

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1185/2025

ATAS/240/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mars 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

Représenté par Maître Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

SWICA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** a. A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1959, exploite à titre indépendant une salle de jeux et de billard avec buvette à l'enseigne « B _____ » (ci-après : l'entreprise). À ce titre, il est assuré facultativement contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après : SWICA ou l'intimée).
- B.** a. Le 8 août 2017, l'assuré a subi un accident sur son lieu de travail. Il a perdu l'équilibre et est tombé d'un escabeau, se blessant ainsi à l'épaule droite
- b. L'assuré a subi une opération de l'épaule droite aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) le 30 janvier 2018 (arthroscopie de l'épaule droite, débridement sous-scapulaire et ténodèse infra-pectorale du long chef du biceps).
- c. Par arrêt du 3 mai 2023 (ATAS/298/2023), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a admis le recours et réformé la décision de l'intimée du 11 novembre 2019, en ce sens que le recourant avait droit au versement des prestations de l'intimée jusqu'au 21 octobre 2019.
- C.** a. Par déclaration d'accident du 20 décembre 2022, l'assuré a annoncé à SWICA qu'il avait glissé en sortant de sa baignoire le 19 novembre 2022 et qu'il s'était ainsi fait mal au genou droit.
- b. Dans un questionnaire accident LAA rempli le 4 janvier 2023, l'assuré a indiqué avoir glissé dans sa baignoire, être tombé violemment sur son genou gauche et avoir eu très mal. En se rattrapant, il s'était fait également très mal à l'épaule droite. Il était en arrêt de travail à 100% jusqu'au 27 janvier 2023. Le traitement médical n'avait pas pris fin, il attendait une infiltration de son épaule. Il avait déjà été opéré de cette épaule en 2019 (rupture du tendon). Il travaillait comme indépendant.
- c. Dans un rapport établi le 3 avril 2023, le docteur C _____, chiropraticien, a indiqué que l'assuré avait chuté dans sa baignoire avec une douleur et une incapacité fonctionnelle au genou gauche et à l'épaule droite. Cette dernière avait déjà été opérée en 2019. L'assuré était en incapacité à 100% dès le 19 novembre 2022 et le traitement était terminé depuis le 27 janvier 2023.
- d. Le 28 avril 2023, la gestionnaire du dossier a informé l'assuré que SWICA avait demandé à un médecin-consultant de se prononcer sur la causalité naturelle et qu'elle se prononcerait sur la base du rapport de celui-ci sur son droit aux prestations.
- e. La gestionnaire de SWICA a demandé au docteur D _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un avis sur le nouvel accident de l'assuré, en lui résumant son dossier et en lui demandant de se prononcer sur des questions en lien avec ses lésions au niveau de l'épaule droite.

f. Selon une note téléphonique du 2 mai 2023, le Dr C_____ avait indiqué à SWICA avoir examiné l'assuré la semaine précédente et avoir ordonné une arthro-IRM en raison du manque d'amélioration et des douleurs.

g. Par courriel du 9 novembre 2023, le Dr C_____ a informé SWICA avoir examiné l'assuré le 21 novembre 2022. Celui-ci avait des douleurs à l'épaule droite importantes au repos et lors de la mobilisation passive et active avec une diminution des amplitudes de mouvements et une perte de force (instabilité). Le diagnostic était une déchirure partielle de la coiffe plus une bursite.

Le Dr C_____ avait vu l'assuré le 3 avril 2023. Il y avait eu une bonne évolution suite au traitement, aux infiltrations et au repos mais une rechute à fin mars. L'assuré avait eu une augmentation des douleurs, une perte de force et une diminution des amplitudes de mouvements. Les diagnostics étaient les mêmes. Des radiographies avaient été effectuées et il les avait déjà adressées à SWICA. Actuellement, l'assuré allait mieux. Cela avait pris du temps mais il n'avait plus mal depuis le mois précédent.

h. Le Dr D_____ a été relancé par le gestionnaire de SWICA à plusieurs reprises.

i. Le 2 octobre 2024, SWICA a informé l'assuré qu'elle renonçait à se prévaloir de la prescription jusqu'au 31 décembre 2025.

j. Le 4 octobre 2024, le gestionnaire de SWICA a encore adressé un rappel au Dr D_____, en lui demandant de se prononcer rapidement.

k. Le Dr D_____ a établi, le 9 octobre 2024, un avis orthopédique sur dossier, précisant qu'il s'était fondé sur la documentation fournie par l'assurance. Il a conclu que les troubles de la santé du recourant retenus en lien de causalité naturelle avec l'événement du 19 novembre 2022 s'étaient éteints, sans séquelles, ni séquelles attendues, au 27 janvier 2023. Il n'y avait donc pas eu de rechute de l'événement du 19 novembre 2022 au sens médical, comme asséurologique du terme, ni conséquence tardive de l'événement du 19 novembre 2022 après cette date.

l. Le 13 novembre 2024, l'assuré a contesté que le lien de causalité aurait pris fin au 27 janvier 2023 en produisant un rapport du Dr C_____ du 11 novembre 2024.

m. Par décision du 19 novembre 2024, SWICA a indiqué n'avoir pas pris en charge les prestations prévues par l'assurance-accident dans l'attente de compléter les investigations médicales, suite à l'annonce d'accident du 19 novembre 2022. L'assuré avait repris son activité professionnelle à plein temps le 14 février 2023, puis une nouvelle incapacité de travail avait débuté et s'était terminée en octobre 2023. Selon le Dr D_____, l'état de santé à l'épaule droite et au genou gauche, tel qu'il existait immédiatement avant l'accident du 19 novembre 2022, était à nouveau atteint au plus tard le 27 janvier 2023. À cette

date, le *statu quo sine* au genou gauche ainsi qu'à l'épaule droite était atteint. Il n'existait pas de séquelle au genou gauche ni à l'épaule droite.

En conséquence, les prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de guérison) étaient prises en charge depuis la date de l'accident jusqu'au 27 janvier 2023. En l'absence de causalité naturelle au-delà du 27 janvier 2023, la possibilité d'annoncer une rechute était exclue.

n. Par décision sur opposition du 4 mars 2025, SWICA a rejeté l'opposition formée à sa décision du 19 novembre 2024, faisant valoir que le Dr D_____ avait indiqué que le traitement des lésions de l'épaule droite de l'assuré était clos au 27 janvier 2023. Il n'y avait pas lieu de retenir une rechute, contrairement à ce que soutenait le Dr C_____.

D. a. Le 3 avril 2025, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre de céans, concluant à l'annulation de la décision sur opposition de SWICA et à la condamnation de cette dernière à lui verser CHF 38'583.60, plus intérêts à 5%, à titre d'indemnités journalières du 28 janvier 2023 au 18 octobre 2023, et à la prise en charge de tous ses frais médicaux en lien avec l'accident du 19 novembre 2022. Le recourant transmettait un rapport médical établi le 31 mars 2025 par le Dr C_____, qui confirmait le caractère indiscutable de la persistance du lien de causalité entre l'accident et ses lésions.

b. Le 20 mai 2025, l'assuré a complété son recours.

c. Par réponse du 1^{er} juillet 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, sur la base des conclusions du Dr D_____.

d. Le 5 août 2025, le recourant a fait valoir que le rapport du Dr D_____ ne pouvait pas se voir reconnaître une pleine valeur probante au vu du rapport médical établi par le Dr C_____ le 31 mars 2025. Il rappelait que de nombreux rappels avaient été adressés à SWICA et qu'il était incompréhensible que cette dernière ait mis près de deux ans pour rendre une décision sur la base du Dr D_____. Sans indemnités journalières ni prise en charge médicale, le recourant n'avait eu d'autre choix que de reprendre le travail à 100% dès le 14 février 2023, après en avoir discuté avec le Dr C_____, pour permettre la survie de son établissement. Néanmoins, il avait dû s'efforcer, dans toute la mesure du possible, de limiter ses activités à la supervision, aux relations avec la clientèle et les fournisseurs, comptables, etc., car toute activité physique était douloureuse et néfaste à son état de santé. Il avait fait appel à l'aide de proches, du personnel et même de clients. Il ne pouvait rien faire physiquement. Les douleurs avaient obligé le Dr C_____ à le remettre en incapacité de travail dès le 2 avril 2023. Le recourant persistait en conséquence dans son recours.

e. Le recourant a produit un nouveau chargé de pièces le 28 octobre 2025.

f. Le 11 novembre 2025, l'intimée a considéré que les pièces produites n'apportaient aucun élément nouveau et elle a maintenu ses conclusions.

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

2.

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé, en tant qu'elle refuse ses prestations au recourant au motif que son atteinte à la santé n'était plus en rapport de causalité naturelle avec son accident du 19 novembre 2022 au-delà du 27 janvier 2023, le recourant admettant que tel était le cas au-delà du 18 octobre 2023.

3.

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).

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.

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 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).

3.2 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

3.3 Selon l'art 44 LPGa, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises. Trois types d'expertise sont possibles, une expertise monodisciplinaire, une expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire (al. 1). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux

experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 ; 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).

3.4 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).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n. U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n. UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

3.5 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).

4.

4.1 En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante du rapport du Dr D_____. Celui-ci ayant agi en qualité de « médecin-consultant » de l'intimée, des doutes même légers sur ses conclusions suffisent à remettre en cause leur valeur probante et à imposer une expertise par un médecin indépendant.

4.2 Au début de son rapport du 9 octobre 2024, le Dr D_____ a récapitulé les pièces au dossier et indiqué que malgré la demande, aucun examen clinique orthopédique détaillé de l'épaule droite, comme du genou, n'avait été mis à sa disposition dans le cadre de l'événement du 19 novembre 2022. Seuls des examens d'imagerie étaient disponibles. Pour cette raison, aucun diagnostic de nature médicale ne pouvait être étayé, de façon stricte, à l'épaule droite, comme au genou gauche.

L'on peut s'étonner que le Dr D_____ se soit prononcé sur un dossier incomplet et sur les raisons pour lesquelles il n'a pas procédé lui-même à un examen clinique. Cela s'explique sans doute par le fait qu'il a tardé à s'occuper de ce dossier et qu'il devait rendre son rapport rapidement vu les nombreux rappels reçus. Ce constat suffit déjà à remettre en cause la valeur probante de son rapport.

4.3 Il faut également relever qu'il a indiqué, s'agissant de l'épaule droite du recourant, qu'au jour de l'annonce de l'évènement en cause, le 19 novembre 2022, il n'y avait aucun état antérieur à l'épaule droite à retenir, dès lors que le *statu quo ante* pour cette épaule concernant l'évènement du 8 août 2017 avait été fixé au 21 octobre 2019.

Ce constat du Dr D_____ apparaît discutable, dès lors que le recourant a été opéré à l'épaule droite le 30 janvier 2018. Son état ne pouvait donc être considéré comme « sans état antérieur », quand bien même le *statu quo ante* a été retenu pour cette épaule. Il est en effet d'usage qu'un diagnostic post fracture ou opération soit mentionné dans ces cas. D'ailleurs dans son rapport initial LAA, le Dr C_____ a précisé, comme circonstances particulières pouvant influencer négativement le déroulement de la guérison (par exemple, maladie antérieures, accidents), le fait que l'épaule droite avait déjà été opérée. Cela remet également en doute le rapport du Dr D_____.

4.4 Le Dr D_____ a affirmé que les troubles de la santé du recourant retenus en lien de causalité naturelle avec l'évènement du 19 novembre 2022 s'étaient éteints, sans séquelles ni séquelles attendues, au 27 janvier 2023 et qu'il ne pouvait donc y avoir eu une rechute de l'évènement du 19 novembre 2022, en mars 2023.

Il a probablement retenu la date du 27 janvier 2023 sur la base du rapport initial LAA établi par le Dr C_____ le 3 avril 2023, lequel indiquait que le traitement était terminé le 27 janvier 2023 avec une reprise de travail dont la date n'était pas mentionnée. Cela est contestable, puisque figurait au dossier, un certificat médical établi le 13 février 2023 par le Dr C_____, qui prolongeait l'incapacité de travail du recourant à 100% du 20 janvier au 13 février 2023, avec une reprise à 100% à partir du 14 février 2023. Ce certificat a été transmis à SWICA le 21 février 2023, à teneur du dossier, et il n'a donc pas été établi en octobre 2023, comme le soutient l'intimée. Le Dr D_____ ne pouvait ainsi retenir que l'évènement du 19 novembre 2022 était éteint, sans séquelles, au 27 janvier 2023.

4.5 L'intimée a relevé que le recourant avait produit un certificat médical du 13 février 2023 attestant d'une reprise de travail à 100% dès le 19 octobre 2023, soit huit mois plus tard. Or, à la même date, il était attesté qu'il avait repris le travail à 100% à partir du 14 février 2023.

La chambre de céans considère que ce certificat est manifestement daté par erreur du 13 février 2023, le médecin ayant probablement repris le certificat de reprise précédent en omettant d'en modifier la date. Le second certificat de reprise

concerne à l'évidence les suites de l'état de santé tel qu'il a été après l'aggravation des douleurs du recourant en mars-avril 2023.

4.6 Le recourant a produit un certificat médical datant du 13 mai 2025 établissant une incapacité de travail du 21 novembre 2022 au 14 février 2023 à 100%, avec une reprise à 100% de capacité le 14 février 2023, puis une rechute avec une incapacité de 100% le 3 avril 2023.

L'intimée a fait valoir que des certificats rétroactifs pouvaient se justifier dans des cas exceptionnels, mais, dans tous les cas, la durée de la rétroactivité ne devait pas dépasser une semaine. En l'espèce, cette durée était de plus de deux ans. Aussi, ces attestations, qui avaient été établies pour les besoins de la cause, ne pouvaient pas être acceptées.

La chambre de céans constate qu'il ne s'agit pas là d'un certificat rétroactif, puisque le Dr C_____ a établi, le 21 novembre 2022, un certificat médical attestant d'une incapacité de travail à 100% du recourant du 19 novembre au 21 janvier 2023 et qu'il a prolongé le 13 février 2023, l'arrêt de travail au même jour.

Il est certes regrettable que le Dr C_____ n'ait pas établi un arrêt de travail attestant d'une rechute en temps utile, mais il convient d'admettre que la nouvelle incapacité de travail est suffisamment établie par la note téléphonique du 2 mai 2023, qui atteste, en temps réel, que le Dr C_____ avait indiqué à SWICA avoir examiné l'assuré la semaine précédente et avoir ordonné une arthro-IRM en raison du manque d'amélioration et des douleurs.

4.7 Selon le rapport établi par le Dr C_____ le 11 novembre 2024, l'assuré avait bénéficié d'une période d'accalmie suite à l'infiltration de l'épaule entre janvier et mars 2023. Mais après que les effets de celle-ci s'étaient dissipés, ce qui arrivait régulièrement et justifiait qu'il faille parfois infiltrer à plusieurs reprises, les mêmes douleurs et les mêmes pertes fonctionnelles que celles qui avaient fait suite à l'accident du 19 novembre 2022 s'étaient réinstallées progressivement. Ces dernières n'étaient pas présentes avant l'accident. L'arthro-IRM du 24 avril 2023 confirmait l'évolution progressive de la déchirure du sus-épineux causée par l'accident du 19 novembre 2022 dans un premier temps partielle, puis complète. Elle avait été observée par le bilan radiographique/échographique dès le 19 décembre 2022 par une déchirure de la face profonde du tendon du sus-épineux (et du sous-scapulaire) et des foyers de déchirure interstitielle de ce même tendon. Sachant qu'il n'y avait pas eu d'autre évènement traumatique, il s'agissait juste de l'évolution dans le temps de la même lésion post-traumatique de l'accident du 19 novembre 2022 ainsi que de l'échec de l'infiltration.

Il peut paraître surprenant que le Dr C_____ ait attesté d'une fin de traitement le 27 janvier 2023 dans son rapport du 3 avril 2023, alors qu'il ressort de son rapport du 11 novembre 2024 que l'assuré aurait subi une rechute vers fin mars 2023.

Cela peut toutefois s'expliquer par différentes causes. Il ressort par exemple de la note téléphonique du 2 mai 2023 que le Dr C_____ avait indiqué avoir examiné l'assuré la semaine précédente et ordonné une arthro-IRM en raison du manque d'amélioration et des douleurs. Il apparaît ainsi qu'il a pu constater l'aggravation des douleurs après avoir rempli le rapport initial le 3 avril 2023.

La chambre de céans retient que le rapport du 11 novembre 2023 est convaincant, à tout le moins suffisamment pour remettre en cause la conclusion contraire du Dr D_____, étant relevé qu'il s'est écoulé peu de temps entre la reprise du travail par le recourant et le constat fait à la fin du mois d'avril 2023 par le Dr C_____ d'un manque d'amélioration et de douleurs (*cf.* note téléphonique du 2 mai 2023).

Il convient d'ajouter à cet égard que le recourant a fait valoir que sans indemnités journalières ni prise en charge médicale, il n'avait eu d'autre choix que de reprendre le travail à 100% dès le 14 février 2023, alors qu'il n'était pas encore rétabli. Il résulte de ses déclarations qu'il était peut-être encore atteint dans sa santé lorsqu'il a repris le travail, de sorte qu'il n'aurait pas subi une rechute à proprement parler.

4.8 En conclusion, le rapport du Dr D_____ n'est pas suffisamment probant et il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée, pour réexamen du bien-fondé de sa décision, ou instruction complémentaire par une expertise indépendante.

- 5.** Le recours est ainsi partiellement admis. La décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis *a contrario* LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 4 mars 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée au sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à la 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

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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