

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1555/2024

ATAS/504/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2025

Chambre 15

En la cause

A_____
représenté par de Me Gazmend ELMAZI, avocat

recourant

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS (CNA)**

intimée

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1981, était employé en tant qu'aide-ferrailleur pour B_____ Sàrl (ci-après : l'employeuse), depuis le 3 octobre 2022, et était assuré à ce titre contre les accidents par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : CNA).
- b.** Le 21 février 2023, l'employeur a annoncé à la CNA que l'assuré avait été victime d'un accident lors de son travail. Les faits étaient décrits comme suit : « Je marchais quand la planche de bois a cédé et je suis tombé d'une hauteur d'environ 1 mètre, je me suis cogné le coude contre la ferraille ». La partie du corps touchée était le coude gauche et la lésion qualifiée de fracture.
- c.** L'assuré a consulté le docteur C_____, médecin généraliste, au centre médical de Vermont, le 21 février 2023. L'assuré a été mis en arrêt de travail complet dès l'accident.
- d.** Un examen par IRM de l'épaule gauche a été réalisé le 1^{er} mars 2023 en raison de l'indication suivante : « chute avec réception sur le coude et douleurs de l'épaule gauche. Bilan ». La conclusion de cet examen était : « Tendinopathie du tendon du sous-scapulaire avec déchirure focale de la jonction myotendineuse de sa portion inférieure et désinsertion des fibres supérieures. Tendinopathie du supra-épineux avec fissuration interstitielle à son tiers moyen. Discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne. Pas de lésion osseuse traumatique récente visible » (rapport du docteur D_____, radiologue, du 1^{er} mars 2023).
- e.** Une IRM du coude a été réalisée le 2 mars 2023 laquelle a conclu à « une épicondyle interne et externe. Pas de fissuration tendineuse. Discret signe de contusion de l'épicondyle interne » (rapport de la docteure E_____, radiologue).
- f.** Selon un rapport du 24 mars 2023 établi par le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, l'assuré a été victime d'un traumatisme du membre supérieur gauche. Il s'est réceptionné sur le coude avec l'épaule en hyper abduction et rotation externe. Il a présenté une douleur sur la face postérieure du coude et antéro-latérale de l'épaule avec irradiation dans le bras. Il a été pris en charge à la Clinique de Vermont avec immobilisation du coude pour une durée d'un mois en raison d'une suspicion de fracture. Il n'a bénéficié d'aucun autre traitement. Le médecin a ajouté dans son rapport que son patient présentait encore des douleurs intenses également au repos avec limitation douloureuse de l'élévation et de l'abduction et également des difficultés à mettre sa main dans le dos. Dans la discussion en fin de rapport, le médecin a indiqué que le patient présentait une lésion partielle de la coiffe post-traumatique ainsi qu'une bursite rétro-olécrânienne du coude gauche. Il proposait que le patient débute un traitement de physiothérapie et de le revoir un mois plus tard afin que lui soit proposée une infiltration, si les douleurs devaient persister.

g. La CNA a alloué des prestations d'assurance à l'assuré dès le 24 février 2023.

h. Le 30 juin 2023, le patient a reçu une infiltration sous contrôle échographique.

i. Le 19 juillet 2023, le Dr F_____ a adressé son patient au docteur G_____, spécialiste en médecine interne, en raison de l'épuisement du traitement conservateur (physiothérapie et infiltration) pour que ce dernier discute avec le patient « d'une arthroscopie de l'épaule avec ténodèse du tendon du long chef du biceps et possible insertion du sous-scapulaire ».

j. Le 15 août 2023, la docteure H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et médecin d'assurance, a fait part de son appréciation du cas. La douleur de l'épaule gauche était apparue secondairement à l'accident puisqu'elle était non déclarée dans la déclaration de sinistre remplie le 23 février 2023. Le diagnostic concernant l'épaule était apparu après une IRM du 1^{er} mars 2023 et ce qui était visible sur cet examen n'avait aucunement de lien de causalité naturelle plus que possible avec l'événement. Les lésions étaient d'ordre dégénératif avec des tendinoses de la coiffe des rotateurs sans aucune objectivation de lésion traumatique décrite par le radiologue. Il s'agissait d'une maladie des tendons favorisée par le port sur les épaules de charges lourdes telles qu'exercées dans sa profession de ferrailleur. À l'IRM du 1^{er} mars 2023, il y avait une nette atrophie musculaire du sus-épineux que l'on rencontrait dans les lésions de coiffes chroniques. L'atteinte de la coiffe avait été décompensée de façon subaiguë et provisoire non pas par la chute mais très vraisemblablement par l'immobilisation du coude avec un plâtre ce qui était un grand classique dans la pratique clinique quotidienne des membres supérieurs. Ce médecin proposait à la CNA de réclamer le certificat initial LAA au Dr C_____ et ses constatations cliniques le jour de la 1^{ère} consultation et traitement proposés en urgence. Une radiographie du coude avait bien été faite le 21 février 2023 mais aucune de l'épaule. Concernant le coude, il avait une possible bursite olécrânienne post traumatique selon Dr F_____ le 24 mars 2023 mais il n'y avait pas de rapport de cette IRM ni les images du coude pour confirmer ce diagnostic de sorte qu'il fallait les solliciter. Selon la Dre H_____, les troubles pour lesquels une opération était proposée par le Dr F_____ n'étaient pas imputables à l'événement du 21 février 2023 au moins au degré de vraisemblance prépondérante pour le coude.

k. Le rapport initial du Dr C_____ qui a fait les premiers soins le 21 février 2023, a été obtenu par la CNA le 29 août 2023. Il y était mentionné que l'assuré était tombé de sa propre hauteur et avait « percuté son bras gauche, épaule ». Le médecin ajoutait « Douleurs ++ à la palpation du coude G. impuissance fonctionnelle. Mobilisation épaule impossible. Ex = (illisible). IRM épaule : IRM coude : ». Sous « diagnostic », le médecin a indiqué 1. Tendinopathie du sous-scapulaire avec déchirure partielle 2. Tendinopathie du sus-épineux avec fissuration 3. Bursite sous-acromio-deltaïdienne 4. Épicondylite interne et externe. Traitement terminé probablement dans 10 semaines ».

l. Le 5 septembre 2023, la Dre H_____, après avoir pris connaissance du rapport initial du Dr C_____, a fait part de son appréciation du cas. Elle a observé que l'assuré n'avait pas eu de radiographie de l'épaule le jour de l'événement car malgré une impotence de l'épaule constatée, il n'y avait pas de choc à l'épaule selon sa propre déclaration. En cas de trauma directe de l'épaule, l'on faisait toujours une radiographie. Du reste une radiographie du coude avait bien été faite en relation avec une chute sur le coude, chute qui avait provoqué une simple contusion même si l'assuré avait déclaré une fracture du coude. L'IRM de l'épaule faite plus d'un mois après les faits mettait en évidence des lésions dégénératives de la coiffe ce qui était fréquent chez un ferrailleur. Il était proposé d'opérer le LFB qui était très souvent associé aux lésions dégénératives de la coiffe. L'échographie du 30 juin 2023 avait consisté à infiltrer la bourse sous-acromiale également classiquement associée à un impingement sous-acromial quand elle n'était pas hématique (pas décrite comme hématique à l'IRM ni à l'échographie) et dans la région du biceps. Ces traitements par infiltration étaient en principe réservés aux états dégénératifs. L'assuré avait été adressé en juillet aux HUG par le Dr F_____. Avant de rendre la réponse de *statu quo sine* à 3 mois pour l'épaule, la Dre H_____ indiquait à la CNA de demander au Dr C_____ où se trouvait l'hématome qu'il avait décrit, soit au coude ou à l'épaule et d'indiquer sa localisation précise ainsi que celle de l'enflure. Il fallait également récupérer l'IRM que ce médecin avait faite, car il décrivait une épicondylite externe et interne qui n'étaient pas des diagnostics traumatiques alors que le Dr F_____ décrivait une bursite olécrânienne.

m. La Dre H_____ a confirmé son appréciation le 3 janvier 2024.

B. a. La CNA a, par décision du 12 janvier 2024, mis fin aux prestations avec effet au 12 janvier 2024 au soir, en se fondant sur l'avis de son médecin pour lequel l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident avait été atteint deux mois après l'accident (fin avril 2023).

b. L'assuré s'est opposé à cette décision, le 18 janvier 2024.

c. La CNA a rejeté l'opposition par décision du 28 mars 2024. Elle s'est notamment fondée sur une appréciation complémentaire de la Dre H_____ du 26 mars 2024. Ainsi que cela ressortait de la déclaration d'accident du 23 février 2023, l'assuré travaillait sur un chantier lorsqu'il est tombé d'environ un mètre et s'est cogné le coude gauche contre de la ferraille. Le Dr C_____ consulté à la suite de cet accident avait décrit une chute de l'assuré, de sa propre hauteur, qui avait « percuté avec bras gauche, épaule », sans mentionner que l'assuré serait tombé de tout son poids ou qu'il aurait effectué tout autre mouvement en abduction de l'épaule. La Dre H_____ avait indiqué que l'indication à l'examen par IRM du 1^{er} mars 2023 était une chute avec réception sur le coude et douleur à l'épaule sans description de mouvement d'hyper abduction ou de choc direct de l'épaule. Ce n'était seulement après la consultation du Dr F_____ en mars 2023 qu'il était fait état pour la première fois d'une notion de mouvement d'hyper

abduction et rotation externe de l'épaule. Or, comme l'avait expliqué la Dre H_____, il aurait fallu que l'assuré décrive avoir lâché la ferraille après s'être tapé le coude et s'être retenu avec la main pour comprendre un mouvement hyperabduction de l'épaule, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. En raison de la persistance des douleurs au niveau du coude et de l'épaule gauches, deux IRM avaient été réalisées. La première le 1^{er} mars 2023 se rapportait à l'épaule gauche, tandis que la seconde IRM du 2 mars 2023 se rapportait au coude gauche. Cette dernière IRM avait objectivé, selon le radiologue, une épicondylite interne et externe, une absence de fissuration tendineuse et un discret signe de contusion de l'épicondyle interne. Selon l'interprétation de la Dre H_____, il y avait un épaissement des tissus sous-cutanés face postérieure de l'olécrâne, mais sans liquide, ce qui était compatible avec une bursite chronique ancienne fibrineuse, à savoir avec un état préexistant. Dans la mesure où le Dr C_____ n'avait nullement fait mention d'une bursite lors de sa consultation initiale, la Dre H_____ en avait déduit qu'il s'agissait d'une découverte fortuite asymptomatique au moment de l'accident du 21 février 2023 et que celle-ci était en lien de causalité tout au plus possible avec cet événement. Quant à l'épicondylite externe et en même temps interne, elle avait rappelé dans son appréciation médicale du 28 novembre 2023 qu'elle ne pouvait pas être en lien avec un choc (unique) sur le coude et que le lien de causalité avec l'accident était seulement possible. Dans son appréciation médicale complémentaire du 26 mars 2024, elle avait encore tenu à préciser qu'une épicondylite ou une épitrochléite était un terme abusif le plus souvent et usurpé d'un point de vue histologique. Depuis plusieurs années, il avait été démontré scientifiquement et histologiquement qu'il s'agissait la plupart du temps de tendinopathies, c'est-à-dire d'anomalies de la structure du tendon d'ordre dégénératif et non d'une inflammation intra-tendineuse comme le laisserait suspecter le suffixe "ite". Dans le cas d'espèce, la notion d'épicondylite et épitrochléite du coude avait été posée par le radiologue de l'IRM du 2 mars 2023. Comme l'avait très justement rappelé la Dre H_____, ce n'était pas parce qu'il y avait des douleurs du coude après un événement traumatique qu'il s'agissait forcément d'un état post traumatique. Un état préexistant pouvait être présent sans avoir été symptomatique jusque-là. La présence de liquide autour des tendons était décrite par le radiologue comme une épicondylite et épitrochléite sans fissure tendineuse. Or, il n'y avait aucun hématome ou signe de contusion des tissus mous en regard des insertions, mais un léger hypersignal des épitrochléens compatible avec un état dégénératif de tissu collagène. Finalement pour expliquer une atteinte post traumatique des épicondyliens (externes) et épitrochléens (interne), il aurait fallu un choc direct interne et externe du coude en même temps comme si le coude était pris en étaux. En l'occurrence, il fallait bien admettre qu'un tel mécanisme ne ressortait pas du tout du dossier. La Dre H_____ avait pu ainsi confirmer que le diagnostic initial était bien une contusion de la face interne du coude avec hématome et que les symptômes actuels externes et/ou internes du coude ne pouvaient pas être expliqués par cette contusion plus de trois

mois après la survenance de l'évènement. En ce qui concernait l'épaule gauche, la Dre H_____ avait rappelé dans son appréciation du 28 novembre 2023 que le radiologue avait retenu lors de l'IRM du 1^{er} mars 2023 une suspicion d'une déchirure focale à la pane inférieure de la jonction myotendineuse et possible tendinopathie avec désinsertion des fibres supérieures au niveau du tendon du sous-scapulaire. Au niveau du tendon du supra-épineux, il avait retenu un aspect hétérogène du tendon avec tendinopathie possiblement fissuraire interstitielle à l'insertion du tiers moyen du tendon et un tendon de l'infra-épineux sans anomalie et à une discrète bursite au niveau de la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Ces diagnostics étaient compatibles avec un état dégénératif (tendinopathies) avec une bursite sous acromiale par impingement sous l'acromion sans aucun hématome de la bourse (donc pas traumatique) et l'absence d'hématome de la coiffe. Quant à la fissuration superficielle du sous-scapulaire, elle était également en relation plus que probable avec l'état remanié dégénératif de la coiffe. Tenant compte des diagnostics et du mécanisme accidentel, la Dre H_____ était arrivée à la conclusion dans son appréciation médicale du 28 novembre 2023 que l'accident du 21 février 2023 n'avait pas entraîné de lésion structurelle à l'épaule gauche et qu'il convenait de reconnaître une décompensation aiguë provisoire à cette épaule en lien avec le traumatisme du coude face interne pour une durée de deux mois. La CNA avait ainsi constaté que reposant sur une étude de l'ensemble des pièces médicales, et en particulier sur une analyse attentive du dossier d'imagerie médicale, mais aussi sur une discussion médicale claire et cohérente du cas, les conclusions dûment motivées de la Dre H_____ emportaient la conviction.

- C.**
- a.** L'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre des assurances sociales) d'un recours contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de la CNA au-delà du 12 janvier 2024, sous suite de frais et dépens.
 - b.** La CNA a conclu au rejet du recours, le recourant n'apportant pas d'éléments propres à remettre en cause l'avis de la Dre H_____ et la description de l'accident faite dans le recours ne pouvant pas être retenue tant elle est différente des éléments décrits précédemment en lien avec les conditions de la chute.
 - c.** Le 3 septembre 2024, le recourant a été entendu. Il a indiqué avoir déjà subi un accident et avoir été blessé à l'épaule gauche. Il a décrit sa chute de février 2023, soit une chute de 2.5 mètres avec réception sur une structure en béton, son coude ayant heurté le béton et son bras ayant été projeté vers le haut. Son bras n'avait pas été coincé, mais il était tombé dans un trou d'une largeur de 50 cm à 1 mètre. Le témoin convoqué a fait défaut.
 - d.** Les parties ont produit des écritures et pièces complémentaires. Un dossier relatif à un accident du 21 février 2019 ayant notamment lésé l'épaule gauche (tendinopathie d'étirement du sus épineux gauche et mini bursite sous acromio deltaïdienne), pris en charge par la CNA, a été versé à la procédure. Ont

également été produites des pièces relatives au suivi de l'assuré par les HUG par la Team Epaulle-Coude en 2024.

e. Le témoin de l'accident a été entendu le 4 mars 2025. Il n'avait pas vu la chute de son collègue. Ce dernier l'avait appelé après avoir chuté dans un trou de fondation de 1 mètre – 1 mètre 50. Il se trouvait au fond de ce trou avec de la ferraille sur lui.

f. Les parties ont été autorisées à se prononcer sur les actes d'instruction. La CNA a apporté un nouvel avis de la Dre H_____ selon laquelle « la chute dans le trou ne spécifie pas de mécanisme du choc au coude ». Se fondant sur l'IRM du coude au dossier, elle rappelait qu'il n'y avait pas eu de contusion externe ou interne des tissus mous ou des muscles ni de déchirure traumatique des tendons externe et interne du coude, de sorte que l'on pouvait retenir qu'une contusion moyenne à sévère du coude face interne avec hématome, laquelle guérit au bout de trois mois. Quant à l'épaule gauche, la Dre H_____ était d'avis que les dernières déclarations indiquaient une chute dans un trou sans indication particulière du mécanisme (choc, torsion). Aucun examen clinique ni radiographie n'avait été fait immédiatement après l'accident. L'IRM du 1^{er} mars 2023 ne montrait pas selon elle d'élément en faveur d'une lésion traumatique osseuse aiguë. Elle persistait à considérer que l'assuré présentait un état chronique tendineux sous l'angle de la vraisemblance prépondérante et l'événement du 21 février 2023 avait tout au plus occasionné à l'épaule gauche une décompensation aiguë provisoire pour une durée d'un mois au maximum.

g. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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.

Pour le surplus, le recours a été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), si bien qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations d'assurance-accidents au-delà du 12 janvier 2024.
- 3.

3.1 Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

3.2 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

3.3 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 convient 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 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

- 4.** En l'espèce, la décision de l'intimée s'est fondée sur les avis émis par sa médecin d'arrondissement, laquelle a insisté sur le fait que les premières déclarations ne mentionnaient d'atteinte à l'épaule gauche et a nié sur la base de l'IRM du 1^{er} mars 2023 une atteinte traumatique de l'épaule malgré l'avis contraire du radiologue. Une fois en possession des premiers éléments médicaux recueillis par l'intimée et des éléments recueillis durant l'instruction judiciaire, la médecin d'arrondissement a soutenu que l'IRM du 1^{er} mars 2023 ne montrait pas d'élément

en faveur d'une lésion traumatique osseuse aiguë. Elle considérait que l'assuré présentait un état chronique tendineux sous l'angle de la vraisemblance prépondérante et que l'événement du 21 février 2023 avait tout au plus occasionné à l'épaule gauche une décompensation aiguë provisoire pour une durée d'un mois au maximum.

Il est établi à la lecture de l'ensemble du dossier que l'assuré a été victime d'une chute à la suite de laquelle il s'est plaint de douleurs au coude et à l'épaule gauche. Le Dr C_____ consulté immédiatement après les faits a ainsi constaté que la mobilisation de l'épaule était impossible et retenu les diagnostics de tendinopathie du sous-scapulaire avec déchirure partielle, de tendinopathie du supra-épineux avec fissuration, de bursite sous-acromio-deltoïdienne et d'épicondylite interne et externe. Le radiologue D_____ ayant procédé à l'IRM de l'épaule du 1^{er} mars 2023 a retenu ce qui suit : « Tendinopathie du tendon du sous-scapulaire avec déchirure focale de la jonction myotendineuse de sa portion inférieure et désinsertion des fibres supérieures. Tendinopathie du supra-épineux avec fissuration interstitielle à son tiers moyen. Discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne. Pas de lésion osseuse traumatique récente visible ». Enfin le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, le Dr F_____, a indiqué le 24 mars 2023 que l'assuré avait été victime d'un traumatisme du membre supérieur gauche. Il s'était réceptionné sur le coude avec l'épaule en hyper abduction et rotation externe et avait présenté une douleur sur la face postérieure du coude et antéro-latérale de l'épaule avec irradiation dans le bras. Un mois après l'accident, son patient présentait encore des douleurs intenses également au repos avec limitation douloureuse de l'élévation et de l'abduction et également des difficultés à mettre sa main dans le dos. Son diagnostic était une lésion partielle de la coiffe post-traumatique ainsi qu'une bursite rétro-olécrânienne du coude gauche.

Quand bien même la Dre H_____ s'est prononcée de façon complète sur l'intégralité du dossier y compris en fin d'instruction pour exposer ses propres diagnostics et conclusions, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les diagnostics à retenir tant pour le coude que pour l'épaule gauche et sur l'origine des atteintes dont a souffert le recourant, compte tenu des diagnostics divergents décrits ci-dessus et compte tenu du fait qu'il est apparu durant l'instruction de le recourant avait déjà été blessé à la même épaule en 2019. Il en va a fortiori également ainsi de la date à laquelle l'état du recourant doit être considéré comme stabilisé. Dans la mesure où le recourant a déjà été blessé à la même épaule et l'intimée a déjà presté à la suite d'un accident en 2019, la question de la rechute se pose également.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand elle n'a pas du tout instruit une question, 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).

Tel est le cas en l'espèce, l'intimée s'étant fondée sur le seul avis de sa médecin d'arrondissement sans recourir à une expertise alors que des éléments médicaux mettaient en doute l'avis retenu. Par ailleurs, l'instruction ayant mis en évidence que le recourant avait déjà été blessé à l'épaule gauche en 2019, cas pris en charge par l'intimée, il apparaît que les pièces médicales en lien avec ce premier traumatisme seraient pertinentes pour asseoir le diagnostic à retenir et déterminer en cas de décompensation d'un état dégénératif antérieur la date à partir de laquelle l'accident a cessé ses effets notamment. Seul une expertise serait propre à répondre à ces questions d'ordre médical.

Pour tous ces motifs, la chambre de céans n'a d'autre choix que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

5. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 28 mars 2024.
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 1'500.-.
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

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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