



**EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1982, travaillait comme grutier auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, sise à Genève. À ce titre, il était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre le risque accident professionnel ou non professionnel.
- b.** Le 1<sup>er</sup> février 2024, l'assuré est tombé en arrière d'une hauteur de 50 à 70 cm alors qu'il reculait sur un chantier en aidant un collègue à porter une planche.
- c.** Selon le rapport médical de la clinique de Carouge relatif aux soins donnés le 1<sup>er</sup> février 2024, l'assuré présentait des douleurs à la mobilisation. Il était conclu à une contusion de l'épaule, du genou et de la cheville.
- d.** Les radiographies du 1<sup>er</sup> février 2024 ont attesté de l'absence de lésion post-traumatique aiguë au niveau de l'épaule droite, d'une omarthrose débutante et d'une discrète sclérose sous-chondrale du tubercule majeur comme signe indirect d'une possible enthésopathie à ce niveau. S'agissant de la cheville droite, il y avait une ossification bien corticalisée d'environ 9 mm en regard de la malléole postérieure, des remaniements corticaux entre la malléole interne du versant médial du talus probablement d'allure dégénérative.
- e.** Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite du 25 mars 2024, l'assuré présentait un micro-fragment de la malléole postérieure non déplacée d'aspect non récent, un épanchement téno-synovial modéré dans la gaine du long fléchisseur de l'hallux en communication avec un kyste originaire du ligament talo-fibulaire postérieur et un split tear grade III du court péronier sans instabilité.
- f.** Par courrier du 8 avril 2024, la CNA a cessé préventivement le versement de prestations au 8 avril 2024.
- g.** Il ressortait de l'IRM de l'épaule droite du 16 avril 2024 que l'assuré avait une lésion labrale de type SLAP II touchant partiellement l'insertion labrale du tendon long chef du biceps, ainsi que des lésions dégénératives débutantes acromio-claviculaires.
- h.** Dans son rapport du 16 mai 2024, la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré annonçait toujours d'importantes douleurs au niveau de l'épaule. À l'examen clinique, la mobilité de l'épaule était normale avec une sensation de tiraillement lors des mouvements extrêmes. Au testing, il était noté un yocum et un jobe positifs, le reste était négatif. L'assuré signalait des douleurs au niveau du genou avec une douleur élective au niveau de l'insertion du gastrocnémien interne. Il mentionnait également des douleurs au niveau de la cheville droite dans le cadre d'une fracture de la malléole postérieure vraisemblablement ancienne.

**i.** Le même jour, l'assuré s'est soumis à une infiltration de l'épaule à but antalgique.

**j.** Selon le rapport d'IRM du genou du 24 mai 2024, l'assuré souffrait d'un épanchement articulaire modéré avec kyste poplité non compliqué et d'une dégénérescence mucoïde LCA distal.

**k.** Par avis du 4 juin 2024, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu que l'événement n'avait pas causé d'autres lésions structurelles objectivées, il s'agissait d'une aggravation aiguë transitoire sur un état préexistant aussi bien de la cheville que de l'épaule droite qui avait fini de déployer ses effets après trois mois.

**l.** Par décision du 4 juin 2024, la CNA a mis fin aux prestations au 8 avril 2024.

**m.** Par note de consultation du 13 juin 2024, la Dre C\_\_\_\_\_ s'étonnait que les suites de l'épaule droite ne soient pas prises en charge. S'agissant du genou, il y avait clairement une lésion antérieure, mais l'assuré ne ressentait des douleurs que depuis sa chute. Elle relevait que l'assuré n'avait jamais eu d'arrêt de travail ou d'accident auparavant.

**n.** Par lettre datée du 3 juillet 2024, l'assuré a contesté la position de la SUVA.

**o.** Selon la note de consultation du 5 juillet 2024, la Dre C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était satisfaisante s'agissant de l'épaule droite. Pour le genou, l'assuré ressentait toujours une gêne au niveau du creux poplité dans le cadre d'un kyste. Il n'avait pas bénéficié des séances de physiothérapie à défaut de prise en charge par la CNA.

**p.** Selon le décompte du 14 juillet 2024, SWICA ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après : SWICA), assurance perte de gain maladie, a pris en charge l'arrêt de travail de l'assuré à compter du 11 avril 2024.

**q.** Par courrier du 22 juillet 2024, la CNA a indiqué modifier la date de suspension préventive du versement des prestations d'assurance au 1<sup>er</sup> mai 2024 et continuer l'instruction.

**r.** Dans son appréciation du 2 septembre 2024, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré avait déjà eu un accident en 2021 au niveau de l'épaule droite qui avait conduit à une incapacité de travail à 100% du 27 mars au 13 août 2021, ce qui contredisait le rapport de la Dre C\_\_\_\_\_. Il maintenait dès lors sa position.

**s.** Par décision du 11 septembre 2024, la CNA a considéré que l'état de santé tel qu'il l'aurait été sans accident était atteint au 1<sup>er</sup> mai 2024. Il était donc mis fin aux prestations à compter de cette date.

**t.** Par courrier du 11 octobre 2024, l'assuré a formé opposition. Il relevait que son accident de 2021 n'avait pas eu de conséquence durable. Vu les exigences de son activité professionnelle, il n'aurait pas été en mesure de l'accomplir s'il avait eu des atteintes préexistantes. Il aurait repris son travail dès juin 2024, mais cela lui

avait été déconseillé par la Dre C\_\_\_\_\_. Il n'avait pas pu poursuivre ses soins en raison de la gestion de son dossier par la CNA. Sa situation était injuste et découlait d'une faute de sécurisation sur le chantier. Sa chute aurait pu avoir des conséquences bien plus graves. Il allait poursuivre ses soins en France afin d'éviter des complications administratives avec la CNA.

**u.** Par courrier du 22 novembre 2024, SWICA a conclu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, les prestations allaient être suspendues à compter du 16 septembre 2024.

**v.** Par envoi du 12 mars 2025, l'assuré a expliqué que l'absence de prestations et l'arrêt d'activité avaient été très durs à vivre tant physiquement que psychologiquement. Il avait pu reprendre son travail le 16 septembre 2024. Il produisait des photographies du lieu de l'accident et le rapport d'expertise du centre d'expertises médicales (CEMed) du 13 novembre 2024 demandé par SWICA.

Il ressortait du rapport d'expertise émis par la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, que l'assuré avait bénéficié d'une infiltration antalgique de l'épaule droite en mai 2024 qui l'avait significativement soulagée. Il avait fait quelques séances de physiothérapie pour le membre inférieur droit, mais pas pour l'épaule. Sa dernière consultation avec la Dre C\_\_\_\_\_ remontait au 16 septembre 2024, elle l'avait autorisé à reprendre son activité de grutier, mais il ne devait pas participer aux tâches sur le chantier impliquant du port de charge. L'assuré réfléchissait à une reconversion, craignant qu'une activité uniquement de grutier restreigne ses recherches. Il n'utilisait aucune antalgie depuis des mois. L'experte notait que l'IRM du genou réalisée en mai 2024 était globalement dans la norme. Le status clinique de la ceinture scapulaire, des poignets et des genoux était dans la norme hormis de discrètes douleurs à l'épaule droite pouvant correspondre aux lésions dégénératives débutantes mises en évidence par l'IRM. L'experte concluait que l'intensité des douleurs alléguées étaient surdimensionnées par rapport au status clinique et à l'imagerie. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% dès le jour de l'expertise et l'assuré n'avait pas de limitation fonctionnelle.

**w.** Par décision sur opposition du 19 mars 2025, la CNA a maintenu sa position.

- B.** **a.** Par courrier du 19 avril 2025 reçu par la CNA et transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Cour de céans), l'assuré a contesté la décision sur opposition du 19 mars 2025, concluant à tout le moins à la prise en charge de son accident pendant la période où il avait été en arrêt de travail. Il notait que lors de sa prise en charge médicale suite à son accident, il avait été détecté une ancienne lésion à la cheville. Il avait reconnu avoir été blessé il y a plus de vingt ans en jouant au football, mais ne ressentait pas de douleurs depuis. S'agissant de son épaule, une IRM permettant d'attester de lésions n'avait été pratiquée que tardivement. Il avait suivi les recommandations de la

Dre C\_\_\_\_\_ quant à la date de reprise de son activité professionnelle. Il se retrouvait avec des frais médicaux à sa charge ainsi que des incertitudes. Il était prêt à se soumettre à de nouveaux examens. Il relançait un ancien projet professionnel. Il relevait que Madame F\_\_\_\_\_, physiothérapeute, pourrait confirmer le sérieux de son suivi et la réalité des douleurs décrites lors des séances.

**b.** Interpellée, l'intimée a conclu au rejet du recours en renvoyant à la décision sur opposition.

**c.** Par acte daté du 11 juillet 2025, mais déposé le 17 juillet, le recourant concluait à une instruction complète de son dossier et à la reconnaissance de son accident avec l'incapacité de travail et les frais médicaux en découlant. Il avait reçu des factures qui auraient dû être prises en charge par l'intimée. Il avait commencé à les régler pour éviter des poursuites. Les conséquences de l'accident auraient pu être bien plus graves et il était choqué de ne pas avoir eu de nouvelles de l'entreprise responsable sur le chantier. Il produisait notamment des photographies du lieu de l'accident illustrant l'absence de sécurisation, ses arrêts de travail ainsi que des factures et des arrangements de paiement. Il joignait une note où il précisait ne pas avoir pu déposer sa réplique dans le délai imparti en raison de ses obligations professionnelles.

**d.** Par écriture du 31 juillet 2025, l'intimée a persisté.

## **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.**

**2.1** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

**2.2** 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, compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

**3.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des prestations d'assurance au 1<sup>er</sup> mai 2024.

**4.**

**4.1** 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).

**4.2** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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*) selon 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 ; ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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).

**4.3** 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).

**4.4** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 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).

5. 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).
6. 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).
7. 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).

8. 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).

9.

9.1 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).

9.2 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).

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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 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).

- 10.** 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 des assurances 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

**11.**

**11.1** En l'occurrence, l'intimée a supprimé les prestations d'assurance avec effet *ex nunc et pro futuro* au 1<sup>er</sup> mai 2024, en s'appuyant sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr D\_\_\_\_\_. Elle a conclu que les effets délétères de l'accident avaient cessé au plus tard trois mois après celui-ci. Les effets postérieurs étaient liés à un état préexistant décompensé par l'accident. Le recourant s'y oppose en faisant valoir que son arrêt de travail s'est poursuivi jusqu'au 15 septembre 2024 inclus.

**11.2** Il y a lieu de commencer par examiner la valeur probante des éléments médicaux au dossier.

Les circonstances de l'accident telles que retenues par l'intimée ne sont pas contestées par le recourant. Les photographies du lieu de l'accident s'agissant du défaut éventuel de sécurisation et du risque de conséquences plus graves sont sans pertinence. En effet, l'analyse de la Cour de céans doit déterminer les suites de l'accident tel qu'il s'est concrètement produit et à examiner la prise en charge qui doit en découler par l'intimée, le défaut de sécurisation relève le cas échéant du volet responsabilité civile qui sort du cadre du litige.

Suite à la chute, le recourant a été blessé à l'épaule, au genou et à la cheville. Le jour de l'accident, il a été examiné à la clinique de Carouge, il a alors été conclu à une contusion, étant précisé que des radiographies ont été effectuées le jour-même.

À ce stade, il sied de relever que l'IRM du 25 mars 2024 a mis en évidence une fracture ancienne à la cheville, ce qui est également admis par la Dre C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 mai 2024 ; or, c'est à l'endroit de cette fracture que le recourant annonçait des douleurs. Le recourant reconnaît de son côté s'être blessé il y a une vingtaine d'années en jouant au football, mais il relève que les douleurs sont survenues après sa chute de février 2024.

En ce qui concerne le genou, tant l'IRM du 24 mai 2024 que la Dre C\_\_\_\_\_ admettent également l'ancienneté de la lésion constatée. Une fois de plus, le recourant mentionne que les douleurs ne se sont manifestées qu'après l'accident de février 2024.

S'agissant de l'épaule, la radiographie du 1<sup>er</sup> février 2024 mentionnait l'absence de lésion osseuse post-traumatique et faisait état d'une discrète sclérose sous-chondrale du tubercule majeur comme signe d'une possible enthésopathie. Quant à l'IRM du 16 avril 2024, il a mis en évidence une lésion labrale de type SLAP II touchant partiellement l'insertion labrale du tendon long chef du biceps, ainsi que des lésions dégénératives débutantes acromio-claviculaires.

Le recourant fait valoir que toutes les douleurs sont survenues après la chute de février 2024. Il soulignait qu'il avait une activité professionnelle physique, de sorte qu'il n'aurait pas été en mesure de l'accomplir s'il avait souffert d'atteintes préexistantes.

Conformément à la jurisprudence précitée, 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.

Dans ses avis des 4 juin et 2 septembre 2024, le Dr D\_\_\_\_\_ a conclu à un état préexistant, tant au niveau de la cheville que de l'épaule, décompensé par l'événement de février 2024. S'agissant de la lésion SLAP type II, il développait que le lien avec l'accident était seulement possible, le mécanisme décrit étant un

choc direct sur cette épaule ce qui n'est pas le mécanisme habituel pour une telle lésion qui était un mouvement non contrôlé du bras comme chez un joueur de baseball. Il était précisé que les radiographies permettaient de constater un « *critical angle de shoulder* » supérieur à la norme qui était de 34° pouvant expliquer l'aspect scléreux au niveau de l'insertion humérale de la coiffe des rotateurs en raison de la surcharge chronique favorisée par cette morphologie.

Pour contester la position du Dr D\_\_\_\_\_, le recourant s'appuie essentiellement sur l'arrêt de travail prolongé par la Dre C\_\_\_\_\_ jusqu'au 15 septembre 2024.

Comme relevé précédemment, l'ancienneté des atteintes à la cheville et au genou est admise par le médecin traitant du recourant et attestée par l'imagerie.

Reste à examiner les troubles à l'épaule.

Au dossier figure un rapport du 16 mai 2024 de la Dre C\_\_\_\_\_ qui note que le recourant se plaint d'importantes douleurs, mais qu'à l'examen clinique, la mobilité de l'épaule est normale avec une sensation de tiraillement lors des mouvements extrêmes. Au testing, le yocum et le jobe étaient positifs, le reste était négatif. Une infiltration à but antalgique avait été réalisée le jour-même.

Par note du 13 juin 2024, la Dre C\_\_\_\_\_ s'étonnait de la non-prise en charge des suites de l'épaule en relevant que le recourant n'avait eu ni arrêt de travail ni accident auparavant, ce qui est contredit par l'existence d'un accident en 2021. Il apparaît dès lors que la Dre C\_\_\_\_\_ ne disposait pas de toute l'anamnèse du recourant, ce qui exclut la prise en compte de son appréciation. Dans sa note de consultation du 5 juillet 2024, elle indique que l'évolution est satisfaisante s'agissant de l'épaule et que le recourant se plaint d'une gêne au genou ; l'arrêt de travail est prolongé.

Dans son rapport d'expertise du 13 novembre 2024, la Dre E\_\_\_\_\_ relève que l'infiltration du 16 mai 2024 a significativement soulagé le recourant. Elle note que le recourant n'a fait aucune séance de physiothérapie s'agissant de l'épaule, la dernière consultation avec la Dre C\_\_\_\_\_ remontant au 16 septembre 2024, date de la reprise d'activité à 100%. Le recourant ne prenait plus d'antalgie depuis des mois. Le status clinique de la ceinture scapulaire, des poignets et des genoux était dans la norme hormis de discrètes douleurs à l'épaule droite pouvant correspondre aux lésions dégénératives débutantes mises en évidence par l'IRM. L'experte concluait que l'intensité des douleurs alléguées étaient surdimensionnées par rapport au status clinique et à l'imagerie. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% dès le jour de l'expertise, l'assuré n'avait pas de limitation fonctionnelle. Il sied de relever que l'experte ne s'est pas prononcée sur l'évolution de la capacité de travail depuis l'accident.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que les brefs rapports de la Dre C\_\_\_\_\_ ne peuvent pas se voir reconnaître pleine valeur probante contrairement à ceux du Dr D\_\_\_\_\_.

Ainsi, il n'existe aucun élément concret permettant de s'écarter des conclusions claires et motivées du Dr D\_\_\_\_\_, au contraire, le rapport d'expertise conclut également que les douleurs persistantes à l'épaule découlent d'atteintes dégénératives.

Partant, la Cour de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes du recourant ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident postérieurement au 30 avril 2024.

Par conséquent, l'audition de Mme F\_\_\_\_\_, laquelle ne pourra attester que du suivi réalisé et des douleurs décrites lors des séances de physiothérapie, éléments déjà pris en compte, s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

Pour ces motifs, la décision litigieuse doit être confirmée.

**12.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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