

GE_GERICHTE ATAS/625/2025 vom 22. August 2025

GE Cour de justice, 2025-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_625_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/625/2025 du 22 août 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/625/2025 del 22 agosto 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Il convient d'examiner la recevabilité du recours quant au délai.

E. 1.2.1

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ■ E 5 10). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

A/2109/2024 - 12/27 - Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 cum 60 al. 2 LPGA). L'acte de recours doit être remis au plus tard au tribunal compétent ou, à son adresse, à la Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 cum 60 al. 2 LPGA par analogie ; Jean MÉTRAL, in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 3 ad art. 60 LPGA).

E. 1.2.2

L'élément déterminant pour la sauvegarde du délai de recours est le dépôt de l'acte de recours en temps utile dont le recourant a le fardeau de la preuve. Il incombe ainsi à la partie recourante d'apporter la preuve stricte de l'expédition en temps utile d'un acte de procédure, soit du respect du délai. En particulier, il appartient à l'expéditeur d'apporter la preuve du dépôt de son acte de recours auprès de la Poste suisse au plus tard à minuit le dernier jour du délai (ATF 142 V 389 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C_1701/2021 du 4 octobre 2021). L'envoi est présumé remis à la Poste suisse à la date mentionnée sur le tampon apposé sur l'enveloppe par l'office postal ou à la date mentionnée lors du premier enregistrement électronique de l'envoi par la Poste suisse (Track & Trace). Cette présomption peut être levée par d'autres moyens de preuve, par exemple en faisant attester la date de l'envoi par un ou plusieurs témoins mentionnés sur l'enveloppe (ATF 142 V 389 consid. 2.2 ; Jean MÉTRAL, op. cit. n. 7 ad art. 60 LPGA). L'avocat qui dépose son pli dans une boîte postale après la fermeture du guichet doit s'attendre à ce que le courrier ne soit pas

enregistré le jour même de la remise, mais à une date ultérieure. Aussi doit-il indiquer spontanément à l'autorité de recours, et avant l'échéance du délai, qu'il a respecté celui-ci, en présentant les moyens qui l'attestent. Pour renverser la présomption, il importe que la partie recourante produise ses preuves dans le délai de recours, ou du moins les désigne dans l'acte de recours, ses annexes ou sur l'enveloppe qui le contient (ATF 147 IV 526 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_569/2023 du 31 juillet 2023 consid. 1.1). Est notamment admissible, à titre de preuve, l'attestation de la date de l'envoi par un ou plusieurs témoins mentionnés sur l'enveloppe concernée. La présence de signatures sur l'enveloppe n'est pas, en soi, un moyen de preuve du dépôt en temps utile, la preuve résidant dans le témoignage du ou des signataires ; il incombe dès lors à l'intéressé d'offrir cette preuve dans un délai adapté aux circonstances, en indiquant l'identité et l'adresse du ou des témoins (arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2018 du 7 novembre 2018 consid. 3.3).

E. 1.2.3

En l'espèce, la décision querellée a été notifiée au recourant le 22 mai 2024. Le délai de 30 jours pour recourir par-devant la chambre de céans est donc arrivé à échéance le 21 juin 2024. Le sceau postal figurant sur l'enveloppe contenant le

A/2109/2024 - 13/27 - recours porte la date du 24 juin 2024 et a été reçu le 25 juin 2024 par la chambre de céans. Le recours est ainsi présumé avoir été déposé tardivement. Cette présomption étant réfragable, il convient d'examiner si le recourant, soit pour lui son avocat, a apporté la preuve stricte du respect du délai de recours conformément à la jurisprudence fédérale précitée. À l'intérieur de l'enveloppe qui contenait le recours et son bordereau de pièces, se trouvait une lettre manuscrite datée du 21 juin 2024 ayant la teneur suivante : « [j]e, soussigné, T_____, atteste avoir été témoin du fait que Maître Z_____ a déposé la présente enveloppe dans la boîte jaune de la Poste à l'angle de la rue U_____ et la rue V_____, le vendredi 21 juin 2024 aux alentours de 23h ». Le prénom, le nom, l'adresse ainsi que la signature manuscrite du témoin étaient inscrits sur la lettre. De plus, celle-ci était accompagnée d'une copie de la carte d'identité du témoin T_____. Par courrier du 17 juillet 2024, l'avocat du recourant a encore indiqué qu'il avait remis son mémoire de recours dans la boîte aux lettres se situant à l'angle des rues U_____ et V_____ le 21 juin 2023 à 23h environ, en présence dudit témoin. Force est de constater que le recourant a bel et bien présenté avant l'échéance du délai de recours le moyen de preuve établissant le dépôt en temps utile de son mémoire de recours. En effet, dans l'enveloppe contenant le recours, se trouvait une lettre manuscrite d'un témoin qui a fourni des explications relatives à l'envoi du mémoire de recours. Ce témoin a ainsi attesté que le pli avait été déposé dans une boîte aux lettres de la Poste suisse le 21 juin 2024 avant minuit, étant précisé que la lettre était manuscrite, mentionnait la date du 21 juin 2024 et contenait les coordonnées ainsi que la signature du témoin concerné. L'avocat du recourant a en outre fourni des indications à cet égard, dont la teneur était la même que les explications du témoin. Il sied également de relever que l'intimée, invitée à se prononcer sur la recevabilité du recours, n'y a pas donné suite, de sorte qu'il peut être admis qu'elle ne la conteste pas. Sur la foi de cette attestation et des indications fournies par l'avocat du recourant, la chambre de céans considère que le mémoire de recours a bel et bien été remis en temps utile à la Poste suisse. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que l'acte de recours a été déposé dans le délai légal. Partant, le recours, interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, est recevable.

E. 2

Il convient de définir l'objet du litige.

E. 2.1

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie,

A/2109/2024 - 14/27 - sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

E. 2.2

Selon la jurisprudence, la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical, d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

E. 2.3

En l'occurrence, la décision litigieuse du 17 mai 2024 confirme, sur opposition, celle du 20 septembre 2023, par laquelle l'intimée a statué sur les droits du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Préalablement, l'intimée avait, par courrier du 4 mai 2023, informé le recourant qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières et au paiement des soins médicaux avec effet au 31 mai 2023. Par conséquent, en rendant une décision formelle le 20 septembre 2023, confirmée sur opposition le 17 mai 2024, de refus d'invalidité et d'octroi d'une IPAI de 15%, l'intimée a, par voie de conséquence, également refusé formellement le versement de l'indemnité journalière et le paiement des soins médicaux dès le 1er juin 2023. Le litige porte en conséquence tant sur la cessation au 31 mai 2023 des prestations précitées que sur le refus d'une rente d'invalidité et le taux de l'IPAI. Partant, les conclusions du recourant sont recevables.

E. 2.4

Le litige porte donc sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 31 mai 2023, cas échéant sur l'évaluation de son degré d'invalidité et le taux de l'IPAI octroyé par l'intimée.

A/2109/2024 - 15/27 -

E. 3

août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). 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 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

A/2109/2024 - 18/27 - une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

E. 3.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, 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 LPGGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). 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.

E. 3.2

Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Par ailleurs, aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

E. 3.3

En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. L'art. 19 al. 3 LAA indique que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

E. 3.3.1

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement

A/2109/2024 - 17/27 - médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatives aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du

E. 3.4

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

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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (cf. 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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

A/2109/2024 - 19/27 - 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 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. 3.5.1

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).

E. 3.5.2

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

E. 3.5.3

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 mêmes 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

A/2109/2024 - 20/27 - 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. 4.6).

E. 3.5.4

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

E. 3.5.5

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. 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 ; 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).

E. 3.6

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) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

A/2109/2024 - 21/27 - 4. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 31 mai 2023. En se fondant sur l'avis de son médecin-conseil à la suite de l'examen médical du 25 avril 2023, elle a considéré que le recourant n'avait plus besoin de traitement et que celui-ci avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sans perte de rendement. Elle a par la suite nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et lui a reconnu le droit à une IPAI de 15%, correspondant à un montant de CHF 22'230.-. Le recourant conteste l'appréciation du Dr F_____, tant sur le plan de la stabilisation de son état de santé que sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il estime que sa situation médicale n'était pas stabilisée au 31 mai 2023, au contraire, celle-ci s'était aggravée, notamment à son épaule droite. Il reproche à l'intimée d'avoir mené une instruction incomplète et insuffisante, de sorte qu'il convenait de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire, en particulier en rhumatologie et orthopédie. 4.1 À titre liminaire, il est relevé que le lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule droite et l'accident du 28 juillet 2021 est admis par l'intimée. Il en va de même de l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès l'accident, qui n'est pas remise en cause par les parties. Restent litigieuses les questions d'une éventuelle aggravation de son état de santé et de sa capacité de travail résiduelle. 4.2 Il s'agit donc d'examiner en premier lieu la question de la stabilisation de l'état de santé qui est principalement remise en cause par le recourant. En l'occurrence, pour rendre sa décision querellée et considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé, l'intimée s'est appuyée sur l'appréciation du 28 avril 2023 du Dr F_____, dont il convient d'examiner la valeur probante. 4.2.1 Pour établir son rapport précité, le Dr F_____ s'est fondé sur l'ensemble des pièces médicales du dossier, dont les documents radiologiques, et a procédé à son propre examen clinique le 25 avril 2023. Les plaintes du recourant ont été prises en considération et concernaient, à ce moment-là, l'épaule droite. Au terme de son analyse, le Dr F_____ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Il a notamment expliqué qu'après la chute du recourant, le bilan radiologique n'avait pas mis en évidence de fracture. Le traitement conservateur initial avait eu des résultats tout à fait favorables au niveau du membre inférieur droit, avec une persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite. Un bilan complémentaire avait mis en évidence une rupture de la coiffe des rotateurs sous scapulaire et sus-épineux. Le traitement conservateur s'était poursuivi et en raison de l'échec de celui-ci, une intervention avait eu lieu le 3 décembre 2021, correspondant à une tentative de suture arthroscopique, complétée par une suture à ciel ouvert au niveau du sous- scapulaire en raison d'une rétraction de celui-ci. L'évolution était plus au moins favorable avec la récupération d'une certaine mobilité, mais avec une persistance

A/2109/2024 - 22/27 - d'une faiblesse dans les mouvements en rotation interne. Une nouvelle IRM ayant été réalisée en fin d'année 2022 avait mis en évidence l'échec de la réparation au niveau du sous-scapulaire, expliquant la perte de fonction en rotation interne. Du fait de l'importante apoptose, c'est-à-dire une dégénérescence graisseuse musculaire, une réparation chirurgicale n'était pas envisageable, l'échec de celle-ci étant quasiment garantie. Ainsi, pour toutes ces raisons, le Dr F_____ a considéré que, sur le plan médical, l'état était stabilisé avec une perte de force au niveau des mouvements en rotation interne de l'épaule droite. Cette appréciation est en adéquation avec d'autres avis médicaux au dossier. En effet, de nombreux médecins ont constaté une évolution favorable avec une persistance de la perte de force pour le mouvement de rotation interne au niveau de l'épaule droite et aucun médecin n'a indiqué qu'un quelconque traitement médical était de nature à améliorer de manière significative l'état du recourant. Au contraire, il ressort de différents rapports que la physiothérapie était prescrite afin de maintenir les amplitudes articulaires et la trophicité initiale (cf. rapport du 29 novembre 2022 des Drs L_____ et M_____) et d'optimiser la fonction de l'épaule (cf. rapport du 24 février 2023 du Dr L_____), et non pas à guérir l'atteinte à la santé. De plus, aucune intervention chirurgicale n'a été considérée comme envisageable pour permettre une amélioration de l'état de santé (cf. rapport du Dr L_____ du 24 février 2023). En outre, certains médecins font valoir qu'aucune récupération probable de la capacité de travail n'était envisagée, considérant à cet égard que la reprise de l'activité habituelle était fortement compromise (cf. rapports des 5 et 17 janvier 2023 des Drs L_____ et M_____). Quant au rapport de consultation du 11 janvier 2024 des Drs P_____ et Q_____, produit dans le cadre du complément d'opposition du 5 février 2024, celui-ci ne permet pas de remettre en cause la conclusion du Dr F_____ concernant la stabilisation de l'état de santé du recourant, soit de son épaule droite plus précisément. En effet, aux termes de ce rapport, concernant l'épaule droite, il persistait un déficit pour lequel il était préconisé, dans un premier temps, une infiltration à but de soulager les douleurs ainsi que la poursuite de la physiothérapie afin de maximaliser les amplitudes articulaires. Or, conformément à la jurisprudence fédérale, l'administration d'un traitement par infiltrations, telle que suggéré par les Drs P_____ et Q_____, ne suffit pas à exclure la stabilisation de l'état de santé du recourant, ce traitement ayant au demeurant qu'une visée palliative dans le cas d'espèce. Il convient également de rappeler qu'il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. De plus, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé. En conséquence, le rapport du 11 janvier 2024 des Drs P_____ et Q_____ ne permet pas de remettre en doute la conclusion du Dr F_____ s'agissant de l'épaule droite du recourant.

A/2109/2024 - 23/27 - En outre, la Dre R_____, médecin traitante du recourant, a confirmé l'appréciation du médecin-conseil du 28 avril 2023 s'agissant des diagnostics posés ainsi que de la stabilisation de l'état de santé du recourant concernant son épaule droite (cf. rapport du 30 juin 2025 de la Dre R_____). Par conséquent, le rapport du Dr F_____ se veut a priori probant, dans la mesure où, au moment de son établissement, aucun élément au dossier ne permettait de remettre en cause les constatations médicales posées. 4.2.2 Reste à examiner si d'autres éléments au dossier sont susceptibles de douter du bien-fondé des conclusions du rapport du Dr F_____ du 28 avril 2023, soit d'attester d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant. Il est rappelé à cet égard que, dans la mesure où l'intimée a fondé la décision querellée sans avoir recours à une expertise au sens de l'art. 44 LPG, il convient d'examiner s'il existe un doute, même minime, sur la validité

des constatations du médecin-conseil de l'intimée. Sollicitée par la chambre de céans, la Dre R_____, qui suit le recourant depuis le 15 décembre 2022, a attesté d'une péjoration de son état de santé qu'elle situe en avril 2024 et qui est localisée au niveau de son épaule gauche. En effet, dans son rapport du 30 juin 2025 établi à la demande de la chambre de céans, la Dre R_____ a confirmé les atteintes à l'épaule droite telles que retenues par le Dr F_____, tout en précisant que l'évolution de la pathologie de l'épaule droite était stable et sans changements notables entre 2023 et 2024. En revanche, elle a noté l'apparition de nouvelles pathologies à l'épaule gauche, précisant que celles-ci étaient apparues lors du stage de réinsertion du recourant et ont été confirmées par une IRM en 2024 [NDR : cf. rapport du 9 avril 2024 des Drs X_____ et Y_____]. Il s'agit des diagnostics suivants : une tendinopathie calcifiante à l'enthèse du supra-épineux, une tendinopathie fissuraire focale quasi transfixiante de l'enthèse du tendon sous-épineux et une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps subluxé médialement. En conséquence à ces atteintes, la Dre R_____ a conclu que le recourant présentait une limitation dans tous les mouvements de l'épaule gauche, en raison des douleurs, avec péjoration lors des mouvements répétitifs, en particulier lors du stage. Cette nouvelle pathologie tendineuse de l'épaule gauche, combinée à la pathologie préexistante de l'épaule droite, a mené à une nouvelle incapacité de travail complète entre les 18 avril 2024 et jusqu'à la fin de la période mentionnée au 17 mai 2024. Ainsi, la Dre R_____ a établi qu'en raison de cette nouvelle situation, la capacité de travail du recourant avait changé : s'additionnait aux limitations déjà connues, une incapacité nouvelle aux mouvements répétitifs et au port de charges par le membre supérieur gauche. La Dre R_____ a également expliqué que lors du stage de réinsertion professionnelle établi par l'OAI du 15 avril au 14 juillet 2024, elle a prescrit un arrêt de travail à compter du 18 avril 2024 en raison de la nouvelle pathologie à l'épaule gauche. Elle a précisé que la pathologie de l'épaule

A/2109/2024 - 24/27 - gauche était inexistante lors de l'examen médical du recourant par le Dr F_____, de sorte que les conclusions de ce dernier concernant l'épaule droite étaient confirmées. En revanche, si l'appréciation selon laquelle le recourant présentait une capacité de travail complète dans une activité adaptée sans baisse de rendement était pertinente en avril 2023, elle ne l'était plus en mai 2024 et cela devrait mener à une nouvelle expertise. Quant à la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre cette nouvelle atteinte à l'épaule gauche et l'accident du 28 juillet 2021, la Dre R_____ a indiqué que la situation était moins claire. Selon elle, il était probable que les limitations fonctionnelles de l'épaule droite aient mené à une surutilisation du membre supérieur gauche lors du stage aux EPI, avec comme conséquence l'apparition de la tendinite complexe de l'épaule gauche. Toutefois, la médecin traitante ne pouvait attester d'un lien direct entre l'accident et les limitations de l'épaule gauche et préconisait la mise en place d'une expertise pour établir un éventuel lien de causalité. Dans un précédent rapport du 27 septembre 2024 établi en faveur de l'OAI, la Dre R_____ a également attesté d'une péjoration de l'état de santé du recourant, retenant notamment que l'épaule gauche était en aggravation en raison « d'effet de compensation de remplacer les mouvements ». Il ressort également d'une note du service de réadaptation de l'OAI du 28 novembre 2023 que le recourant décrivait des limitations à « son bras gauche » et que la sollicitation des bras entraînait une baisse de rythme. Au vu de ces éléments, force est de constater que l'appréciation de la Dre R_____ concernant la nouvelle atteinte à l'épaule gauche, qu'elle situe en avril 2024, apparaît comme suffisamment étayée pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé du recourant à tout le moins dès le mois d'avril 2024. En effet,

les pathologies retenues à son épaule gauche ont été objectivement constatées lors de l'IRM du 9 avril 2024 (cf. rapport du 9 avril 2024 des Drs X_____ et Y_____). Les limitations qui en découlent semblent également plausibles, dans la mesure où le recourant a été mis en arrêt complet de travail à compter du 18 avril 2024 pour une durée d'un mois alors qu'il effectuait sa mesure de réinsertion professionnelle mise en place par l'OAI. Selon la Dre R_____, cette incapacité de travail était en lien avec l'apparition de la nouvelle pathologie de l'épaule gauche. Cette limitation au niveau du « bras gauche » avait également été observée par le service de réadaptation de l'OAI en novembre 2023 (cf. note de travail du 28 novembre 2023 du service de réadaptation de l'OAI). En outre, la chambre de céans considère qu'à ce stade, l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule gauche et l'accident survenu le 28 juillet 2021 ne peut être exclue. En effet, le rapport de la Dre R_____ du 30 juin 2025 est de nature à jeter un doute sérieux sur l'éventualité d'un lien de causalité, en évoquant

A/2109/2024 - 25/27 - notamment une possible sursollicitation du bras gauche en compensation des limitations fonctionnelles affectant l'épaule droite. Il est rappelé à cet égard qu'en cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par l'accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné lesdites atteintes résultant d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant précisé que l'obligation de prêter de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2). Cela étant, ce rapport précité n'est pas suffisant pour permettre, à lui seul, de tenir ce lien de causalité pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales. En effet, la Dre R_____ indique que ce lien de causalité est probable, mais qu'elle n'est pas en mesure de l'attester, de sorte qu'il convient de l'investiguer. Ainsi, la chambre de céans considère que, bien que l'aggravation de l'état de santé du recourant en lien avec l'épaule gauche soit survenue postérieurement au rapport du Dr F_____, il appartenait à l'intimée de procéder aux investigations nécessaires à ce sujet. En effet, dès lors que l'IRM du 9 avril 2024 met en évidence une nouvelle atteinte (à l'épaule gauche), cette aggravation doit être réputée s'être manifestée avant la décision querellée. Il y a lieu de préciser que ce rapport, versé au dossier de l'OAI du recourant, était également accessible à l'intimée. Il découle de ce qui précède que l'atteinte à l'épaule gauche attestée par la Dre R_____ n'a pas été investiguée par l'intimée et permet de faire douter de la validité des conclusions du Dr F_____ concernant la stabilisation de l'état de santé du recourant pour la période postérieure au 28 avril 2023 (date du rapport du Dr F_____), ainsi que sa capacité de travail résiduelle. 4.3 Au vu de ces éléments, la chambre de céans constate que l'investigation de l'intimée sur le plan médical est lacunaire et la décision sur opposition du 17 mai 2024 prématurée. Il se justifie dès lors de procéder à une investigation complémentaire. Il convient en conséquence de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise avant de rendre une nouvelle décision portant notamment sur les nouvelles atteintes présentées par le recourant, le lien de causalité entre celles-ci et son accident du 28 juillet 2021, l'éventuelle stabilisation de son état de santé et, le cas échéant, la date à laquelle elle peut être considérée comme intervenue, ainsi que sur son droit aux prestations au-delà du 31 mai 2023. 4.4 Dans la mesure où l'on ne peut pas considérer, en l'état, que l'état de santé du recourant est stabilisé, les questions du droit à la rente et à l'IPAI sont prématurées.

A/2109/2024 - 26/27 - 5. Le recours sera en conséquence partiellement admis et la décision sur opposition du 17 mai 2024 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et nouvelle décision au sens des considérants. Vu l'issue du litige, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un avocat, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; 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 a contrario LPGA).

A/2109/2024 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 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).

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