

GE_GERICHTE ATAS/682/2025 vom 16. September 2025

GE Cour de justice, 2025-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_682_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/682/2025 du 16 septembre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/682/2025 del 16 settembre 2025

Erwägungen

E. 3

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

A/1074/2025 - 11/20 - 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).

E. 3.1

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 d'en

rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2023 du

E. 3.2

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

A/1074/2025 - 12/20 - 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), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2). Selon le Tribunal fédéral, la question de savoir si un traumatisme consistant en un choc direct sur l'épaule est de nature ou non à causer, respectivement aggraver, une lésion de la coiffe des rotateurs fait l'objet d'une controverse médicale. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y avait pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, eu égard aux difficultés à reconstituer avec précision le déroulement de l'accident sur la base des déclarations de la victime. Il convient bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_758/2023 du 8 mai 2024 consid. 3 ; 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.3 et les arrêts cités). 4. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

A/1074/2025 - 13/20 - 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 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). 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). 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

A/1074/2025 - 14/20 - 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). 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 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). 5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi

A/1074/2025 - 15/20 - 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. 6

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 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. 7

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

A/1074/2025 - 16/20 - 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. 8

En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 25 février 2025, l'intimée a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2024, considérant que l'accident du 24 avril 2024 avait cessé de déployer ses effets depuis le 24 juin 2024. Ces conclusions sont fondées sur l'appréciation de son médecin-conseil. En effet, dans son avis du

E. 8.1

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a notamment produit un rapport du 24 mars 2025 du Dr I_____, lequel a contesté les conclusions du Dr H_____, ainsi que le compte-rendu opératoire du 16 janvier 2025, le rapport d'ultrason du bras gauche réalisé le 6 mars 2025, et les rapports de consultation des 6 et 19 mars 2025.

E. 8.2

Après avoir soumis ces documents à son médecin-conseil, l'intimée a conclu à l'admission partielle du recours, admettant qu'elle n'était pas fondée à mettre fin à ses prestations d'assurance au 31 décembre 2024, s'agissant des atteintes du coude gauche.

E. 8.2.1

Il ressort de l'avis du 20 mai 2025 que le Dr H_____ a retenu qu'un nouveau diagnostic avait été posé à la suite de l'ultrason du 6 mars 2025, soit une

A/1074/2025 - 17/20 - rupture distale du biceps, passée jusque-là totalement inaperçue. La découverte de cette pathologie changeait son appréciation du cas concernant le coude gauche, et il estimait que le sinistre avait occasionné une lésion structurelle au niveau de cette articulation. L'atteinte était, au degré de la vraisemblance prépondérante, imputable à l'accident du 24 avril 2024. Elle n'était pas stabilisée et devrait faire l'objet d'une rééducation. Il convient donc d'annuler la décision attaquée en tant qu'elle met fin au droit aux prestations du recourant au 31 décembre 2024 pour ses troubles au niveau du coude gauche.

E. 8.2.2

En ce qui concerne les atteintes de l'épaule gauche, les opinions des Drs H_____ et I_____ divergent quant à l'origine accidentelle ou dégénérative de ces lésions. La chambre de céans n'est pas en mesure de trancher la question litigieuse, dès lors que les appréciations au dossier ne se fondent pas sur un dossier complet et bien instruit, qu'elles comportent des imprécisions, voire des incohérences. Ainsi, il sied de relever avec les Drs I_____ et H_____ que les circonstances exactes de l'événement accidentel et sa date ne sont pas établies, au degré de la vraisemblance prépondérante. Le recourant soutient en effet être tombé dans les escaliers le 24 avril 2024 dans l'après-midi et s'être rendu le jour même aux urgences de la Clinique des Grangettes. La déclaration d'accident, remplie par l'employeur, mentionne également la date du 24 avril 2024 et une chute dans les escaliers. Toutefois, la Dre C_____ a indiqué que la chute était survenue « la veille » de sa consultation, ce qui semble confirmé par la symptomatologie qu'elle a rapportée, dont une douleur « insomnante » et une incapacité à mobiliser le coude « depuis ce matin ». En outre, cette médecin a fait état d'une chute sur le trottoir avec réception au niveau du bras, et non pas dans les escaliers (cf. rapport du 24 avril 2024). Le Dr F_____ a également signalé une chute avec réception sur le côté gauche, sans autre précision, survenue le 23 avril 2024 (cf. rapport du 12 juillet 2024). Le Dr G_____ a évoqué une chute avec traumatisme de l'épaule gauche en mai 2024 (cf. rapport du 10 novembre 2024). Qu'il n'y ait pas lieu, selon la jurisprudence, de donner une « trop grande importance » au critère du mécanisme accidentel, dès lors que la question de savoir si un choc direct sur l'épaule est propre à causer une lésion de la coiffe des rotateurs est controversée dans la littérature médicale, ne signifie pas que les circonstances du sinistre n'ont strictement aucune pertinence. D'ailleurs, le Dr H_____ a fondé son analyse en tenant pour établi les faits tels que décrits par la Dre C_____ compte tenu du « peu de sérieux avec lequel » la déclaration d'accident avait été remplie. L'intimée aurait donc dû éclaircir le déroulement des événements. À toutes fins utiles, il sera observé qu'il ressort du dossier de l'intimée que le recourant « ne parle pas bien » le français, raison pour laquelle

A/1074/2025 - 18/20 - l'intimée a discuté avec son épouse au téléphone pour l'informer de la fin du droit aux prestations (cf. notice téléphonique du 23 décembre 2024). La détermination du Dr I_____ ne repose pas sur une analyse fouillée du dossier, dès lors

qu'il ne paraît pas avoir examiné les images des deux IRM. Sa discussion porte en effet exclusivement sur les rapports de ces examens, et non pas sur ses propres observations lors de leur visualisation. En outre, son appréciation, selon laquelle la dégénérescence graisseuse et l'atrophie musculaire étaient survenues « tardivement », n'est pas du tout motivée. Il aurait notamment été utile qu'il justifie, référence médicale à l'appui, le temps nécessaire pour que les lésions dégénératives observées à l'IRM du 17 octobre 2024, dont l'atrophie musculaire avec remplacement graisseux Goutallier de type II-III des muscles sub-scapulaires et infra-épineux, et l'aspect dégénératif du tendon du biceps (cf. rapport d'IRM du

E. 8.3

En conséquence, à défaut d'une instruction suffisante permettant une appréciation adéquate de la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu au mois d'avril 2024 et les atteintes présentées par le recourant au-delà du 31 décembre 2024, date à laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle procède à des investigations complémentaires portant sur les atteintes du coude et de l'épaule gauches, afin d'établir l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, administre les preuves nécessaires, si besoin par une expertise orthopédique, avant de rendre une nouvelle décision. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 25 février 2025 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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/1074/2025 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 12

décembre 2024, le Dr H_____ avait retenu, s'agissant de l'épaule gauche, que le recourant présentait avant l'accident une atteinte dégénérative musculaire des muscles de la coiffe Goutallier III, que le sinistre n'avait pas occasionné d'autres lésions structurelles, que la rupture massive de la coiffe des rotateurs sur une dégénérescence musculaire avec rétraction significative précoce, soit à quinze jours de l'événement, signalait le caractère dégénératif de l'atteinte puisqu'il fallait usuellement de nombreux mois pour que cela se produise. L'événement avait cessé de déployer ses effets sur l'épaule au 24 juin 2024. Concernant le coude gauche, le Dr H_____ a relevé que la fracture évoquée de type Mason 1 n'avait jamais été confirmée, mais que l'évolution pouvait de toute façon être considérée comme favorable au 24 juin 2024.

E. 17

octobre 2024). S'agissant de l'appréciation du Dr H_____, son analyse des images de l'IRM du 7 mai 2024 n'est pas confirmée par le rapport relatif à cet examen, lequel ne décrit notamment pas de bec acromial ni de remaniements dégénératifs de la tête humérale. En outre, le médecin-conseil a contesté l'interprétation de l'état du sous-scapulaire du radiologue, soit le seul autre médecin à s'être prononcé sur l'imagerie. Concernant l'analyse de l'IRM du 17 octobre 2024, le Dr H_____ s'est également écarté de l'avis du radiologue puisqu'il a estimé que la dégénérescence Goutallier était de type III, alors que le rapport

d'IRM mentionne le type « II-III ». Les conclusions du médecin-conseil ne résultent pas non plus d'une motivation suffisante, puisqu'il s'est contenté d'affirmer qu'il fallait usuellement plusieurs années pour passer du stade sain à ce stade, qu'il était inexplicable de passer « de rien à tout » sur le plan dégénératif, en si peu de temps « sauf à considérer que l'atteinte initiale était très fortement dégénérative ». Son avis, selon lequel l'épaule n'avait pas été initialement décrite comme pseudo paralytique, ne saurait être suivi. En effet, le rapport d'IRM du 7 mai 2024, soit à deux semaines de l'accident, mentionne une « impotence fonctionnelle totale », ce qui suffit à remettre en cause l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée. En outre, il sera relevé que la Dre C _____ a uniquement indiqué que la mobilité était douloureuse en flexion-extension, abduction-adduction, rotation interne et externe, sans préciser les amplitudes constatées. Elle a en outre relevé que le test de la coiffe n'avait pas été réalisé, sans en expliquer la raison. On ne saurait donc déduire de ce document l'absence d'épaule pseudo paralytique. Il est d'ailleurs surprenant que l'intimée n'ait pas sollicité de rapport circonstancié de la part de la Dre D _____, laquelle a régulièrement signé les arrêts de travail de son patient et n'a rendu qu'un seul rapport, reçu par l'intimée le 9 août 2024, qui mentionne une impotence « quasi-totale » de l'épaule gauche, mais ne contient aucun renseignement sur la situation dans les suites immédiates de l'accident. L'examen effectué par le Dr F _____ le 4 juin 2024 ne permet pas de tirer des conclusions

A/1074/2025 - 19/20 - fiables quant à la mobilité de l'épaule dans les heures et les jours qui ont suivi la chute. La détermination du 20 mai 2025 du Dr H _____ n'est pas non plus probante, en tant que le médecin-conseil se réfère au mécanisme d'une rupture distale du biceps et à celui d'une rupture de la coiffe des rotateurs, alors que les circonstances exactes du sinistre ne sont pas connues. Partant, les avis du Dr H _____ concernant le rapport de causalité entre l'accident assuré et les troubles présentés à l'épaule gauche, n'ont pas force probante.

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