



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1143/2025

ATAS/792/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 octobre 2025

Chambre 8

En la cause

A_____
représenté par l'APAS-Assoc. permanence défense des patients et
assurés, mandataire

recourant

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA
représentée par Me Michel D'ALESSANDRI, avocat

intimée

Siégeant : Marie-Josée COSTA, présidente suppléante ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1977, travaillait comme ingénieur chargé de projets pour les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). À ce titre, il était assuré auprès de la BÂLOISE ASSURANCES (ci-après : l'assurance ou l'intimée) contre le risque d'accident professionnel ou non.
- b.** Selon la déclaration de sinistre du 22 mars 2024, l'assuré a souffert d'un accident le 28 février 2024. Il était noté que, lors d'un entraînement de waterpolo, il s'était blessé à l'épaule gauche suite à un choc avec le bord du bassin.
- c.** Dans son rapport du 19 avril 2024, le docteur B _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, officiant aux HUG a noté que l'assuré présentait des douleurs à son épaule gauche liées à un traumatisme en abduction forcée lors d'un sursaut dans une piscine. Depuis lors, l'assuré était limité par des douleurs antérieures et latérales. Radiologiquement, il n'y avait pas de lésion macroscopique visible. Il suspectait une lésion de la poulie bicipitale et une possible subluxation de l'épaule.
- d.** L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le même jour a mis en évidence des signes de tendinopathie et de lésion partielle de la face articulaire du tendon supraépineux et infraépineux sans lésion transfixiante ni désinsertion, des remaniements kystiques sous corticales à la limite médiale du trochiter avec la tête humérale, une minime arthropathie acromioclaviculaire et un aspect fissuraire du labrum supérieur.
- e.** Dans son rapport du 28 mai 2024, le Dr B _____ a mentionné que l'assuré présentait des lésions sur trois zones du biceps, à savoir l'enthèse, la partie infracapsulaire et la gouttière bicipitale. Une guérison par traitement conservatoire était quasi-inexistante sur ce type de lésion dans une optique de pratique sportive, il était dès lors convenu d'aller de l'avant avec la chirurgie.
- f.** Une garantie d'hospitalisation a été envoyée à l'assurance le 30 mai 2024.
- g.** Le 3 juin 2024, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule gauche avec ténodèse du long chef du biceps et débridement du susépineux. Il était relevé que le long chef du biceps présentait une lésion de type SLAP 2 avec instabilité latérale et une rupture partielle profonde du sus-épineux de moins de 50% de son épaisseur.
- h.** Par avis du 20 juillet 2024, le docteur C _____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de l'assurance, a conclu que l'IRM du 19 avril 2024 avait mis en évidence des lésions dégénératives. Il concluait que l'événement du 28 février 2024 n'avait décompensé que de manière transitoire un état préexistant avec un *statu quo* à trois mois, atteint au moment de l'intervention qui n'était dès lors pas en lien avec l'accident.

i. Par décision du 9 août 2024, l'assurance a retenu que le lien de causalité avec l'accident avait pris fin le 28 mai 2024, ce qui impliquait la fin du droit aux prestations à cette même date et le refus de prise en charge de l'intervention.

j. Le Dr B_____ a relevé dans son rapport du 19 août 2024 que l'assuré pouvait reprendre ses activités de natation avec uniquement une sensibilité limitante empêchant la reprise de la nage papillon. Il existait encore une raideur modérée avec un déficit d'élévation antérieure active de l'ordre de 30°.

k. Par rapport du 21 août 2024, le Dr B_____ a expliqué que le traumatisme subi par l'assuré, soit en abduction par saut dans une piscine avec le bras restant accroché sur le rebord, était le type de traumatisme en traction potentiellement causal pour une lésion des tendons de la coiffe des rotateurs et du biceps. L'IRM du 19 avril 2024 retrouvait un seul signe dégénératif, soit la présence d'une arthropathie acromio-claviculaire non symptomatique et non traitée. Ce type de lésion était décrit comme physiologique avec des remaniements retrouvés chez tous les patients dès 20 ans. L'assuré présentait un mécanisme traumatique adéquat avec une absence de signes cliniques préalables ainsi qu'un décours temporel tout à fait clair de limitation fonctionnelle des douleurs de l'épaule dans les suites immédiates de l'accident, le rapport de causalité atteignait donc le degré de vraisemblance prépondérante.

l. Par courrier du 6 septembre 2024, l'assuré a formé opposition.

m. Sur demande du Dr C_____, l'IRM du 19 avril 2024 a été soumise au docteur D_____, spécialiste en radiologie, avec une liste de questions s'agissant de la nature des lésions. Dans son avis du 11 octobre 2024, ce dernier a notamment mentionné que l'IRM, réalisée près de 7,5 semaines après l'accident, montrait une déchirure très superficielle du côté articulaire de la moitié antérieure du tendon du muscle sus-épineux à son insertion. La fissure se prolongeait dans la moitié postérieure du tendon sous forme de courte délamination interstitielle également à l'insertion du tendon. Par rapport au site d'insertion de la moitié antérieure du tendon du muscle sus-épineux, on trouvait quelques petits kystes subchondraux entourés de modifications de la moelle osseuse de type oedémateux, ce qui indiquait un problème de longue date avec le tendon. Le secteur supérieur du labrum glénoïdal présentait du côté face à la cavité glénoïdale une minuscule déchirure correspondant à une lésion SLAP de type 2. Il y avait une arthrose acromio-claviculaire très discrète. On notait également une bursite légère. Il concluait que, en raison de sa localisation, la lésion du tendon muscle sus-épineux du côté articulaire et à l'insertion du tendon était avec une quasi-certitude de nature dégénérative. Avec un espace sous-acromial trop étroit par disposition congénitale et la compression de la partie antérieure du muscle par la clavicule, cette lésion était probablement due à un conflit sous-acromial. Les kystes subcorticaux entourés de modifications de la moelle osseuse de type oedémateux indiquaient également un problème chronique de même que le kyste médial au site d'insertion. Les changements et la petite lésion suspecte du tendon du muscle

sous-épineux à son insertion étaient également probablement de nature dégénérative. La lésion SLAP de type 2 était également probablement dégénérative, ce type de lésion étant fréquemment observé chez les individus pratiquant des activités professionnelles ou sportives nécessitant un usage répété des membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules, ce qui était le cas du waterpolo. Pour le surplus, l'IRM ne montrait aucun signe du point de vue radiologique qui serait avec vraisemblance prépondérante lié à l'accident.

n. Par décision sur opposition du 24 février 2025, l'assurance a maintenu sa position.

B. a. Par acte du 31 mars 2025, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour justice (ci-après : la Cour de céans) contre la décision sur opposition du 24 février 2025, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation partielle et à la condamnation de l'intimée à continuer à verser les prestations légales au-delà du 28 mai 2024 et à tout le moins jusqu'au 30 septembre 2024. Il relève que les rapports des Drs C_____ et D_____ n'ont aucune valeur probante vu leurs qualifications, notant que les circonstances de l'accident ont par ailleurs été mal comprises.

b. Par réponse du 13 mai 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, faisant valoir la valeur probante des rapports des Drs C_____ et D_____, ces derniers ayant eu accès à l'intégralité du dossier et donc également au descriptif de l'accident, notamment relevé par le Dr B_____ dans ses rapports des 19 avril et 21 août 2024. L'origine dégénérative était par ailleurs discutée et établie selon l'IRM. Les conclusions du Dr B_____ étaient contredites par l'avis du Dr D_____ qui était motivé.

c. Par détermination du 11 juin 2025, le recourant a persisté. Il a communiqué un rapport du Dr B_____ du 7 mai 2025 qui contredisait l'appréciation du Dr D_____, étant souligné que ce dernier en tant que radiologue n'était nullement qualifié pour se prononcer sur l'origine des lésions. Il était notamment relevé qu'une lésion SLAP de type II se retrouvait dans 27% des cas de fractures distales. Il était dès lors totalement improbable qu'il ait été victime lors d'un même mouvement traumatique de deux lésions d'origine dégénérative sans que rien ne les relie. La pratique du waterpolo était sans pertinence.

Dans son rapport du 7 mai 2025, le Dr B_____ a indiqué que l'accident représentait un traumatisme adéquat pour la lésion observée. En l'absence de dossier médical préalable ou d'éléments anamnestiques, une lésion dégénérative démasquée par ce traumatisme adéquat semblait peu vraisemblable. La diminution de l'espace sous-acromial de l'infra-épineux n'était pas la cause, mais la conséquence d'une rupture de la coiffe. Les mesures effectuées sur IRM sous-estimaient la situation de plusieurs millimètres, étant précisé qu'en cas de rupture totale du sus-épineux de l'infra-épineux, une valeur supérieure à 6 mm mesurée sur des radiographies standards était suggestive de tendons irréparables. Les

diagnostics de lésions aiguës de type SLAP II, ainsi que la lésion de la coiffe des rotateurs, étaient retrouvés dans 27% des fractures de la clavicule distale.

d. Par duplique du 20 août 2025, l'intimée a maintenu sa position en s'appuyant sur le rapport du Dr D_____ du 15 juillet 2025. Il était par ailleurs relevé que par arrêt du 22 octobre 2019, 8C_446/2019, le Tribunal fédéral avait écarté une publication émanant notamment des Drs B_____ et E_____, car elle divergeait des autres études et n'était ni motivée, ni scientifiquement prouvée. Le Tribunal fédéral avait considéré dans cette affaire qu'un choc direct sur l'épaule comme une chute, une contusion ou un coup constituait un événement inadéquat s'agissant de la lésion subie, car la coiffe était bien protégée par la protection osseuse au niveau de l'épaule et du muscle deltoïde, la fin de la prise en charge 4 mois après l'accident avait dès lors été confirmée.

Dans son rapport, le Dr D_____ répondait aux arguments du Dr B_____. Selon lui, la remarque quant au peu de vraisemblance d'une lésion dégénérative trouvée suite à l'accident découlait d'une publication à laquelle le Dr B_____ avait participé, publication qui avait été écartée par le Tribunal fédéral. Le raisonnement *post hoc ergo* était erroné, ce d'autant plus qu'environ la moitié des déchirures et des décollements dégénératifs des tendons de la coiffe des rotateurs étaient asymptomatiques et n'entraînaient aucune limitation de la fonction de l'épaule sauf s'ils étaient transmuraux. Une réduction de la distance acromio-humérale pouvait être la conséquence d'une rupture du tendon musculaire supraspiatus mais dans le cas présent la tête humérale était correctement centrée dans la cavité glénoïde lors de l'examen. Il fallait donc supposer que la distance acromio-humérale était due à une prédisposition. Si la distance avait été due à une conséquence de la lésion du tendon musculi supraspinati, cela se serait traduit par un déplacement de la tête humérale vers le haut, ce qui aurait été visible à l'IRM. Le Dr D_____ n'était pas d'accord avec les propos quant aux mesures sur les radiographies. Il notait que déjà avec une distance acromio-humérale de 8 à 10 mm sur des radiographies, des lésions transmurales du tendon musculi supraspinati étaient déjà présentes dans 57% des cas. L'assuré ne présentait pas de fracture de la clavicule, de sorte que les propos sur ce point étaient hors contexte. Il convenait également de tenir compte du fait que le recourant souffrait d'une spondylarthrite ankylosante, laquelle touchait fréquemment l'épaule et entraînait une enthésité de la coiffe des rotateurs. Les modifications de la tête humérale constatées immédiatement à proximité du point d'insertion du tendon musculaire supraspinatus suggéraient une atteinte à l'épaule. Celles-ci ne pouvaient pas être une conséquence de l'accident et étaient présentes longtemps avant l'IRM. Il était recommandé de soumettre le cas au Dr C_____.

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.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des prestations d'assurance au 28 mai 2024.

3.

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 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

3.2 Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être

examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520 du 3 mai 2021 consid. 5.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

3.3 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. 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 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

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 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

3.4 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

3.5 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique, mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

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).

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
6. 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 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 (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).
7. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des

prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

8.

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

8.2 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).

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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 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 ; ATF 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 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).

9.

9.1 En l'occurrence, l'intimée a supprimé les prestations d'assurance avec effet *ex nunc* et *pro futuro* au 28 mai 2024, en s'appuyant sur les appréciations des Drs C_____ et D_____. Elle a conclu que les effets délétères de l'accident avaient cessé au plus tard trois mois après celui-ci. Les atteintes persistantes étaient liées à un état préexistant décompensé par l'accident. Le recourant s'y oppose en faisant valoir que les rapports du Dr B_____ considèrent que ses atteintes sont liées à son accident.

9.2 À titre préalable, conformément à la jurisprudence précitée, la Cour de céans relèvera que c'est à juste titre que l'intimée, ayant admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, a pris en charge le cas du recourant selon l'art. 6 al. 1 LAA et non l'art. 6 al. 2 LAA.

9.3 Il y a lieu d'examiner la valeur probante des éléments médicaux au dossier.

S'agissant du rapport du Dr C_____ du 20 juillet 2024, à sa lecture, on constate que ce dernier retient comme déroulement de l'accident que le recourant s'est blessé lors d'un choc contre le bord du bassin, ce qui ressort effectivement de la déclaration de sinistre de l'employeur, mais a été développé dans le rapport du Dr B_____ du 19 avril 2024. Dans celui-ci, il est expliqué que le recourant a subi un traumatisme en abduction forcée lors d'un sursaut dans une piscine. À cela s'ajoute que l'origine dégénérative des atteintes n'est pas motivée par le Dr C_____, il en va de même de la date fixée pour le *statu quo sine* à 3 mois.

Sur demande du Dr C_____, le Dr D_____ a analysé le dossier du recourant et a rendu une appréciation datée du 11 octobre 2024. Cependant, le contenu de la requête d'opinion du Dr C_____ porte uniquement sur l'examen de l'IRM du 19 avril 2024. Il n'est donc pas établi que le Dr D_____ ait eu connaissance de l'intégralité du dossier, étant relevé que son rapport du 11 octobre 2024 ne fait état que de ladite IRM et de la déclaration de sinistre pour retenir que le recourant a subi un choc en heurtant le bord de la piscine, ce qui ne correspond pas au déroulement de son accident comme développé précédemment.

Par ailleurs, il sied de relever que s'agissant de la lésion SLAP de type II, le Dr C_____ se limite à conclure qu'elle est probablement d'origine dégénérative, se basant sur la pratique du recourant du waterpolo, sans autre motivation.

Dans son rapport du 15 juillet 2025, le Dr D_____ persiste à retenir à tort que le recourant s'est blessé en heurtant le bord de la piscine. La Cour de céans relève par ailleurs que son argumentation semble confuse. En effet, il note que le raisonnement *post hoc ergo* du Dr B_____ est erroné, en expliquant que plus de la moitié des déchirures et des décollements dégénératifs des tendons de la coiffe des rotateurs sont asymptomatiques et n'entraînent aucune limitation de la fonction de l'épaule sauf s'ils sont transmuraux. Puis, il mentionne que déjà avec une distance acromio-humérale de 8 à 10 mm sur des radiographies, des lésions transmursales du tendon musculi supraspinati sont présentes dans 57% des cas, laissant entendre qu'il s'agit d'une lésion transmurale en l'espèce qui aurait donc pu être symptomatique selon le Dr D_____. Il concluait son rapport en recommandant de soumettre le cas au Dr C_____, ce qui n'avait pas été fait par l'intimée.

De son côté, dans son rapport du 21 août 2024, le Dr B_____ a expliqué que le traumatisme subi était « *adéquat* » pour retenir la vraisemblance prépondérante, étant par ailleurs précisé que le recourant n'avait pas présenté de signes cliniques avant l'accident et avait souffert de limitations et de douleurs juste après celui-ci. Il considérait que ce type de traumatisme était potentiellement causal avec des lésions de la coiffe des rotateurs et du biceps. Conformément à la jurisprudence précitée, ce raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » est insuffisant.

Dans son rapport du 7 mai 2025, le Dr B_____ mentionne un lien entre des lésions SLAP II et de la coiffe des rotateurs avec des fractures de la clavicule, ce qui n'est pas pertinent en l'espèce, le recourant ne présentant pas de fracture de la clavicule. Le Dr B_____ continue à se baser sur l'absence de symptômes avant l'accident, ce qui est insuffisant comme indiqué précédemment. Pour lui, la diminution de l'espace sous-acromial était la conséquence d'une rupture de la coiffe, sans autre motivation.

En l'état du dossier, il n'est donc pas possible de trancher l'origine des lésions présentées par le recourant.

Il est en effet nécessaire de recourir à une expertise indépendante avec volet orthopédique (art. 44 LPGA).

À cette fin, la cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise et nouvelle décision.

Un renvoi à l'administration se justifie d'autant plus que l'intimée a insuffisamment instruit le dossier, le Dr D_____ ayant lui-même préconisé une appréciation du Dr C_____ après son avis du 15 juillet 2025.

- 10.** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée, et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants.

Le recourant, représenté par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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]), fixée en l'espèce à CHF 2'500.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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 24 février 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-.
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 suppléante

Nathalie KOMAISKI

Marie-Josée COSTA

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