

# **GE\_GERICHTE ATAS/29/2026 vom 20. Januar 2026**

GE Cour de justice, 2026-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_29\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_29_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/29/2026 du 20 janvier 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/29/2026 del 20 gennaio 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**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/1823/2023 - 8/17 -

### **E. 1.3**

Interjeté dans la forme et le délai de 30 jours prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 let. a, 89A et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

## **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations au-delà du 18 octobre 2022.

### **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 et les références). Aux termes de l'al. 2 dudit article, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : a. les fractures ; b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les élongations de muscles ; f. les déchirures de tendons ; g. les lésions de ligaments ; h. les lésions du tympan. 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

### **E. 3.2**

Dans un arrêt 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du

A/1823/2023 - 9/17 - Tribunal fédéral 8C\_520 du 3 mai 2021 consid. 5.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

### **E. 3.3**

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. 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). A 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le

A/1823/2023 - 10/17 - 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 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

#### **E. 3.4**

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. 3.5**

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). Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique, mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

#### **E. 4.1**

; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

#### **E. 4.2**

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré » (sur cette notion : cf. ci-après : consid. 5.2.2) et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid.

## **E. 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).

### **E. 5.1**

; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

A/1823/2023 - 12/17 -

### **E. 6.1**

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.

### **E. 6.2**

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).

### **E. 6.3**

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. 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).

#### **E. 6.4**

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).

#### **E. 6.5**

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des

A/1823/2023 - 13/17 - contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

#### **E. 7**

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

#### **E. 8**

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

#### **E. 9**

En l'espèce, l'intimée a supprimé le droit aux prestations d'assurance qui avaient été accordées au recourant à la suite de l'accident du 9 mai 2022, estimant que les atteintes n'étaient plus en lien avec le sinistre au-delà du 18 octobre 2022. Elle justifie sa position en s'appuyant sur les appréciations de son médecin

A/1823/2023 - 14/17 - d'assurance, le Dr D\_\_\_\_\_, des 29 juin et 17 octobre 2022, 15 mars 2023 ainsi que les 29 août et 18 novembre 2025. Le recourant conteste que les effets de l'accident aient pris fin au 18 octobre 2022 et sollicite dès lors le versement des prestations d'assurances dues.

#### **E. 10**

Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports médicaux au dossier, en particulier du rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et de son complément ainsi que des appréciations du Dr D\_\_\_\_\_. Il sera relevé que, par ordonnance du 18 février 2025, la Cour de céans a d'ores et déjà considéré que les appréciations du Dr D\_\_\_\_\_ des 29 juin et 17 octobre 2022 ainsi que du 15 mars 2023 étaient insuffisantes pour trancher la présente affaire, raison pour laquelle une expertise judiciaire a été ordonnée. S'agissant du rapport d'expertise et de son complément, le recourant conclut à sa pleine valeur probante alors que l'intimée la conteste. La Cour de céans observe que le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ repose sur l'intégralité du dossier médical du recourant, dont les plaintes ont été prises en considération. L'expert a procédé à un examen clinique complet dans son domaine de spécialisation et s'est livré à une analyse minutieuse du cas. Il a justifié son appréciation, en particulier lorsqu'il s'est écarté des conclusions d'autres médecins, et ce sur toutes les questions litigieuses, en particulier sur le lien de causalité. Il a présenté des conclusions claires, cohérentes et argumentées. Sur la base de son analyse, il a retenu que, bien que des éléments dégénératifs aient été constatés à l'IRM, les ruptures transfixiantes et la subluxation du biceps sont d'origine traumatiques, étant précisé que les atteintes du

recourant, soit les déchirures des tendons, la lésion ligamentaire et l'élongation musculaire, correspondent à une lésion corporelle relevant de l'art. 6 al. 2 LAA. Les remarques de l'intimée et de son médecin d'assurance ont été soumises à l'expert, ce qui a conduit au complément du 7 novembre 2025. Dans ce dernier, le Dr G \_\_\_\_\_ répond aux remarques de l'intimée. Il explique la méthodologie appliquée pour réaliser son expertise. Il relève notamment que les observations de l'intimée sont dénuées d'argumentation scientifique et de références. Il explique que ses conclusions sont fondées sur le principe de la vraisemblance prépondérante et s'appuient sur le mécanisme de l'accident, la symptomatologie immédiate, l'imagerie, l'évolution postopératoire et l'absence d'antécédents douloureux ou fonctionnels significatifs avant l'accident. Pour l'expert, l'intimée se limite à faire part d'une appréciation divergente. S'agissant du mécanisme lésionnel, il retient que les différences entre les rapports sont rédactionnelles, mais que l'essence est identique. Les comorbidités ont par ailleurs été discutées dans le rapport d'expertise. L'expert note que le terme « atteinte antérieure » se rapporte à la localisation anatomique de la lésion. Pour lui, la non-reconnaissance de cette lésion interroge sur la rigueur de l'analyse médicale du Dr D \_\_\_\_\_. En ce qui concerne la pseudo-paralysie, il développe que sa définition a

A/1823/2023 - 15/17 - beaucoup évolué et reste très controversée. Selon les explications de l'expert, elle se caractérise par la perte de mobilité active décrite dans les rapports et admise par le Dr D \_\_\_\_\_. Il relève ainsi que le rapport initial mentionne une « limitation fonctionnelle sévère », ce qui peut correspondre à la définition de pseudo-paralysie. Il s'est par ailleurs appuyé sur de très nombreuses publications scientifiques et non pas sur une seule référence. Il relevait que dans son écriture du 15 novembre 2024, l'intimée avait indiqué ne pas voir de motif de récusation à son encontre. Il soulignait notamment être classé par le site indépendant J \_\_\_\_\_ comme premier expert mondial de la chirurgie de l'épaule. Son activité académique comprenait plus de 335 publications scientifiques. En conclusion, il persistait dans son rapport d'expertise. Dans ses observations du 3 décembre 2025, l'intimée, se basant sur les points soulevés par le Dr D \_\_\_\_\_ dans son avis du 18 novembre 2025, a reproché en substance à l'expertise et à son complément de ne pas tenir compte des renseignements fournis par le Dr I \_\_\_\_\_, des antécédents du recourant et d'avoir retenu une pseudo-paralysie immédiate alors que le document cité évoque une limitation fonctionnelle sans noter une pseudo-paralysie. Le Dr D \_\_\_\_\_ estimait que l'appréciation de l'expert résultait de la maxime « post hoc, ergo propter hoc » en l'absence de signes d'atteinte aiguë à l'imagerie mais en présence de signes d'atteinte chronique. La Cour de céans constate que, contrairement aux allégations de l'intimée, l'expert s'est déjà prononcé sur les remarques quant à la pseudo-paralysie. S'agissant des précisions du Dr I \_\_\_\_\_, elles sont discutées dans le rapport d'expertise. Quant aux antécédents, le Dr D \_\_\_\_\_ se base sur les conclusions de l'IRM réalisée après l'accident et sur la mention par la Dre E \_\_\_\_\_ du 2 août 2022 « d'antécédents de vague douleurs non invalidantes ». Or, dans le rapport d'expertise, le Dr G \_\_\_\_\_ retient qu'il n'y a pas d'antécédents significatifs avant l'accident, de sorte qu'il apparaît qu'il a bel et bien tenu compte de l'intégralité des éléments au dossier pour se prononcer. S'agissant des propos relevant de l'impartialité de l'expert, il sera relevé que l'intimée elle-même a indiqué ne pas avoir de motif de récusation au moment de la désignation de l'expert. Par ailleurs, ce dernier a apporté des précisions sur ses compétences et qualifications, éléments non remis en cause par l'intimée. Au vu de ce qui précède, il n'existe aucun élément permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'expertise judiciaire du Dr G \_\_\_\_\_, circonstanciées et bien motivées. La Cour de céans

considère dès lors qu'elle remplit les prérequis jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Par conséquent, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident au-delà du 18 octobre 2022.

A/1823/2023 - 16/17 - La Cour de céans retient par ailleurs que, compte tenu des éléments précités, l'intimée a diligenté une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées. Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 6'000.-, selon la facture du 26 mai 2025 du Dr G\_\_\_\_\_, sont donc mis à la charge de l'intimée.

#### **E. 11**

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- 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. a LPGA).

\*\*\*

A/1823/2023 - 17/17 - 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.