

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1823/2023

ATAS/100/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 18 février 2025

Chambre 15

En la cause

A _____
représenté par Me Thierry STICHER, avocat

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1978, ferrailleur pour le compte d'B_____, était assuré contre les accidents par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : l'assureur ou CNA).
 - b.** Le 9 mai 2022 à 9h30, l'assuré a été victime d'un accident.
 - c.** Le même jour, l'assuré s'était rendu auprès de la docteure C_____ qui avait retenu le diagnostic de contusion de l'épaule gauche, d'hématome pubien droit, prescrit des AINS, ainsi que du repos, et certifié une incapacité de travail jusqu'au 15 mai 2022.
 - d.** Le 11 mai 2022, l'assuré a passé une échographie de l'épaule gauche, qui a notamment laissé conclure à la présence de deux microkystes dans le corps du tendon du sous-scapulaire - évocateurs de phénomènes dégénératifs chroniques -, d'une tuméfaction du complexe capsulo-ligamentaire, s'effectuant en rapport avec des séquelles d'une enthésopathie marquée sur le trochiter et la lèvre supéro-externe de la gouttière bicipitale (rapport du docteur D_____).
 - e.** Par déclaration de sinistre LAA du 17 mai 2022, l'employeur a annoncé à l'assureur que son employé avait une déchirure à l'épaule gauche. L'employé avait expliqué à son employeur qu'un ouvrier lui était tombé dessus et lui avait abîmé l'épaule gauche.
 - f.** L'assuré a par la suite passé des radiographies de face et une IRM de l'épaule gauche, le 3 juin 2022. Ces examens ont laissé suspecter une enthésopathie du sus-épineux, respectivement une tendinopathie importante et d'aspect chronique du sus-épineux avec plusieurs lésions partielles et des lésions focales transfixiantes, une tendinopathie avec lésion partielle du sous-épineux, une lésion partielle des fibres articulaires du sous-scapulaire, ainsi qu'une tendinopathie avec lésion partielle du segment articulaire du LCB.
 - g.** Le 10 juin 2022, la CNA a confirmé le droit aux prestations de l'assuré des suites de l'accident professionnel du 9 mai 2022 et a versé des indemnités journalières, en raison de l'incapacité de travail présente dès l'événement accidentel.
 - h.** Le 29 juin 2022, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, Membre FMH, et médecin d'assurance, a noté que l'accident n'avait pas causé de lésion objectivable en rapport avec l'événement déclaré, de sorte que le diagnostic de contusion simple de l'épaule droite (recte : gauche) devait être posé. L'événement du 9 mai 2022 avait ainsi fini de déployer ses effets au maximum dans un délai de deux mois en tenant compte d'une rééducation bien menée et en l'absence de complications intercurrentes.
 - i.** Dans un rapport du 2 août 2022, reçu par la CNA le 17 août 2022, la docteure F_____ (médecine physique et rééducation FMH) a posé le diagnostic de

« limitation fonctionnelle douloureuse épaule gauche post traumatique sur possible atteinte coiffe rotateurs avec cliniquement signes de souffrance du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire ».

j. Le 18 août 2022, le docteur G_____ a retenu comme bilan radiologique une rupture transfixiante de la coiffe postéro-supérieure associée à une rupture partielle du subscapulaire et une subluxation du long chef du biceps, l'indication à une arthroscopie avec réinsertion de la coiffe et une ténodèse bicipitale étant donnée.

k. Par courrier électronique du 19 août 2022, l'assuré a informé la CNA que ses médecins avaient pris la décision de l'opérer dans le courant du mois d'octobre 2022.

l. Sous pli du 23 août 2022, l'assureur a émis des réserves quant à la prise en charge d'une intervention chirurgicale.

m. Le 29 septembre 2022, la Dre F_____ a retenu que l'accident du 9 mai 2022 s'était soldé par une rupture de la coiffe des rotateurs postéro-supérieure et associée à une rupture partielle du sous-scapulaire et à une subluxation du long chef du biceps. Un traitement chirurgical, sous la forme d'une réinsertion de la coiffe et une ténodèse bicipitale, s'imposait et était prévu le 19 octobre 2022.

n. Le 17 octobre 2022, le Dr E_____ a affirmé qu'il s'agissait, en l'occurrence, d'une déchirure de la coiffe postéro supérieure dans le cadre d'une atteinte chronique avec rupture du centre glénohuméral, un acromion de type II selon Bigliani et un critical angle shoulder à 36.39° ; plus spécifiquement, l'atteinte ayant motivé l'opération n'était, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas imputable à l'accident ; pour ce qui concerne la durée des effets provoqués par celui-ci, le médecin se référait à son appréciation du 29 juin 2022.

o. Le 19 octobre 2022, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule gauche avec réinsertion du sus-épineux et de l'infra-épineux ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie.

B. a. Par décision du 25 octobre 2022, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle mettait un terme, au soir du 18 octobre 2022, au service de ses prestations d'assurance, les troubles persistant au-delà de cette date n'étant plus en lien avec l'accident assuré.

b. L'assuré, par l'entremise de son assurance de protection juridique, a formé opposition contre cette décision le 9 novembre 2022, qu'il a complétée avec l'aide de son conseil le 5 décembre 2022. La décision querellée reposait sur un manque d'instruction du dossier et la « lésion partielle de 8 mm des fibres articulaires du sous-scapulaire » était, en tant que telle, constitutive d'une lésion corporelle, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Aussi, concluait-il à la reprise de l'instruction du dossier et du versement des prestations d'assurance.

c. Le 19 janvier 2023, le conseil de l'assuré a transmis à la CNA une copie d'un courrier du 17 janvier 2023 de la Dre F_____, selon lequel les lésions de la coiffe des rotateurs étaient bien en lien de causalité avec l'accident du 9 mai 2022. Elle expliquait que le mécanisme de chute (en avant, avec une ceinture à outils et une surcharge par le poids de sa personne qui lui est tombée) était le premier élément qui parlait en faveur d'une origine traumatique de la coiffe des rotateurs gauche. Par ailleurs, si les lésions de la coiffe postéro-supérieure pouvaient évoquer une atteinte de surcharge microtraumatique ancienne, la lésion du sous-scapulaire signait une origine traumatique aiguë. L'IRM ayant été réalisée sans injection de produit de contraste, il se pouvait qu'il y ait eu une sous-estimation des lésions. L'âge du patient était un argument supplémentaire pour aller à l'encontre d'un processus ancien ; ce type d'atteinte se voyait habituellement chez des sujets plus âgés, *a fortiori* chez un patient droitier.

d. Le 15 mars 2023, le Dr E_____, après un rappel des données anamnestiques pertinentes, a relevé que le descriptif de l'IRM du 3 juin 2022 avait mis en évidence une atteinte chronique, au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est-à-dire en lien avec une usure liée à un stress répété sur l'épaule, voire une maladie. Il écrivait que la causalité naturelle entre l'accident assuré et la lésion partielle du tendon du sous-scapulaire aurait pu être sujette à discussion, mais n'avait plus lieu d'être dès lors que le protocole opératoire de l'arthroscopie du 19 octobre 2022 ne décrivait pas une telle lésion. L'évènement du 9 mai 2022 avait ainsi entraîné une aggravation aiguë transitoire sur un état dégénératif lié à une surcharge chronique de l'épaule gauche, l'imagerie ayant mis en évidence « une organisation autour de la tendinopathie chronique avec lésion satellite au niveau de la grande tubérosité humérale, signe de conflit sous-acromial ». Cet événement avait cessé ses effets dans un délai de deux mois. Dans son rapport, le médecin a indiqué avoir par inadvertance précédemment mentionné l'épaule droite au lieu de l'épaule gauche.

e. Par décision sur opposition du 11 mai 2023, l'assureur a rejeté l'opposition. S'il était vrai que le rapport du Dr E_____ mentionnait l'épaule droite, il s'agissait d'une simple inadvertance, ce que le médecin précité avait confirmé dans son dernier rapport. En outre, le point de savoir si la « lésion partielle de 8 mm des fibres articulaires du sous scapulaire » devait être prise en charge au titre de l'art. 6 al. 2 LAA ne s'avérait désormais plus pertinent dès lors que le protocole opératoire du 19 octobre 2022 n'avait pas fait état d'une telle lésion. En tout état de cause, il n'était pas indifférent de rappeler que la CNA avait servi des prestations d'assurance pour l'atteinte à l'épaule gauche en raison de la survenance d'un accident. Aussi, fallait-il reconnaître que le Dr E_____ maintenait en toute connaissance de cause son appréciation du 29 juin 2022 dès lors qu'il avait eu à sa disposition le compte rendu opératoire, rédigé le 21 octobre 2022, et les rapports de la Dre F_____. Cette médecin semblait d'ailleurs considérer que « la rupture de la coiffe des rotateurs postéro supérieure, associée à une rupture partielle du

sous-scapulaire et à une subluxation du long chef du biceps » résultait de la seule chute du 9 mai 2022 alors même que le diagnostic initial, posé par la Dre C_____ était celui de contusion de l'épaule gauche et que les examens radiologiques avaient documenté un état pathologique dégénératif de la coiffe des rotateurs, et ce malgré l'âge de l'assuré. Ainsi, la Dre F_____ paraissant faire fi des résultats de l'échographie et de l'IRM et fonder son argumentation sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* », l'on ne pouvait pas appréhender ses conclusions comme un moyen de preuve en faveur de l'existence d'un lien de causalité pour le moins probable entre l'événement du 9 mai 2022 et les troubles subsistant au-delà du 18 octobre 2022.

- C.**
- a.** Par acte du 30 mai 2023, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre cette décision dont il sollicitait l'annulation. À titre préalable, il sollicitait une expertise médicale judiciaire, afin de déterminer le lien de causalité naturelle entre les affections médicales constatées chez l'assuré et l'accident du 9 mai 2022, ainsi que la date éventuelle du *statu quo sine* ou *ante* ; subsidiairement le degré de prévalence, en pourcentage, du caractère maladif ou dégénératif des lésions et affections constatées. Il concluait, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de la CNA à prendre en charge les conséquences de l'accident du 9 mai 2022 au-delà du 18 octobre 2022 et, en conséquence, à lui verser les prestations d'assurances correspondantes, notamment les indemnités journalières et la prise en charge financière de l'opération chirurgicale pratiquée le 19 octobre 2022, ceci jusqu'au *statu quo sine* ou *ante*.
 - b.** L'assureur a renoncé à déposer une réponse, mais a néanmoins précisé que le médecin opérateur ne s'était pas limité à décrire le déroulement de l'opération chirurgicale et les événements inattendus, mais le Dr G_____ avait bien au contraire établi un bilan intra-articulaire et précisément décrit les atteintes visibles à l'arthroscopie. Le fait que ce médecin n'avait pas retenu l'existence d'une rupture partielle du subscapulaire ne constituait pas une omission. Elle relevait de surcroît que l'assuré n'avait pas été soumis à une arthro-IRM en raison d'une phobie des aiguilles, mais à une IRM ; or, les conclusions d'une simple IRM ne pouvaient pas prévaloir sur les observations faites à l'arthroscopie. Le diagnostic de lésion partielle de 8 mm des fibres articulaires du sous-scapulaire (subscapulaire) devait être écarté au degré de la vraisemblance prépondérante.
 - c.** Par réplique du 9 août 2023, l'assuré a contesté l'avis de la CNA et sollicité l'audition du Dr G_____ ou à une expertise.
 - d.** Par acte du 11 septembre 2023, la CNA a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté dans les formes et délais légaux, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des prestations d'assurance au 18 octobre 2022 (indemnités journalières et prise en charge des frais de l'épaule).

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

3.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre

médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

3.3 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des

assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

3.4 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).

3.5 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).

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, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 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).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

3.6 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).

4.

4.1 En l'occurrence, l'intimée a supprimé les prestations d'assurance avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à partir du 18 octobre 2022, en s'appuyant sur les avis de son médecin-conseil lequel s'est en outre appuyé sur le rapport post-opératoire du 19 octobre 2022, et a conclu que les effets délétères de l'atteinte à l'épaule gauche consécutive à l'accident avaient cessé au plus tard deux mois après celui-ci. Les effets postérieurs étaient liés à un état maladif préexistant décompensé par l'accident. La médecin de l'assuré retient pour sa part l'existence d'une causalité naturelle entre l'atteinte de l'épaule et l'accident du 9 mai 2022 à l'exclusion d'une atteinte d'origine malade.

Le Dr E_____ a en outre indiqué dans sa dernière prise de position que la question de la causalité naturelle entre l'accident assuré et la lésion partielle du tendon du sous-scapulaire aurait pu être sujette à discussion, mais que cela n'avait plus lieu d'être dès lors que le protocole opératoire de l'arthroscopie du 19 octobre 2022 ne décrivait pas une telle lésion. La médecin de l'assuré retient pour sa part l'existence d'une telle lésion. Enfin, les parties s'opposent sur le contenu du rapport du Dr G_____ au sujet de savoir si l'absence de mention de cette atteinte, suspectée sur la base des examens préalables, est la preuve ou non qu'elle n'existait pas ou plus au moment de l'opération.

Ces éléments font peser un doute sur le diagnostic même à retenir quant à l'existence ou non de la lésion partielle du tendon du sous-scapulaire au jour du 19 octobre 2022 et par conséquent sur la question de la causalité entre l'accident et cette lésion suspectée, que le juge des assurances sociales ne saurait écarter sans une expertise judiciaire.

Pour le surplus, s'il faut admettre que le Dr E_____ s'est bien prononcé sur les images et rapports médicaux portant sur l'épaule gauche de l'assuré, malgré l'inadvertance dans son rapport du 22 juin 2022, force est également de reconnaître que la question du lien de causalité entre l'accident du 9 mai 2022 et les effets de celui-ci au-delà du 18 octobre 2022 est critiquée par la médecin de l'assuré. En l'absence d'expertise administrative, ces questions d'ordre médical ne peuvent être tranchées par la chambre de céans sur la seule base du dossier. Il convient donc de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

4.2 Par acte du 15 novembre 2024, la chambre de céans a dès lors indiqué aux parties qu'elle entendait confier un mandat d'expertise à un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur en la personne du docteur H_____.

L'intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'égard du spécialiste choisi, en constatant cependant que ce choix n'apparaissait pas opportun, notamment parce que ce médecin n'avait pas de compétence reconnue en médecine d'assurance (notamment pas certifié SIM). Les thèses défendues par ce médecin étaient en outre controversées d'un point de vue médical et avaient été écartées par le Tribunal fédéral dans d'autres causes. Enfin, ce médecin avait pris position dans un Temps présent contre les assureurs et leurs médecins en janvier 2025. La CNA proposait d'autres médecins auxquels confier l'expertise et proposait des questions supplémentaires.

Le conseil du recourant s'est déclaré d'accord avec la mission d'expertise et a pris position en faveur du choix du Dr H_____.

4.3 La chambre de céans constate que les parties n'ont pas élevé de motif de récusation contre l'expert choisi par la chambre de céans.

Elle a entendu les arguments des parties quant aux choix du spécialiste et elle jugera de la valeur probante de l'expertise en toute objectivité une fois la mission d'expertise rendue par le Dr H_____.

Quant aux questions supplémentaires, elles ont été intégrées ci-dessous, dans la mesure où elles complètent la mission.

4.4 Il n'est pas nécessaire, à ce stade, de procéder à l'audition du Dr G_____, ni d'entendre oralement le recourant qui s'est exprimé par écrit.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____. La confie au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'épaule.

II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements et/ou requérir tous rapports médicaux auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment le docteur G_____.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. Anamnèse détaillée

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostic(s) précis

5. Causalité

5.1 Le recourant présentait-il un état maladif antérieur au 9 mai 2022 ? Dans l'affirmative, lequel ?

5.2 Quels ont été les diagnostics révélés ensuite de l'accident du 9 mai 2022 ?

5.3 Sur la base de l'échographie du 11 mai 2022, des radiographies et de l'IRM du 3 juin 2022, quels diagnostics reprenez-vous ? Peut-on considérer que l'accident du 9 mai 2022 a causé des lésions propres, le cas échéant lesquelles, ou a-t-il aggravé ou décompensé un état antérieur, le cas échéant lequel ? dans cette dernière hypothèse s'agit-il d'une aggravation déterminante ou passagère ? Enfin, en cas d'aggravation passagère, à partir de quand peut-on considérer que l'état de santé de l'expertisé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait sans l'accident (*statu quo sine*) ?

5.4 L'une des atteintes diagnostiquées correspond-elle à une lésion corporelle figurant à l'art. 6 al. 2 LAA (fractures ; déboîtements d'articulations ; déchirures du ménisque ; déchirures de muscles ; élongations de muscles ; déchirures de tendons ; lésions de ligaments) ?

5.4.1 Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ?
Veuillez motiver.

5.4.2 L'accident du 9 mai 2022 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?

5.4.3 En particulier, l'intervention de l'épaule gauche le 19 octobre 2022 était-elle nécessitée par l'accident précité, par une pathologie malade ou par un état pré-existant à l'accident ? Dans quelle mesure ?

5.4.4 Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 9 mai 2022 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

5.4.5 L'accident du 9 mai 2022 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?

5.4.6 À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé de l'assuré (« *statu quo sine* » - moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire - ou « *statu*

quo ante » - moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident - atteint) ?

5.4.7 Dans le cas où l'accident du 9 mai 2022 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle et/ou dans une activité adaptée (veuillez préciser le domaine) ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?

5.5 S'agissant des diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 6 al. 2 OLAA :

5.5.1 L'accident du 9 mai 2022 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition *sine qua non*) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?

5.5.2 En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention de l'épaule gauche le 19 octobre 2022 sont-elles dues à l'accident du 9 mai 2022 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ?

5.5.3 Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 9 mai 2022 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

5.5.4 L'accident du 9 mai 2022 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?

5.5.5 À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?

5.5.6 S'agissant des atteintes ayant un lien de causalité probable ou certain avec l'accident du 9 mai 2022, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle ?

6. Traitement

6.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

6.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

6.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

6.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

7. Appréciation d'avis médicaux du dossier

7.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ ? En particulier avec les diagnostics posés, la date de la stabilisation de l'état de santé ? Si non, pourquoi ?

7.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dre F_____ ? En particulier avec les diagnostics posés et son appréciation concernant la causalité (naturelle) entre les atteintes de la personne expertisée et l'accident du 9 mai 2022 ?

8. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans un délai de quatre mois auprès de la chambre de céans.

F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le