autres précisions, on ne sait pas non plus si elle serait en mesure

A/2168/2025 - 23/25 - d'expliquer les troubles du recourant, respectivement si elle exercerait une influence sur le statu quo sine, de façon à interrompre le lien de causalité entre la nécrose post-traumatique et l'état de l'épaule droite. Cette question devant être examinée par un spécialiste, il y a ainsi lieu de renvoyer le cas à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique aux fins de statuer sur le lien de causalité entre l'état de santé du recourant et l'accident du 29 décembre 2020 et, le cas échéant, de se déterminer sur les prestations sollicitées, soit le traitement de physiothérapie et le versement d'une IPAI. Au vu des manquements relevés plus haut concernant l'absence de valeur probante des investigations mises en œuvre par l'intimée, il se justifie de lui faire supporter l'instruction complémentaire du dossier, ce qui lui permettra en outre de solliciter de l'expert qu'il se prononce aussi sur les prestations demandées, soit le traitement de physiothérapie et l'IPAI lorsque le traitement médical sera terminé, dans l'hypothèse où il viendrait à admettre la causalité naturelle. Partant, les mesures d'instruction sollicitées par le recourant doivent être rejetées.

#### **E. 4.6**

À ce stade, la chambre de céans n'a pas à examiner si le cas relève d'une rechute ou d'une séquelle tardive au sens de l'art. 11 OLAA, comme la décision entreprise le suggère, étant cependant précisé que l'ostéonécrose a été documentée entre 2021 et 2024 (cf. notamment IRM du 18 août 2022) et qu'il ne ressort pas du dossier que l'intimée aurait formellement clôturé le cas en 2023. 5. Le Dr F\_\_\_\_\_ a transmis une facture d'honoraires en CHF 1'500.- pour l'établissement de son rapport du 6 janvier 2026, montant qui a été acquitté par la chambre de céans. 5.1 Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais d'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_523/2022 du 30 mars 2023 consid. 7.2 et la référence). Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes. Il en va de même en ce qui concerne une expertise présentée par une partie : les frais qui en découlent doivent être mis à la charge de l'assureur social lorsque l'expertise était indispensable pour trancher le litige

A/2168/2025 - 24/25 - (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les références). L'admissibilité de l'imputation des frais d'un rapport médical à l'administration ne dépend pas de la question de savoir si ledit rapport a effectivement permis de fournir les éclaircissements attendus par le juge cantonal (arrêt du Tribunal

fédéral 9C\_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.3 et les références). 5.2 En l'espèce, il se justifie de faire supporter à l'intimée les frais d'établissement du rapport du 6 janvier 2026 en tant que celui-ci a servi à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative. La chambre de céans a en effet été contrainte d'interpeller le Dr F\_\_\_\_\_ – médecin-conseil de l'assurance – du fait que ses prises de position laissaient entrevoir qu'il n'avait pas eu connaissance de certains rapports médicaux au dossier, ce qui s'est avéré exact, l'intimée ne lui ayant pas communiqué le second rapport de radiographie du 23 mai 2024 et ce médecin n'ayant pas analysé le cliché d'IRM figurant en annexe d'une correspondance du Dr E\_\_\_\_\_. Il s'agit-là de défauts que l'intimée aurait facilement pu déceler et auxquels elle aurait dû remédier avant de rendre sa décision sur opposition. Les frais d'établissement d'expertises judiciaires ou privées pouvant être mis à la charge de l'assurance lorsque les résultats de l'instruction administrative mise en œuvre n'ont pas une valeur probatoire suffisante, il doit a fortiori en aller de même lorsqu'il s'agit d'interpeller le médecin-conseil de l'assurance afin qu'il complète son analyse. À défaut, cela reviendrait à faire supporter à la juridiction des assurances sociales des frais qui auraient normalement dû être assumés par l'autorité administrative. 5.3 L'intimée sera ainsi invitée à prendre en charge les frais du rapport, en CHF 1'500.-, et à les rembourser à la juridiction de céans qui en a fait l'avance. 6. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 26 mai 2025 est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/2168/2025 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

#### **E. 7**

novembre 2024. Bien que le rejet de toutes prestations puisse a priori

A/2168/2025 - 19/25 - implicitement être considéré comme la négation de l'existence d'une nécrose, la position de l'intimée sur ce point aurait méritée d'être moins ambiguë.

#### **E. 10**

août 2021). Dans sa lettre au Dr E\_\_\_\_\_ du 24 août 2021, le Dr D\_\_\_\_\_ a par ailleurs exposé être d'avis que les douleurs résiduelles du recourant étaient compatibles avec la nécrose osseuse et a aussi mentionné ce diagnostic dans son rapport du 21 mars 2022. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il a mentionné à trois reprises (courriers des 14 septembre 2021 et 30 septembre 2024 et rapport du 16 juillet 2024) la présence d'une nécrose avasculaire, laquelle a même été qualifiée de relativement étendue dans la première lettre, rédigée avant toute contestation avec l'intimée. De plus, ce ne sont pas seulement les rapports des orthopédistes traitants qui font état d'une nécrose de la tête humérale, mais aussi une IRM du 18 août 2022 – concluant à une

A/2168/2025 - 20/25 - nécrose avasculaire polaire supérieure de la tête humérale sans atteinte de la plaque sous-chondrale et sans perte de la sphéricité de la tête – sur laquelle le Dr F\_\_\_\_\_ ne se prononce pas. Ensuite, bien que le rapport de radiographie du 31 août 2023 ne constate pas de nécrose de la tête humérale, celle-ci est néanmoins mentionnée en tant qu'élément clinique. S'agissant enfin du fait que la nécrose n'aurait pas été retrouvée

sur la première radiographie du 23 mai 2024, il sied de constater qu'aucun examen par radiographie antérieur ne l'a non plus mise en évidence, cette lésion ayant uniquement directement été visualisée au moyen d'IRM. Au surplus, il n'est pas décisif de savoir si le Dr E\_\_\_\_\_ s'est trompé dans la date lorsqu'il mentionne un cliché du « 20 janvier 2021 » évocateur de la nécrose avasculaire, au lieu peut-être de la date du 20 août 2021. L'on constate en effet que ni l'intimée, ni son médecin-conseil, n'ont jugé utile de demander des précisions au médecin à cet égard, ni n'ont examiné le cliché produit, lequel, s'il n'était pas reproduit de façon suffisamment lisible, aurait sans difficulté pu être adressé sous une forme plus distincte. Rien ne les empêchait non plus de comparer l'image alors soumise avec celle du 20 août 2021 afin de vérifier s'il s'agissait en réalité de la même IRM. Il paraît en outre surprenant que l'intimée n'ait pas remis à son médecin-conseil le second rapport du 23 mai 2024, qui lui avait été communiqué par le secrétariat du Dr E\_\_\_\_\_ le 7 novembre 2024. Ce rapport traitait en effet d'un point essentiel, soit la compatibilité de l'imagerie avec la présence d'une ostéonécrose de la tête humérale. Il est vrai que l'on ignore dans quelles circonstances ce rapport, daté du même jour que celui envoyé dans un premier temps à l'intimée et signé par deux radiologues au lieu d'un seul, a été rédigé. Ces éléments auraient cependant, le cas échéant, pu être éclaircis sur demande de l'intimée. Ils n'excluaient en tout état pas que le médecin-conseil se prononce sur les constatations qui y étaient rapportées. L'hypothèse que le rapport ait pu être rédigé après une nouvelle visualisation des images par les radiologues – lesquels semblent avoir nouvellement disposé en comparatif d'une IRM documentant l'ostéonécrose – ne permet pas d'en écarter les conclusions sans autre objection matérielle. Enfin, interpellé par la chambre de céans, le Dr F\_\_\_\_\_ est revenu sur l'historique du dossier et a fait état de ses doutes quant à l'origine des éléments médicaux sur lesquels il était invité à se prononcer, mais ne s'est pas déterminé sur ceux-ci. Il découle de ce qui précède que la conclusion de l'inexistence d'une nécrose de la tête humérale n'est pas fondée sur une étude attentive de l'ensemble du dossier médical, notamment de l'imagerie.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.