

# **GE\_GERICHTE A/3525/2023 vom 25. Juli 2025**

GE Cour de justice, 2025-07-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3525\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3525_2023)

FR: GE\_GERICHTE A/3525/2023 du 25 juillet 2025

IT: GE\_GERICHTE A/3525/2023 del 25 luglio 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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

### **E. 2**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à sa prise en charge avec effet au 20 octobre 2021, plus particulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 8 décembre 2021 et l'opération du 21 octobre 2022, ainsi que la période d'incapacité de travail postérieure.

### **E. 3.1**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). 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). L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, contient une liste de lésions corporelles pour lesquelles l'assurance verse également des prestations, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En l'espèce, l'intimée ne conteste pas - à juste titre - que l'événement du 8 décembre 2021 constitue un accident. Dès lors, le droit aux prestations s'analyse exclusivement en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, même si l'atteinte causée par l'accident est une lésion corporelle énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1 et les références).

### **E. 3.2**

Les prestations que l'assureur-accidents doit prendre en charge comprennent notamment le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA).

### **E. 3.3**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

### **E. 3.4**

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. 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). 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 ( cf . 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 correspond 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 ( cf . 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. 3.5**

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n. U 206 p. 327 consid. 1 et les références).

### **E. 4.1**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

#### **E. 4.2**

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

#### **E. 4.3**

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4

et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4). En ce qui concerne les rapports et avis des 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 ( cf. 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).

#### **E. 4.4**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 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).

#### **E. 5**

Depuis quand ces atteintes sont-elles présentes chez la personne expertisée et comment ont-elles évolué ?

##### **E. 5.1**

En l'espèce, au stade de l'instruction de la demande et de l'opposition, l'intimée s'est fondée sur deux avis de son médecin d'arrondissement pour conclure que l'opération réalisée le 21 octobre 2022 n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 8 décembre 2021. Ces prises de position ont été complétées d'une nouvelle appréciation de son service médical dans le cadre de la procédure de recours, après audition des médecins traitants du recourant.

Le médecin d'arrondissement estime en substance que l'événement du 8 décembre 2021 a tout au plus entraîné une contusion de l'épaule droite ayant décompensé temporairement un état maladif préexistant, mis en évidence par l'IRM du 1<sup>er</sup> mars 2022. L'historique des incapacités de travail, l'impotence fonctionnelle et les douleurs constatées par la Dre D\_\_\_\_\_ permettraient de conclure que l'accident n'a pas causé de lésion structurelle et n'a en particulier pas entraîné de rupture de tendon de la coiffe des rotateurs. L'opération du 21 octobre 2022 n'était ainsi pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident. La Dre F\_\_\_\_\_ a ensuite précisé, dans son évaluation du 11 septembre 2024, que chez les sujets de plus de 50 ans, une rupture de la coiffe des rotateurs est fréquemment causée par une détérioration tendineuse progressive, asymptomatique avant d'atteindre le stade de rupture transfixiante ou d'être décompensée par un traumatisme mineur. Pour sa part, le recourant s'appuie sur l'opinion de ses médecins traitants, lesquels, entendus par la Cour de céans, ont indiqué privilégier l'origine traumatique de la lésion du supra-épineux, d'une part, parce que le recourant ne s'était jamais plaint de l'épaule droite auparavant et n'exerçait pas d'activité professionnelle ou sportive contraignante pour ce membre (Dr C\_\_\_\_\_), d'autre part, au vu du type de lésion constatée lors de l'intervention chirurgicale et du mécanisme de la chute (Dr E\_\_\_\_\_).

### **E. 5.2**

Au vu des prises de position médicales au dossier, la Cour de céans se trouve dans l'impossibilité de se déterminer sur les points litigieux et de statuer sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des avis des médecins traitants du recourant, si le Dr C\_\_\_\_\_ a en effet été affirmatif quant à l'origine traumatique de la tendinite fissuraire, il a motivé sa réponse par le fait qu'il ne pensait pas qu'une telle affection puisse se déclarer autrement et par l'absence de déficit préalable de l'épaule. De telles considérations n'emportent pas la conviction, au vu des explications données par le médecin d'arrondissement concernant le processus dégénératif naturel de l'épaule et compte tenu qu'elles sont essentiellement basées sur un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », qui n'est pas suffisant, selon la jurisprudence, pour établir la causalité naturelle entre un événement accidentel et un état pathologique. Le Dr E\_\_\_\_\_ a, pour sa part, souligné que l'intervention chirurgicale avait été menée principalement en raison de l'atteinte du sus-épineux et s'est référé au mécanisme de la chute et au type de lésion constatée lors de l'opération pour affirmer qu'elle était d'origine traumatique. Il a cependant aussi exposé ne pas savoir si le mécanisme accidentel avait consisté en une chute avec choc direct sur l'épaule ou bras tendus en avant, ce qui pouvait selon lui avoir une influence sur la question du lien de causalité, celui-ci étant plus facilement admis dans la seconde hypothèse. En outre, alors qu'il a déclaré que l'opération avait montré une rupture totale du sus-épineux, le compte-rendu opératoire fait seulement état d'une rupture quasiment transfixiante, comme le relève à juste titre le médecin d'arrondissement. Les algorithmes auxquels il s'est référé pour admettre l'origine traumatique de la lésion ne sont par ailleurs pas précisés. Bien que le Tribunal fédéral ait tempéré les effets de la controverse médicale entourant la question de la rupture du supra-épineux en cas de choc direct sur l'épaule et ait jugé qu'il n'y a pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, mais qu'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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_758/2023 du 8 mai 2024 consid. 3, 8C\_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.3 et 8C\_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.4), les éléments susvisés ne permettent pas de retenir que l'opération du 21

octobre 2022 et ses suites sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 8 décembre 2021. Quant à l'opinion du médecin d'arrondissement, les arguments tirés de l'absence d'incapacités de travail suivies dans le temps et de limitations fonctionnelles légères les jours qui ont suivi l'accident apparaissent relativisés par les déclarations du Dr C\_\_\_\_\_, qui a attesté d'une impotence fonctionnelle lors de sa première consultation, et exposé que des arrêts de travail plus longs auraient été justifiés, mais que l'assuré les avait refusés. Une telle position concernant l'incapacité de travail du recourant ressortait déjà de son rapport d'avril 2023, dans lequel il mentionnait une incapacité totale depuis le 17 décembre 2021. Par ailleurs, il sied de constater que le médecin d'arrondissement ne prend pas en considération l'IRM réalisée peu après l'accident, le 4 janvier 2022. Or, d'après le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, une image de rupture du supra-épineux a alors été identifiée, ainsi qu'une légère distension liquide de la bourse sous-acromiale/sous-delhoïdienne, que le médecin a relevé pouvoir être de nature méta-traumatique. La conclusion de la Dre F\_\_\_\_\_ selon laquelle l'accident n'aurait pas causé de lésion structurelle n'apparaît par conséquent pas non plus probante, dès lors qu'elle ne se prononce pas sur l'ensemble de l'imagerie, mais se fonde exclusivement sur l'IRM du 1<sup>er</sup> mars 2022. L'on rappellera par ailleurs que, même si la tendinopathie fissuraire du supra-épineux était, comme l'affirme le médecin d'arrondissement, d'origine malade et préexistante à l'accident du 8 décembre 2021, il serait néanmoins nécessaire de déterminer si cet événement a provoqué une aggravation de l'état antérieur et, dans l'affirmative, jusqu'à quelle date. Tant que le statu quo sine vel ante n'est pas atteint, l'assureur-accidents est en effet tenu de verser des prestations ( cf . consid. 3.4 ci-dessus). À cet égard, la Dre F\_\_\_\_\_ a succinctement exposé que le recourant n'avait souffert que d'une contusion de l'épaule ayant temporairement décompensé l'état antérieur, durant une à trois semaines. Outre que cette affirmation pourrait être mise en cause par le résultat de l'IRM du 4 janvier 2022 et semble minimiser les constatations cliniques des médecins ayant examiné le recourant peu après l'accident (les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ retiennent tous deux des limitations dans les amplitudes de l'épaule et le premier a déclaré avoir constaté une épaule très douloureuse), elle se base sur des données abstraites du guide à la réintégration de l'association suisse des assurances qui ne permettent pas, dans le cas concret, de vérifier la question du statu quo sine vel ante . Le guide précité retient au demeurant des périodes d'incapacité de travail plus longues qu'une à trois semaines en cas d'entorse à la coiffe des rotateurs, notamment en cas de rupture. Dans le cas d'espèce, des doutes subsistent donc s'agissant de la nature des lésions causées par l'événement du 8 décembre 2021, de leur effet dans le temps, ainsi que du statu quo ante ou du statu quo sine, que la Cour de céans ne peut lever, puisqu'il s'agit de questions médicales. Le refus de prestations de l'intimée n'est pas fondé sur une expertise externe au sens de l'art. 44 LPGA, mais sur les seuls avis de son médecin d'arrondissement, qui sont remis en cause par les médecins traitants de façon suffisamment précise. Dans ces circonstances, il y a lieu d'ordonner une expertise judiciaire orthopédique afin de statuer sur la question de la causalité naturelle ( cf . consid. 4.3 et 4.4 supra ). Cette expertise sera confiée au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. En effet, force est de constater que l'intimée ne fait valoir aucun motif de récusation valable. Le fait de ne pas disposer d'une « formation en asséurologie » ne saurait disqualifier d'emblée ce spécialiste de l'épaule. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise orthopédique. La confie au docteur H\_\_\_\_\_. II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant

traité la personne expertisée, notamment les Drs E\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée ? 2. Quelles sont les plaintes de la personne expertisée ? 3. Quelles sont vos constatations objectives ? 4. Quels sont les diagnostics, en particulier ceux révélés par les imageries et radiographies ?

## **E. 6**

Causalité

### **E. 6.1**

Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'événement du 8 décembre 2021 ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ? Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

### **E. 6.2**

La personne expertisée présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes de l'épaule droite ? Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes ?

#### **E. 6.2.1**

L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

#### **E. 6.2.2**

À partir de quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ? Veuillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé.

#### **E. 6.2.3**

À partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ? Veuillez indiquer la date du statu quo sine pour chaque diagnostic posé.

### **E. 6.3**

L'intervention du 21 octobre 2022 était-elle en relation de causalité naturelle avec l'accident d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Veuillez motiver votre réponse pour chaque atteinte ayant nécessité cette opération.

### **E. 6.4**

L'intervention du 21 octobre 2022 était-elle due à une rechute ou à une séquelle tardive de l'accident du 8 décembre 2021 avec, sur le plan médical, une date de stabilisation et une guérison (apparente) après l'accident, ou l'état de santé était-il resté déficitaire après celui-ci ?

## **E. 7**

Capacité de travail Les incapacités de travail délivrées après l'opération, du 21 octobre 2022 au 20 avril 2023 (100%) et du 21 avril au 2 juin 2023 (50%), étaient-elles justifiées ?

## **E. 8**

Appréciation d'avis médicaux au dossier Êtes-vous d'accord avec les appréciations de la Dre F\_\_\_\_\_, respectivement des Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ? Veuillez motiver votre réponse et exposer les raisons de vos éventuelles divergences.

**E. 9**

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la Cour de céans. F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Pascale HUGI La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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