

# **GE\_GERICHTE A/1546/2024 vom 20. Januar 2025**

GE Cour de justice, 2025-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1546\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1546_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/1546/2024 du 20 janvier 2025

IT: GE\_GERICHTE A/1546/2024 del 20 gennaio 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**

Interjeté dans la forme et le délai de 30 jours prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. a, 60 al. 1 et 61 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 let. a et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

### **E. 2**

Le litige porte sur la conformité au droit du terme mis par l'intimée aux prestations d'assurance au 31 décembre 2023.

### **E. 3.1**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non, 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). 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 : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g), les lésions du tympan (let. h ; art. 6 al. 2 LAA). 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. 3.2**

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).

### **E. 3.3**

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 (art. 36 al. 1 LAA). 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 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 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2). En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le statu quo sine est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C\_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références). Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au statu quo sine en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C\_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1 et 4.3.2 ; 8C\_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). À cet égard, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt récent qu'à supposer l'implication chez

l'assuré de troubles dégénératifs préexistants, si leur origine exclusivement malade n'a pas été établie, même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_461/2023 du 8 février 2024 consid. 4.3.1.1).

#### **E. 3.4**

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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

#### **E. 4.1**

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). 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. 4.2**

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

#### **E. 4.3**

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociale, 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. 4.4**

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

#### **E. 4.5**

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 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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). 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 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. 5.1**

En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 9 janvier 2023, à la suite duquel l'intimée lui a octroyé les prestations d'assurance, soit l'indemnité journalière et la prise en

charge des frais de traitement. Elle a ensuite mis fin aux prestations avec effet au 31 décembre 2023, jugeant que le recourant avait retrouvé son état de santé tel qu'il était avant l'accident. Le recourant conteste cette appréciation, car la tendinite au coude serait encore présente, comme la fracture à la tête du fémur.

### **E. 5.2**

L'intimée a fondé sa décision sur les conclusions du médecin d'assurance. Le Dr I\_\_\_\_\_ a rendu une première appréciation brève le 30 octobre 2023, dans laquelle il constatait que le traumatisme déclaré n'avait pas entraîné de lésion aiguë telle que fracture ou rupture tendineuse et que l'accident avait provoqué des contusions multiples dans le cadre de lombalgies chroniques non déficitaires avec absence d'irritation radiculaire. Il concluait que, du fait de l'atteinte chronique, l'événement avait fini de déployer ses effets au maximum à trois mois en tenant compte d'un traitement médical selon les règles de l'art. Le Dr I\_\_\_\_\_ a ensuite confirmé sa conclusion dans une seconde appréciation brève du 7 décembre 2023, après avoir eu connaissance des rapports des examens passés par le recourant en octobre 2023. Le 6 mars 2024, le Dr I\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné le dossier, dans le cadre d'une appréciation médicale cette fois. L'accident n'avait pas causé de lésions objectivables, pas d'atteinte aiguë déterminante et la description dans le rapport radiologique d'une fracture d'ostéophyte était à mettre en parallèle avec la coxarthrose diagnostiquée et ne pouvait être validée au degré de la vraisemblance prépondérante. Il s'agissait d'une aggravation aiguë transitoire d'un état préexistant avancé sous forme d'une atteinte dégénérative étagée du rachis lombaire et d'une coxarthrose bilatérale, de sorte que l'événement avait fini de déployer ses effets à trois mois en tenant compte d'un traitement médical conservateur et de l'importance de l'atteinte dégénérative préexistante. Pour rendre cette dernière appréciation, le Dr I\_\_\_\_\_ a pris en compte l'ensemble des éléments médicaux pertinents du dossier, dont le rapport de l'IRM du bassin du 26 octobre 2023 concluant à une déchirure du labrum large transfixiante au niveau supéro-latéral et antéro-supérieur du côté droit, le rapport de la scintigraphie osseuse avec SPECT/CT du 30 octobre 2023, constatant l'existence d'une petite fracture ostéophyttaire, ainsi que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ reprenant le diagnostic de fracture ostéophyttaire concomitante à droite. Le médecin d'assurance a par ailleurs demandé un avis à un radiologue, le Dr M\_\_\_\_\_. Ce dernier a précisé, en ce qui concernait « les articulations coxo-fémorales : la confirmation d'une coxarthrose bilatérale plus sévère à droite avec de larges lésions ostéochondrales de grade IV, des ostéophytes marginaux, des fissurations labrales un kyste para labral associé à droite de 3,5 mm de plus grand diamètre, antéro■supérieur ; le foyer d'hyperactivité ostéoblastique documenté du côté droit correspond[ait] en tomodynamométrie à une zone d'épaississement et de sclérose accentuée de la marge supéro-latérale du cotyle avec en regard des ossifications hétérotypiques des plans capsulo-ligamentaire concernant notamment le labrum, certaines fusionnées avec la marge cotyloïdienne ; cet aspect [était] fréquemment observé dans le cadre de la coxarthrose sans argument orientant vers une fracture d'ostéophyte ; il n'y a[vait] pas d'argument pour une évolution post-traumatique au niveau de cette hanche droite ». Il a conclu que l'analyse des examens réalisés en octobre 2023 confirmait une coxarthrose bilatérale, plus sévère à droite avec une hyperactivité ostéoblastique marginale supéro-latérale du cotyle en rapport avec une sclérose documentée par le CT scanner, quelques ossifications hétérotopiques étant isolées en regard dans le cadre de la coxarthrose, sans argument spécifique pour une fracture d'ostéophyte ou une quelconque évolution post-traumatique. Toutefois, pour conclure à l'absence d'établissement de la fracture d'ostéophyte au degré de la vraisemblance prépondérante, le

Dr I \_\_\_\_\_ ne souligne que la mise en lien avec la coxarthrose et l'avis du Dr M \_\_\_\_\_, sans expliquer précisément pourquoi il écarte les rapports des Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, ainsi que du Dr G \_\_\_\_\_ au profit de l'avis du Dr M \_\_\_\_\_. Or, les Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_, ainsi que le Dr G \_\_\_\_\_ ont également constaté la coxarthrose, mais ont eux relevé une fracture ostéophyttaire, contrairement au Dr M \_\_\_\_\_. Ainsi, pour eux, le contexte de coxarthrose ne conduisait pas à nier la fracture. Le Dr G \_\_\_\_\_ a par ailleurs mis en lien la fracture à la tête du fémur avec l'accident. Sur ce point, le fait que le Dr I \_\_\_\_\_ ait demandé un avis au Dr M \_\_\_\_\_ démontre bien le fait qu'il n'estimait pas être en mesure de prendre position sur la seule base du dossier, mais que l'avis d'un tiers était nécessaire. Or, l'avis du Dr M \_\_\_\_\_ ne constitue pas une expertise et va à l'encontre des constatations de trois médecins, sans que le Dr I \_\_\_\_\_ n'ait motivé les raisons pour lesquels il l'estimait plus convaincant. Dans ce contexte, l'intimée ne pouvait retenir le défaut d'établissement de la fracture au degré de la vraisemblance prépondérante sans mener une instruction complémentaire. Par ailleurs, même s'il l'a mentionnée dans le détail des faits de son appréciation du 6 mars 2024, le Dr I \_\_\_\_\_ n'a pas répondu, en relation avec la déchirure du labrum large transfixiante au niveau supéro-latéral et antéro-supérieur du côté droit diagnostiquée le 26 octobre 2023, à la question de l'intimée concernant les autres troubles et les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient pas être mis en lien avec l'accident. Ainsi, ni l'appréciation brève du 7 décembre 2023 – pourtant sollicitée expressément notamment en raison des examens médicaux du 26 octobre 2023 faisant état de ladite déchirure –, ni l'appréciation du 6 mars 2024 ne comportent de motivation circonstanciée par rapport à la déchirure du labrum large transfixiante, à l'origine de cette déchirure et à l'éventuel lien avec l'accident et/ou les maladies préexistantes, ainsi que par rapport au rétablissement de la situation sans accident quant à cette déchirure. Une instruction complémentaire s'imposait dès lors également sur ce point. S'agissant de la tendinite au coude, elle est englobée dans la constatation du médecin de l'assurance d'absence de lésion objectivable et d'atteinte aiguë déterminante, l'accident ayant cessé de déployer ses effets après trois mois. Il ressort du dossier qu'à la suite de l'accident, un diagnostic de contusion du tendon tricipital sans déchirure ni désinsertion a été posé le 11 janvier 2023, et que le recourant avait ensuite, le 11 avril 2023, des données du coude droit dans les limites de la norme, sans lésion osseuse ou tendineuse traumatique aiguë décelée, ainsi qu'un minime épanchement intra-articulaire. Il a bénéficié de prescriptions les 20 mars, 8 mai et 31 mai 2023 pour 27 séances de physiothérapie, notamment pour traiter son coude. Le traitement de physiothérapie n'a ensuite plus englobé le coude, puisque l'ordonnance du Dr B \_\_\_\_\_ du 7 juillet 2023 ne porte plus que sur les lombalgies chroniques. Le rapport du 10 août 2023 du Dr B \_\_\_\_\_ ne fait aucune mention du coude et il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait par la suite encore consulté un médecin en raison de sa tendinite au coude, ce qu'il n'allègue d'ailleurs pas. Il ne ressort pas non plus du dossier qu'il se serait plaint de son coude auprès de ses médecins traitants. Rien ne remet dès lors en cause les constatations d'un retour à la situation antérieure à l'accident s'agissant du coude du recourant.

### **E. 5.3**

Au vu de ce qui précède, l'instruction s'avère insuffisante en ce qui concerne l'éventuelle fracture ostéophyttaire et la déchirure du labrum large transfixiante au niveau supéro-latéral et antéro-supérieur du côté droit. Par conséquent et dans la mesure où il appartient, en premier lieu, à l'intimée d'instruire de manière complète le cas avant de rendre sa décision, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle mène une instruction complémentaire sur

ces deux points, le cas échéant en diligentant une expertise conformément à l'art. 44 LPGA.

#### **E. 6**

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne donnera pas suite à la demande d'expertise judiciaire formulée par le recourant.

#### **E. 7**

Dans ces circonstances, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Malgré l'issue du litige, aucune indemnité ne sera allouée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens, ce dernier n'étant pas représenté (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. f bis LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA). **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.