

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1074/2025

ATAS/682/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 septembre 2025

Chambre 10

En la cause

A _____

recourant

représenté par SWISS CLAIMS NETWORK SA, mandataire

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1967, d'origine portugaise, travaille en qualité de maçon à 100% pour l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 11 janvier 2021. À ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA)

b. Dans un rapport du 24 avril 2024, la docteure C_____, médecin au service des urgences de la Clinique des Grangettes, a diagnostiqué une fracture de type Mason 1 et une probable entorse acromio-claviculaire gauche. Elle a indiqué avoir été consultée le jour même par l'assuré, qui avait fait une chute accidentelle la veille sur le trottoir avec réception au niveau du bras sur une brique. Il avait présenté durant la nuit une douleur insomniate lorsqu'il était posé sur le côté gauche. Depuis la matinée, il rapportait une incapacité à mobiliser le coude, des douleurs partant de l'épaule jusqu'au poignet. Il ne présentait pas de troubles de la sensibilité. À l'examen clinique, elle avait constaté, au niveau du coude, une tuméfaction en regard de l'olécrâne, une palpation douloureuse des repères osseux, une supination et pronation impossibles. Au niveau de l'épaule, il n'y avait ni tuméfaction, ni hématome, mais l'assuré relatait une douleur à la palpation de la tête humérale et de l'acromio-claviculaire, une flexion-extension douloureuse, une abduction et adduction douloureuses, et des rotations interne et externe douloureuses. Le test de la coiffe des rotateurs n'avait pas été réalisé. La radiographie de l'épaule n'avait pas permis de visualiser de fracture, celle du coude avait montré une probable fracture de Mason 1, et celle de l'acromio-claviculaire une probable entorse de stade 1. Elle a préconisé un traitement conservateur par *polysling* pour une durée de sept à dix jours, et attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 4 mai 2025.

c. L'arrêt de travail a été régulièrement prolongé par la docteure D_____, médecin au Centre médical de Plainpalais.

d. Dans la déclaration de sinistre du 29 avril 2024, l'employeur a annoncé que l'assuré était tombé dans les escaliers en s'encoublant sur une brique le 24 avril 2024, et s'était blessé à l'épaule gauche avec une probable fissure de la clavicule, et au poignet gauche avec une contusion.

e. La SUVA a pris en charge les suites du sinistre.

f. Dans un rapport du 3 juin 2024, la docteure E_____, spécialiste en médecine interne auprès de la Clinique des Grangettes, a repris le contenu du rapport de la Dre C_____.

g. Le 2 juillet 2024, la SUVA a reçu les rapports des radiographies effectuées à la Clinique des Grangettes le 24 avril 2024, soit :

- un rapport de radiographie de l'épaule et du coude gauches qui n'avait pas révélé de lésion traumatique osseuse visible, ni d'épanchement au niveau du coude ; la congruence glénohumérale était préservée, tout comme les rapports au niveau des coudes ;
- un rapport de radiographie de la clavicule gauche qui n'avait objectivé aucune luxation acromio-claviculaire et aucune fracture claviculaire visible.

h. Le 4 juillet 2024, elle a enregistré un rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche, réalisée le 7 mai 2024, ayant conclu à une rupture transfixiante de la partie antérieure de la coiffe des rotateurs aux dépens essentiellement du tendon du sous-épineux (probable désinsertion) avec rétraction tendineuse, s'étendant à plus de 50% de la surface du tendon sus-épineux à son insertion, à une arthropathie acromio-claviculaire, sans lésion osseuse traumatique décelée.

i. Par rapport du 12 juillet 2024, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a indiqué avoir été consulté le 4 juin 2024 par l'assuré. Le patient présentait encore des douleurs au niveau de l'épaule et du coude depuis sa chute du 23 avril 2024, avec une irradiation aux doigts et un manque de force le limitant dans ses activités de la vie quotidienne. Les amplitudes de l'épaule étaient très limitées à cause des douleurs, et celles du coude conservées avec une palpation sensible de façon généralisée et une douleur à la prono-supination de l'avant-bras. Le bilan IRM mettait en évidence une lésion partielle de type haut grade du tendon du sus-épineux et une luxation du tendon du long chef du biceps. Au vu des risques de complications postopératoires, une chirurgie n'était pas indiquée. Il préconisait la suite conservatrice des soins avec de la physiothérapie et des infiltrations.

j. Dans un rapport non daté, reçu par la SUVA le 9 août 2024, la Dre D_____ a retenu le diagnostic de lésion partielle de type haut grade du tendon du sus-épineux et de luxation du tendon du long chef du biceps gauche suite à un traumatisme. Il n'y avait pas d'amélioration malgré les antalgiques, une infiltration et de la physiothérapie. Le patient était très plaintif au niveau des douleurs et présentait une impotence quasi-totale de son épaule gauche. L'intéressé avait déjà consulté un orthopédiste et un second avis serait demandé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

k. Une nouvelle IRM de l'épaule gauche a été pratiquée le 17 octobre 2024, laquelle a mis en évidence, au niveau du tendon du sus-épineux, une tendinopathie transfixiante de la jonction tendineuse entre le supra-épineux et l'infra-épineux, de multiples fissures de la partie distale du *footprint* du tendon du supra-épineux, une tendinopathie fissuraire plus proximale non transfixiante, au niveau du tendon du sous-scapulaire, une rupture complète des fibres supérieures et du ligament coraco-huméral du sous-scapulaire, associées à une infiltration d'aspect « génératif » du ligament gléno-huméral supérieur, au niveau du tendon

du biceps, une multifissuraire d'aspect dégénératif, subluxé médialement, au niveau des muscles, une atrophie musculaire avec remplacement graisseux Goutallier de type II-III des muscles sub-scapulaires et infra-épineux, au niveau de la bourse sous-acromiale, du liquide, ainsi qu'un aspect de conflit sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire dégénérative congestive.

l. Le 4 novembre 2024, l'assuré s'est présenté au guichet de la SUVA et a annoncé qu'une intervention chirurgicale était prévue le 15 janvier 2025.

m. Le 10 novembre 2024, le docteur G_____, médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué avoir examiné l'assuré le 22 octobre 2024. Celui-ci avait fait une chute avec un traumatisme de son épaule gauche en mai 2024 et présentait depuis une impotence et des douleurs de ce membre. Il notait, au bilan de l'IRM d'octobre 2024, une lésion de la coiffe massive et irréparable, avec une dégénérescence graisseuse et une atrophie musculaire marquée au sein de l'infra-épineux et du sous-scapulaire, ainsi qu'une instabilité médiale du long chef du biceps. Il retenait une indication pour une arthroplastie totale d'épaule inversée.

n. Dans une appréciation du 12 décembre 2024, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la SUVA, a estimé, s'agissant de l'épaule gauche, que l'assuré présentait avant l'accident assuré, au degré de la vraisemblance prépondérante, une atteinte dégénérative musculaire des muscles de la coiffe Goutallier III, et que le sinistre n'avait pas occasionné d'autres lésions structurelles pouvant lui être imputées. La rupture massive de la coiffe des rotateurs sur une dégénérescence musculaire avec rétraction significative précoce, soit à 15 jours de l'événement, signait 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. S'agissant du coude gauche, la fracture évoquée de type Mason I, donc très peu voire non déplacée de la tête radiale, n'avait jamais été confirmée. Quel que soit le diagnostic, l'évolution pouvait être considérée comme favorable au 24 juin 2024.

o. Le 19 décembre 2024, la SUVA a retourné aux HUG la demande de garantie sollicitée, refusant la prise en charge de l'opération prévue en janvier 2025.

B. a. Par décision du 23 décembre 2024, la SUVA a mis un terme à son obligation de prester au 31 décembre 2024, motif pris que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 24 avril 2024 pouvait être considéré comme atteint depuis le 24 juin 2024.

b. Le 6 janvier 2025, l'assuré a formé opposition contre cette décision, qu'il considérait comme injustifiée.

c. Dans sa décision sur opposition du 25 février 2025, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé que l'accident avait cessé de déployer ses effets depuis le 24 juin 2024, selon l'appréciation médicale.

- C. a. Par acte daté du 25 mars 2025, expédié le 27 mars 2025, l'assuré, représenté par un mandataire, a formé recours contre cette décision sur opposition par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser des prestations au-delà du 24 juin 2024 et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale. En substance, le recourant a contesté l'appréciation du Dr H_____, qu'il a considérée comme étant incomplète et se basant sur une appréciation clinique erronée. En effet, le sinistre était manifestement de nature à causer les lésions de la coiffe des rotateurs et la lésion du tendon du biceps. Par ailleurs, l'IRM du 7 mai 2024 avait démontré une bonne santé articulaire omo-humérale et un aspect normal des tendons du biceps et du sous-scapulaire. En l'absence d'état préexistant, l'accident était la seule cause des lésions constatées. Il a en particulier souligné qu'il ressortait du dossier qu'il avait chuté sur l'épaule et le coude gauches de sa propre hauteur, présenté des douleurs immédiates et une incapacité à mobiliser le bras gauche, qu'avait été constatée une rupture transfixiante du tendon du sous-épineux, avec rétraction, qui s'étendait au tendon du sus-épineux, surface boursale, pour 50% de son épaisseur, qu'il n'y avait pas de signes de dégénérescence lors de l'examen d'imagerie médicale, et que la déchirure à la jonction myotendineuse proximale du biceps avait été constatée tardivement. En l'absence d'état antérieur, il n'existait aucune notion de *statu quo sine* ou *ante*, et la prise en charge devait être admise jusqu'à la consolidation des lésions causées par l'accident, laquelle n'était pas encore intervenue. L'intimée devait notamment prendre en charge l'intervention chirurgicale du 15 janvier 2025 et les traitements subséquents de l'épaule, de même que les traitements au niveau du coude, ainsi que le versement des indemnités journalières pour la perte de gain qui résultait de l'accident et qui était actuellement encore en cours. Au surplus, il s'est référé à l'appréciation du docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans ce rapport du 24 mars 2025, le Dr I_____ a diagnostiqué, en lien avec l'accident du 24 avril 2024, une probable déchirure de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche, à charge du sous-épineux et du sus-épineux, une probable entorse bénigne de l'acromio-claviculaire gauche, une probable fracture du radius proximal gauche, Mason 1 (fracture non déplacée de la tête radiale), une déchirure invalidante du biceps brachii gauche et un *status* post implantation de prothèse totale inversée de l'épaule gauche le 15 janvier 2025. Le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire gauche était en revanche sans relation avec le sinistre assuré. Le Dr I_____ a notamment relevé que le recourant présentait une obésité, soit un facteur défavorable lors d'une chute avec un impact sur un membre supérieur, et que le traumatisme était « sans doute adéquat » pour

provoquer les lésions, étant relevé que le déroulement précis de la chute n'était pas décrit dans le dossier. Contrairement à ce que retenait le médecin-conseil de l'intimée, on ne pouvait pas admettre l'hypothèse d'une situation dégénérative d'importance, chronique, précédant la chute, étant en particulier observé qu'il n'y avait aucune dégénérescence musculaire objectivée décrite lors de la première IRM. Au contraire, le radiologue avait insisté sur la bonne santé articulaire omo-humérale, y compris du bourrelet glénoïdien, sur l'aspect normal des tendons du biceps et du sous-scapulaire et sur l'absence de constatations supplémentaires. Ce n'était que tardivement, après de longs mois d'inactivité totale, qu'était apparue une dégénérescence graisseuse et une atrophie musculaire marquée au sein de l'infra-épineux et du sous-scapulaire ainsi qu'une instabilité médiale du long chef du biceps. Cette chronologie était parfaitement compréhensible, étant rappelé que la Dre D_____ avait relaté que le patient était très plaintif au niveau douleur et présentait une impotence quasi-totale de son épaule gauche. La demande de l'IRM de mai 2024 mentionnait d'ailleurs une impotence fonctionnelle totale, ce qui avait été confirmé par le Dr G_____. Concernant le coude, les rapports d'examen avaient constaté une tuméfaction, des douleurs palpatoires et l'impossibilité à mobiliser le coude en pronosupination. Dans les faits, cliniquement, cette trouvaille ne s'expliquait pas, en présence de la seule fracture isolée du *capitellum radii*. Malgré cela, la situation n'avait pas été suffisamment instruite. Ce n'était que tardivement, à l'occasion d'un ultrason réalisé le 6 mars 2025, qu'il avait été découvert que l'accident avait causé également une déchirure à la jonction myotendineuse proximale, responsable du déficit constaté. Il a rappelé qu'aucun autre traumatisme n'était mentionné au dossier la date du sinistre et celle de cet examen. Il a expliqué que le tendon du biceps brachii était un fléchisseur du coude et le plus fort supinateur de l'avant-bras. Sa lésion traumatique avait donc été responsable, selon toute probabilité, de l'impossibilité de réaliser la pronosupination. Le tableau clinique n'avait pas été compris au moment de l'avis du Dr H_____, dont les conclusions étaient basées sur un diagnostic insuffisant. Selon toute vraisemblance, l'évènement du 24 avril 2024 était responsable de la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et d'une déchirure musculaire du biceps brachii gauche, en association probable avec une fracture du radius proximal. La position de l'intimée quant au rétablissement du *statu quo sine* au 24 juin 2024 ne pouvait être acceptée, tout comme la fin des prestations au 31 décembre 2024, également erronée.

b. Dans sa réponse du 16 avril 2025, la SUVA a renoncé à émettre des conclusions, faute d'avoir pu prendre connaissance du rapport opératoire de l'intervention du 15 janvier 2025 et de l'ultrason du bras gauche du 6 mars 2025. Elle a relevé qu'il y avait des divergences concernant le déroulement de l'accident et la date de ce dernier entre la déclaration de sinistre et le rapport de la Dre C_____, et que ce dernier document était plus cohérent. Selon ce rapport, le recourant ne semblait pas avoir présenté une perte immédiate et importante de la

fonctionnalité de son épaule gauche juste après son accident, même si la palpation était douloureuse. Ce n'était que lors de l'IRM du 7 mai 2024 qu'une véritable impotence fonctionnelle avait été décrite au niveau de l'épaule, ce qui était plutôt un indice ne parlant pas en faveur d'une atteinte traumatique de cette épaule. Elle s'est en outre rapporté à la détermination annexée de son médecin-conseil sur l'avis du Dr I_____.

Dans son appréciation du 10 avril 2025, le Dr H_____ a rappelé que la lésion consensuelle était la fracture de la tête radiale type Mason 1, soit une fracture avec un faible enfoncement. Ce type de fracture survenait le plus souvent par chute sur la main en pronation coude en extension dans un axe de rectitude pour qu'il existe une force pour une percussion significative sur la tête radiale. Ceci s'opposait à une chute où le bras était en abduction ou en élévation, plus éloigné de l'axe du corps, dans lequel la force de percussion était transmise non pas au coude mais à l'épaule. En d'autres termes, sauf mécanisme extrêmement violent autre qu'une chute de sa hauteur, il n'était pas possible d'avoir ce type d'atteinte au coude et une atteinte aussi importante à l'épaule. C'était d'ailleurs ce qui avait focalisé l'attention des examinateurs initiaux, qui avaient décrit des douleurs essentiellement au coude, ou partant du coude. S'agissant de l'analyse de l'IRM du 7 mai 2024, il se demandait si le Dr I_____ l'avait effectivement vue. Sur le plan ostéoarticulaire, il existait une contrainte nette de l'articulation acromio-claviculaire qui était le fait d'une importante arthrose acromio-claviculaire, reconnue consensuellement par tous. L'épaule avait 58 ans et était affectée par un état d'usure dégénérative incontestable. De plus la pointe de l'acromion présentait un bec acromial, lui aussi potentiellement vulnérant pour le sus-épineux. L'enthèse elle-même de la tête humérale était marquée par des remaniements eux aussi dégénératifs, mais l'atteinte de la coiffe étant multiple, d'autres éléments encore plus dégénératifs donnaient la tonalité globale à l'ensemble. Concernant le sous-scapulaire, contrairement à l'interprétation du radiologue, il était extrêmement atrophique infiltré de graisse à son insertion proximale, comme en témoignait la séquence d'image annexée. Ceci expliquait bien la luxation du biceps hors de sa gouttière, comme relevé par le Dr F_____ mais pas par la radiologue, et qui était souvent le témoin de l'insuffisance du sous-scapulaire. Il a également rappelé que lors de l'IRM suivante, cinq mois plus tard, ce sous-scapulaire apparaissait non seulement rompu, mais en dégénérescence Goutallier III, dont on savait qu'il fallait usuellement plusieurs années pour passer du stade sain à ce stade. Même si on considérait une accélération de la dégénérescence du fait de l'immobilité réactionnelle consécutive à l'évènement, pourvoyeuse potentiellement d'une certaine célérité, il était inexplicable qu'en aussi peu de temps on « passe de rien à tout » sur le plan dégénératif, sauf à considérer que l'atteinte initiale était très fortement dégénérative. S'agissant du sous-épineux, le très important œdème était à la fois le témoin d'une contusion directe à son endroit et cette infiltration

œdémateuse était en fait « l'arbre qui cache la forêt ». En effet, il y avait certes un œdème, mais le muscle était également infiltré de graisse en antéro-supérieur, de sorte qu'il était clair qu'il y avait eu choc direct sur la zone avec une grande infiltration œdémateuse réactionnelle, mais sur un muscle dégénéré. Ceci ne faisait que confirmer l'incompatibilité d'une atteinte quasi simultanée de l'épaule, donc plutôt en arrière, et du coude, dans l'axe. De nombreux assurés exerçaient leur métier avec une rupture massive de la coiffe des rotateurs sur dégénérescence musculaire avec rétraction significative précoce, dans des conditions difficiles. Ils y parvenaient jusqu'au moment vulnérant, arguant ensuite, extrêmement souvent qu'ils n'avaient rien avant. Ceci expliquait pourquoi le Dr F_____ n'était pas intervenu : l'atteinte du sus-épineux était pour lui vouée à l'échec pour une suture reconstruction. L'involution rapide de l'épaule dans une atrophie globale, conduisant ainsi logiquement à la pratique au bout de cette évolution cataclysmique sur terrain hautement dégénératif à la juste réalisation d'une prothèse d'épaule inversée. Un examen personnel de l'intéressé n'était d'aucune utilité pour une analyse causale particulièrement cinq mois après le traumatisme et sur une soumission six jours avant l'intervention. Les éléments objectifs de causalité étaient factuels et radiologiques. L'épaule n'avait pas été initialement décrite comme pseudo paralytique, ni en urgence, ni secondairement et encore moins par le Dr F_____ le 4 juin 2024, qui avait décrit une mobilité active certes limitée, douloureuse, mais existante. Ce n'était que dans une évolution finale de la dégénérescence que la Dre D_____ avait retrouvé, le 9 août 2024, une épaule en impotence fonctionnelle. S'agissant du coude, et si on admettait la fracture Mason 1, l'examen clinique du Dr F_____ du 4 juin 2024, avec une palpation sensible de façon généralisée, des amplitudes conservées, mais avec une douleur à la prono-supination de l'avant-bras, s'opposait radicalement à l'impossibilité de la prono-supination la veille par la Dre E_____. Ainsi, outre le fait que cette fracture était uniquement une petite déformation à peine visible radiologiquement, qu'elle évolue favorablement, il n'y avait aucune paralysie à ce niveau, et les douleurs à la prono-supination étaient encore normales. Ce type de fracture, sauf complications qui étaient pour l'essentiel l'algodystrophie, la raideur et le défaut de consolidation, était bénin. Il s'étonnait donc du tableau complexe que voulait en dresser le Dr I_____, ceci contre toute évidence cliniquement constatée par le Dr F_____, spécialiste du coude, et en contradiction avec l'évolution objective même, puisqu'il n'avait plus été parlé du coude. Ces fractures étaient connues pour évoluer favorablement en deux à trois mois en l'absence de complications, qui faisaient défaut en l'occurrence, et il ne comprenait pas la dramatisation du cas faite par le Dr I_____.

c. Sur demande de la chambre de céans, le recourant a produit :

- le rapport opératoire du 16 janvier 2025 relatif à la pose d'une prothèse totale de l'épaule inversée gauche et à une ténodèse du long chef du biceps ;

les diagnostics posés étaient ceux de rupture massive de coiffe irréparable et de pseudo paralysie ;

- le rapport du 6 mars 2025 suite à l'ultrason des parties molles musculaires du bras gauche, réalisé le jour même ;
- des rapports de consultation des 6 et 19 mars 2025 aux HUG.

d. Dans son écriture du 21 mai 2025, l'intimée a conclu à l'admission partielle du recours, dans le sens où elle était fondée à mettre fin aux prestations au 31 décembre 2024 pour les troubles de l'épaule gauche, mais pas s'agissant de ceux concernant le coude gauche, pour les motifs exposés par son médecin-conseil.

Elle a annexé une prise de position du 20 mai 2025 du Dr H_____, lequel a confirmé ses précédentes conclusions concernant l'épaule, « avec quasi-certitude ». En revanche, s'agissant du coude, il a observé un « nouvel éclairage » et un nouveau diagnostic au 6 mars 2025 suite à l'ultrason, diagnostic qui consistait en une rupture distale du biceps, passée totalement inaperçue par l'ensemble des examinateurs jusqu' au 6 mars 2025. Il s'interrogeait, comme précédemment, sur l'existence de la fracture de la tête radiale. « Si l'on parle exclusivement du coude : Hélas si on la retient que la fracture de la tête radiale est décrite comme non déplacée, cette fracture hypothétique suffisait pour les médecins qui ont pris en charge le patient à expliquer, pour le coude la douleur, mais ils ont reporté les symptômes essentiellement sur pour eux venant de l'épaule ». La découverte de cette pathologie traumatique au coude changeait résolument l'appréciation globale du cas, car on pouvait dire que l'évènement avait occasionné une lésion structurelle au niveau du coude gauche qui était, au degré de la vraisemblance prépondérante, imputable à l'accident du 24 avril 2024. Compte tenu de sa découverte récente, cette atteinte nécessitait de la rééducation et ne pouvait être déclarée comme stabilisée. « En revanche se trouve validé et conforté totalement, le fait que l'épaule n'a pas été impactée de sorte à créer les atteintes constatées en vraisemblance prépondérante lors de l'évènement sur la coiffe des rotateurs, car le mécanisme d'une rupture distale du biceps est antagoniste de celui d'une rupture de la coiffe des rotateurs ». En effet si on présentait une atteinte tendineuse du biceps au coude, on ne pouvait pas, du fait du même évènement simultané, avoir une atteinte tendineuse proximale et en même temps distale, sauf cas très rare et très particulier. Ceci n'était en effet possible que lors d'un traumatisme violent bras en extension forcée et en supination, et la simultanéité de ce type d'atteinte était très rare par ailleurs, et n'était possible pour la coiffe des rotateurs que sur une tendinopathie évoluée avec dégénérescence préexistante comme déjà mis en évidence chez un homme de 56 ans, maçon, ou *a contrario* chez un homme jeune lors d'activités violentes de bodybuilder ou d'haltérophile, dans un traumatisme à haute énergie, violent soumettant l'épaule à

des forces extrêmement importantes. Partant, ses conclusions sur l'épaule et la coiffe des rotateurs étaient inchangées, et pour lui confortées.

e. Le 11 juin 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, soutenant que l'intimée devait prendre en charge toutes les conséquences de l'accident dont il avait été victime, tant au niveau de l'épaule que du coude. En effet, le rapport du Dr H_____ n'était pas convaincant s'agissant de la lésion subie à l'épaule.

f. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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.

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

1.3 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bienfondé de la décision sur opposition du 25 février 2025, par laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2024, considérant que l'accident assuré avait cessé de déployer ses effets depuis le 24 juin 2024.

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).

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).

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 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

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.

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

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 LPG, 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 LPG (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 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

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).

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 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).

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 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 (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).

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

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).

- 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 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, signait 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.

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.

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.

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

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.

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

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 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

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.

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. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 25 février 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le