

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1624/2024

ATAS/311/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 mai 2025

Chambre 16

En la cause

Monsieur A_____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Justine BALZLI, Présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** a. A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1973, est gérant de la société C _____, notamment active dans les travaux de construction et autres travaux de toutes sortes.
- b. À ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre le risque d'accident, professionnel ou non.
- B.** a. Le 18 mai 2023, alors qu'il circulait sur une autoroute en Serbie et qu'il dépassait un camion, l'assuré a été victime d'un accident.
- b. Depuis lors, il est totalement incapable de travailler.
- c. La CNA a pris en charge les suites de cet accident.
- d. Le 22 mai 2023, le docteur C _____, médecin généraliste, a examiné l'assuré et diagnostiqué une entorse cervicale de degré I selon la classification *Quebec Task Force on Wiplash and associated lesions* (ci-après : *Quebec Task Force*), expliquant que l'assuré avait mentionné, dans les suites immédiates de l'accident, des céphalées, des douleurs de nuque, des vertiges, des nausées et des vomissements.
- e. Les 26 juin, 20 juillet et 22 août 2023, l'assuré a adressé à la CNA des déclarations de sinistre, dont il ressort qu'il avait été victime d'une entorse cervicale.
- f. En raison de vertiges, les examens suivants ont été effectués le 30 juin 2023, respectivement le 3 juillet 2023 :
- une IRM cérébrale, laquelle a montré de rares anomalies de signal de la substance blanche, d'aspect non spécifique et concordant avec l'âge. Quant à l'IRM cérébrale avec angio-IRM des artères intracrâniennes, elle était sans anomalie, notamment sans lésion post-traumatique ;
 - une IRM de la colonne cervicale, qui a mis en évidence une sténose canalaire étagée, en lien avec des débords discaux, notamment C3-C4, C4-C5 et C6-C7 dans le contexte d'une étroitesse canalaire constitutionnelle, sans myélopathie. S'y ajoutaient des sténoses foraminales C3-C4, C4-C5 et C6-C7 droites d'origine disco-uncarthrosique.
- g. La CNA a soumis les pièces précitées à son médecin-conseil, le docteur D _____, médecin praticien, lequel a retenu, dans une brève appréciation datée du 29 août 2023, que l'assuré présentait un état antérieur correspondant à celui décrit dans le compte-rendu relatif à l'IRM de la colonne cervicale du 3 juillet 2023. L'accident assuré avait causé une lésion bénigne du rachis cervical. Une telle affection évoluait naturellement et spontanément vers la guérison en l'espace de deux mois, de sorte que l'événement du 18 mai 2023 avait cessé de produire ses effets au 18 juillet 2023.

h. Par décision du 13 septembre 2023, faisant suite à l'appréciation du Dr D_____, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations avec effet immédiat.

i. Le 25 septembre 2023, l'assuré a adressé à la CNA une déclaration de sinistre, mentionnant une entorse cervicale et une déchirure au niveau de l'épaule, consécutivement à l'accident.

j. Sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé, par courrier du 13 octobre 2023, à la décision du 13 septembre 2023, sollicitant un délai supplémentaire au 30 novembre 2023 pour produire toutes les pièces utiles à sa cause.

k. Le délai supplémentaire a été prolongé au 31 décembre 2023, au 31 janvier 2024, au 29 février 2024, puis au 2 avril 2024 sans que l'assuré ne fournisse le moindre document supplémentaire.

l. Par décision sur opposition du 10 avril 2024, la CNA a écarté l'opposition du 13 octobre 2023 et confirmé sa décision du 13 septembre 2023, considérant en substance, en se référant au bref avis précité du Dr D_____, que l'accident avait entraîné une aggravation transitoire d'un état dégénératif préexistant et qu'il avait cessé de déployer ses effets après deux mois.

C. a. Le 13 mai 2024, l'assuré, agissant en personne, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais, préalablement, à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire neurologique, articulaire et orthopédique, à la tenue d'audiences de comparution personnelle et d'enquête (audition du Dr D_____) et, cela fait, à l'annulation de la décision sur opposition querellée et au versement des prestations d'assurance complètes, à tout le moins dès le 13 septembre 2023. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

À l'appui de ses conclusions, l'assuré a notamment expliqué qu'il ne présentait aucun état dégénératif préexistant. Il souffrait toujours au niveau de ses cervicales, de son buste et de son épaule droite. De plus, à ses yeux, la CNA n'avait pas investigué son cas de manière circonstanciée et neutre.

En annexe à son recours figuraient notamment :

- le compte-rendu d'une IRM de l'épaule droite réalisée le 29 août 2023, concluant à une involution graisseuse significative du petit rond (grade III) et modérée du sous-épineux (grade II), sans œdème associé, devant faire suspecter une atteinte du plexus brachial, une arthropathie acromio-claviculaire modérée, un labrum d'aspect dégénératif sans signe de désinsertion, associé à un kyste para-labral mesurant 10 mm de diamètre au niveau de la partie postéro-supérieure, une minime déchirure interstitielle de la partie distale du sus-épineux, non transfixiante mesurant 4 mm et une déchirure partielle mesurant 7 mm au niveau de la partie supérieure et distale du sous-scapulaire ;

- un constat établi par le Dr C_____ le 15 avril 2024, dont il ressort que le recourant présentait, suite à son accident, une fissure au niveau des sous-épineux et sur-épineux de l'épaule droite.

b. L'intimée a répondu en date du 14 août 2024 et a conclu au rejet du recours, renvoyant en substance la chambre de céans à la décision sur opposition querellée. Afin de tenir compte des pièces produites en annexe au recours, l'assurance intimée a sollicité un nouvel avis de son médecin-conseil, daté du 6 août 2024, produit en annexe, selon lequel les atteintes aux tendons étaient d'origine dégénérative.

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

EN DROIT

- 1. 1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

- 2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 18 juillet 2023, singulièrement sur la subsistance ou l'existence d'un lien de causalité entre l'événement assuré et les cervicalgies, respectivement, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident assuré et les douleurs à l'épaule et au plexus.
- 3. 3.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

3.2 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 ; 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.

- 4. 4.1** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Si des symptômes apparaissent à la suite d'un accident et qu'on peut partir du principe que l'accident n'a fait qu'activer un état préexistant, auparavant asymptomatique, mais qu'il ne l'a pas causé, l'assureur-accidents doit uniquement fournir des prestations pour le syndrome douloureux directement lié à l'accident conformément à l'article 36 al. 1 LAA, ce qui inclut les indemnités journalières, les prestations de soins ainsi que le remboursement des frais, notamment les frais de traitement médical, y compris les interventions chirurgicales, jusqu'à ce que

l'état antérieur soit atteint (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_326/2008 du 24 juin 2008 consid. 3.2 avec références).

Si l'accident a aggravé une atteinte préexistante, l'assureur-accidents doit prester selon l'art. 36 al. 1 LAA même si la part de la maladie est prédominante et la part de l'accident minimale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.2).

4.2 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 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). *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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3).

4.3 Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Selon la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.2 et les références citées). L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit de vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 p. 45).

5. **5.1.** Les traumatismes de la colonne cervicale résultent d'un mécanisme accidentel, désigné communément sous les termes de « coup du lapin », consécutifs dans la plupart des cas à un choc arrière inattendu avec un mouvement de flexion/extension du rachis cervical en raison d'une brusque accélération/décélération (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 262/2005 du 7 mai 2007). Ce genre d'atteinte peut également survenir lors d'un choc frontal ou latéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2007 du 13 juin 2008).

Le tableau clinique type d'un coup du lapin est notamment constitué des symptômes suivants (liste non exhaustive) : céphalées, migraines, cervicalgies, paresthésies, troubles de la concentration, de la mémoire, de la vue, de l'ouïe (acouphènes), de l'équilibre (vertiges, nausées), fatigabilité, insomnies, troubles de l'humeur (athymie, irritabilité) et troubles psychiques (état dépressif ; ATF 117 V 359).

La période de récupération après un traumatisme crânien léger ou un traumatisme par coup du lapin est en principe limitée à six à douze semaines (Gerhard JENZER, *Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus ; Grenzbereich zum leichten SchädelHirn-Trauma, in SZS 1996 p. 467*).

Les différents symptômes consécutifs à un coup du lapin peuvent être classés, selon la *Quebec Task Force*, de la manière suivante (classification admise sur le plan international) :

Grade I	Cervicalgies sans constat objectif d'un déficit organique, structurel ou fonctionnel (plaintes avec raideurs et hypersensibilité de la nuque)
Grade II	Cervicalgies avec constat objectif d'un déficit fonctionnel organique (limitation objective des amplitudes cervicales, sensibilité à l'examen par palpation)
Grade III	Constat de troubles neurologiques (réflexes tendineux diminués, déficit sensitif et moteur, atteinte radiculaire)
Grade IV	Constat de lésions organiques (fracture, luxation, déchirure)

Dans le cas des atteintes de grade I, et dans une certaine mesure de grade II selon la classification précitée, les plaintes ne peuvent souvent être mises en relation avec aucune atteinte structurelle au système nerveux ni aucune lésion traumatique osseuse ou ligamentaire. La médecine admet cependant qu'il peut exister, dans ce genre de situation, des microlésions des tissus mous non objectivables. En pratique, cela se concrétise par des plaintes telles que maux de tête, douleurs et raideurs cervicales ou encore trouble psychiques (Pierre ANGELOZZI, *La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques in SJ 2009 p. 181ss, p. 182*).

5.2 En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par ex. vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes – qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » – apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

5.3 L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité naturelle, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

- 6. 6.1** Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie (voir notamment ATF 123 V 43 consid. 2b).

La lésion de la coiffe des rotateurs, plus particulièrement la rupture de plusieurs tendons, figure dans la liste de l'art. 6 al. 2 let. f LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 (ATF 146 V 51 consid. 7.3 ; 123 V 43 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.1 ; 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.1).

6.2 L'assurance-accidents est tenue à prestations dès qu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020 p. 3). Il s'agit d'une présomption légale que ladite lésion est assimilée à un accident. L'assureur peut toutefois prouver que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (Pierre GABUS/Lucile BONAZ, Le nouveau droit des lésions corporelles assimilées à un accident : une révolution silencieuse, in RSAS 2019 p. 377). Pour que la preuve libératoire soit admise, il appartient à l'assureur-accidents de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur des avis médicaux probants, que la lésion corporelle est due, à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2).

6.3 Dans l'ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a notamment détaillé la marche à suivre.

Ainsi, à réception de l'annonce d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa sont réalisés :

- dans l'affirmative, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte, conformément à l'art. 6 al. 1 LAA, et ce, jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident ou encore, jusqu'à ce que le *statu quo ante vel sine* soit atteint (consid. 5.1, 8.5 et 9.1) ;
- dans la négative, l'assureur doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA ; d'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions, à moins qu'il ne démontre que celle-ci est due de manière prépondérante – donc à plus de 50% (consid. 8.2.2.1 et 8.6) – à l'usure ou à une maladie (consid. 8.2.2.2 concernant les notions d'usure et de maladie ; consid. 9.1 pour le surplus) ; ce n'est qu'alors que l'obligation de prester de l'assurance-accidents prend fin (Jenny CASTELLA, *op. cit.*, p. 35).

Il découle de ce qui précède qu'en présence d'une lésion apparaissant sur la liste de la disposition précitée, il convient d'examiner si l'atteinte peut être rattachée à la notion ordinaire d'accident. Dans l'affirmative, l'assuré bénéficie de l'application de l'art. 36 al. 1 LAA. L'assureur ne peut donc se libérer de son obligation de prester que s'il démontre que l'atteinte à la santé est exclusivement

due à la maladie. En fin de compte, ce n'est que dans les cas où les lésions ne sont pas consécutives à un accident que l'art. 6 al. 2 LAA est d'un intérêt pour l'assuré (*ibidem*).

6.4 Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

7. **7.1** 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).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que

les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

7.2.1 Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

7.2.2 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

- 8. 8.1** Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

À teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

8.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_195/2013 du 15 octobre 2013).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir averti des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés (art. 43 al. 3 LPGA). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2 ; 97 V 176 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral I_906/05 du 23 janvier 2007).

8.3 Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210). L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et la référence ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 379/2006 du 19 octobre 2006 consid. 2 et U 328/02 du 9 décembre 2003 consid. 3.1).

Alors qu'il appartient à l'assuré de prouver l'existence *ab initio* d'un lien de causalité, c'est à l'assurance-accidents qu'incombe le fardeau de la preuve d'une prétendue disparition de la causalité en raison de l'atteinte du *statu quo sine vel ante* (RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_101/2008 du 6 août 2008 consid. 2.2).

- 9. 9.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9.2 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).

Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et ses références).

- 10. 10.1.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré a été victime d'un accident de la circulation en date du 18 mai 2023 alors qu'il se trouvait en Serbie.

La CNA a toutefois estimé, sur la base des appréciations établies par son médecin-conseil, le Dr D_____, en date des 29 août 2023 et 6 août 2024, d'une part, que ledit accident avait été la cause des cervicalgies dont souffre le recourant uniquement pendant deux mois, soit jusqu'au 18 juillet 2023, et, d'autre part, que cet accident n'avait pas causé la déchirure des tendons sus et sous-scapulaire.

10.2 Tout d'abord, la chambre de céans constate que la colonne cervicale et l'épaule droite du recourant comportent des atteintes de nature dégénérative, notamment une sténose canalaire étagée aux niveaux C3-C4, C4-C5 et C6-C7 et des sténoses foraminales C3-C4, C4-C5 et C6-C7 d'origine disco-uncarthrosique (cf. compte-rendu de l'IRM de la colonne cervicale du 3 juillet 2023), ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire modérée et un labrum d'aspect dégénératif (cf. compte-rendu de l'IRM de l'épaule droite du 29 août 2023), ce qui laisse présumer que dans l'ensemble, ces zones étaient déjà atteintes avant l'accident du 18 mai 2023.

La question qui se pose est, dès lors, celle de savoir si, en concours avec l'état dégénératif antérieur du rachis cervical et de l'épaule, l'accident du 18 mai 2023 a pu contribuer à causer les cervicalgies et les déchirures tendineuses – ou du moins à les aggraver, voire à les décompenser – et dans l'affirmative, pendant combien de temps.

Se fondant sur le rapport établi le 29 août 2023 par son médecin-conseil, l'intimé prétend qu'à compter du 18 juillet 2023, les causes accidentelles de l'atteinte au rachis cervical ne jouent plus de rôle et qu'elles doivent être considérées comme ayant disparu, au profit des seuls éléments dégénératifs préexistants. Par ailleurs, se référant au rapport établi le 6 août 2024 par le même médecin-conseil, la CNA considère également que l'accident du 18 mai 2023 n'a pas causé les déchirures tendineuses, lesquelles sont essentiellement d'origine dégénérative.

De son côté, le recourant conteste souffrir d'un état dégénératif préexistant et explique toujours ressentir des douleurs au niveau du rachis cervical, de son buste et de son épaule droite.

10.3 Pour pouvoir être prises en considération, les appréciations du Dr D_____ des 29 août 2023 et 6 août 2024 doivent remplir les exigences formelles et matérielles auxquelles sont soumises les preuves médicales (cf. dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.2). Concrètement, dès lors qu'elles ont été établies sur dossier, elles doivent tout d'abord se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles ont été établies suite à un examen personnel de l'assuré. Ensuite, les appréciations du médecin-conseil doivent répondre aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En particulier, elles doivent comporter une étude fouillée des points litigieux importants et une anamnèse, prendre en considération les plaintes exprimées par le recourant, décrire les interférences médicales de manière claire et comporter des conclusions bien motivées.

Or, force est de constater que lesdites appréciations ne remplissent pas les conditions susmentionnées, dès lors qu'elles se fondent uniquement sur la fiche documentaire ainsi que sur les comptes-rendus relatifs à l'IRM cérébrale du 30 juin 2023, à l'IRM de la colonne cervicale du 3 juillet 2023 ainsi qu'à l'IRM de l'épaule droite du 4 septembre 2023. En réalité, seule la fiche documentaire a été établie suite à un examen clinique de l'assuré, dans les jours suivants l'accident. Ensuite, les appréciations du Dr D_____ ne comprennent pas d'anamnèse, de description des plaintes du recourant ou encore de motivation. De plus, elles comportent des considérations d'ordre général et n'examinent pas le cas particulier du recourant. En d'autres termes, elles ne respectent pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. On peut s'étonner, à ce stade, que le Dr D_____ n'ait pas jugé nécessaire d'interroger le Dr C_____ sur l'évolution des plaintes du recourant.

En réalité, on ne connaît pas l'évolution de l'état de santé du recourant entre l'accident du 18 mai 2023 et le 18 juillet 2023, date à laquelle la CNA a mis un terme à ses prestations. On ne sait en particulier pas si, à cette date, le recourant souffrait encore des symptômes évoqués dans la fiche documentaire. De toute évidence, au début du mois de juillet 2023, tel était encore le cas en ce qui concerne les vertiges, étant donné que des IRM ont été prescrites en raison de la persistance de ces symptômes (cf. comptes-rendus des IRM en question). On ne sait pas non plus quand les douleurs à l'épaule et au plexus se sont manifestées. En outre, s'agissant des cervicalgies, on ne connaît pas non plus les motifs pour lesquels le Dr D_____ s'est écarté de la présomption jurisprudentielle, selon laquelle les contusions, entorses ou distorsions de la colonne vertébrale sans lésions structurelles guérissent généralement après six à neuf mois, et au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_552/2020 du 16 décembre 2020 consid. 3.2 ; 8C_319/2020 du 3 septembre 2020 ; 8C_346/2020 du 3 septembre 2020 consid. 6.6 ; 8C_408/2019 du 26 août 2019 consid. 3.3 ; 8C_102/2021 du 26 mars 2021 consid. 6.3.1).

En outre, s'agissant des déchirures tendineuses à l'épaule droite, elles apparaissent sur la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Or, dans un tel cas, une procédure particulière est prévue par le législateur et la jurisprudence fédérale. Soit ces lésions sont consécutives à un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA et l'obligation de la CNA de prêter ne cesse que si cet accident ne constitue pas ou plus une cause, même très partielle, de l'atteinte tendineuse. Soit lesdites lésions ne peuvent être rattachées à un accident et ces lésions sont assimilées à un accident. La CNA est toutefois libérée de son obligation de prêter si elle arrive à prouver que les lésions en question résultent à plus de 50% de l'usure ou de la maladie.

Dès lors que la jurisprudence fédérale exige que le médecin consulté par l'assurance pondère les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie pour établir que les lésions mises en évidence ont une origine dégénérative, il n'est pas suffisant, comme s'est contenté de le faire le

Dr D_____, de simplement reprendre les conclusions de l'IRM de l'épaule. Dans une telle situation, où l'assureur refuse d'intervenir alors qu'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA a été diagnostiquée, on est en droit d'attendre du médecin qui entend nier l'origine traumatique des lésions et, partant, retenir une origine dégénérative, qu'il étaye son point de vue et fournisse à tout le moins des explications circonstanciées sur le processus – non traumatique – qu'il estime être à l'origine de l'ensemble des lésions constatées et sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme traumatique n'a pas pu objectivement causer l'ensemble desdites lésions, ou du moins l'aggraver.

10.4 Eu égard à ce qui précède, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans ne comporte aucun rapport médical probant, de sorte que rien ne permet, en l'état, de considérer que les causes accidentelles des cervicalgies ne jouaient plus de rôle lors de la suppression des prestations ni de penser que les déchirures des tendons sous-épineux et sous-scapulaires auraient principalement pour origine un état maladif ou dégénératif préexistant. Quant aux douleurs au plexus, elles n'ont tout simplement fait l'objet d'aucun avis médical.

Dès lors que le fardeau de la preuve appartient à l'assurance et que celle-ci n'a pas été en mesure de fournir des appréciations probantes à l'appui de son refus de prester, la décision sur opposition doit être annulée.

Par ailleurs, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour établir l'ensemble des faits déterminants en administrant les preuves nécessaires, si besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision.

Enfin, vu le renvoi de la cause à l'assurance, la chambre de céans renonce à ordonner les mesures d'instruction sollicitées par le recourant, à savoir la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, articulaire et orthopédique), l'audition du Dr D_____ et celle des parties.

- 11.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 10 avril 2024 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Quand bien même le recourant obtient partiellement gain de cause, il n'est pas représenté, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 10 avril 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Justine BALZLI

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