



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2168/2025

ATAS/172/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 mars 2026

Chambre 10

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA

intimée

représentée par Me Danièle FALTER, avocate

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1965, chef de projet auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeur), était assuré auprès de LA MOBILIÈRE SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par le biais de son employeur.
- b.** Le 29 décembre 2020, il a chuté à ski, ce qui lui a occasionné un traumatisme de l'épaule droite.
- c.** Consulté le jour de l'accident, le docteur C_____, médecin praticien, a constaté une impotence du membre supérieur droit et diagnostiqué une fracture avec impaction de la tête et du col huméral droits peu déplacée.
- B.** **a.** L'assurance a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières du 1^{er} janvier au 9 mars 2021, date de la fin de l'incapacité de travail de l'assuré.
- b.** Une radiographie de l'épaule droite réalisée le 7 janvier 2021 a mis en évidence une fracture céphalo-tubérositaire CT1 avec un acromio-crochu de type III. La surface glénohumérale n'était pas touchée. Une nouvelle radiographie du 27 janvier 2021 a retrouvé la fracture céphalo-tubérositaire, en voie de consolidation, et noté l'absence de déplacement secondaire.
- c.** Dans un rapport du 12 juin 2021, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté l'apparition d'une boule au niveau du biceps et mentionné des douleurs résiduelles et un manque de force de l'assuré.
- d.** Une échographie de l'épaule droite du 15 juin 2021 a conclu à une déchirure totale du tendon du long chef du biceps, retrouvée au niveau de la gouttière humérale. Les tendons de la coiffe des rotateurs ne montraient pas de signe de rupture décelable.
- e.** Le 10 août 2021, le Dr D_____ a attesté, dans un rapport à l'attention de l'assurance, que l'assuré présentait une récurrence des douleurs et des blocages de l'épaule droite, situation qu'il a qualifiée de rechute. À titre de pronostic et de séquelles permanentes, il a évoqué une possible nécrose et de l'arthrose, selon l'évolution.
- f.** Une arthrographie par imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 20 août 2021 a conclu à l'absence de rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs, à l'absence de rupture complète du chef long du tendon du muscle du biceps et à une lame de bursite. La sémiologie de l'IRM évoquait une nécrose avasculaire polaire supérieure de la tête humérale, sans atteinte de la plaque sous-chondrale et perte de sphéricité de la tête, et sans évidence de séquestre. Sous la rubrique des constatations, le rapport mentionne un minime remaniement acromio-claviculaire et l'absence de rupture transfixiante des tendons du sus- et

du sous-épineux, ce dernier tendon présentant cependant un remaniement à son enthèse.

g. Le 24 août 2021, le Dr D_____ a adressé une lettre au docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans laquelle il a fait état d'une consolidation de la fracture de l'humérus proximal dans des délais normaux. Dans le décours, l'assuré avait présenté une rupture spontanée du tendon du biceps et il présentait toujours des douleurs modérées de l'épaule et une limitation de la mobilité, raison pour laquelle une arthro-IRM avait été pratiquée. Celle-ci avait notamment montré des signes compatibles avec une nécrose partielle de la tête humérale, que le médecin mettait en relation avec les douleurs résiduelles de l'assuré. Le Dr E_____ était sollicité pour un second avis et l'évaluation d'une éventuelle opération.

h. Dans un courrier du 14 septembre 2021, le Dr E_____ a mentionné que, plusieurs mois après le traumatisme du 29 décembre 2020, l'assuré, qui effectuait beaucoup de navigation dans ses loisirs, avait ressenti une vive douleur et qu'un signe de Popeye était apparu. Malgré la poursuite de la physiothérapie, il rapportait toujours une douleur sourde au niveau de l'épaule, avec des crampes occasionnelles dans le biceps, la fonction subjective du coude étant de 50% au jour de l'examen, avec des douleurs parfois cotées à 4 sur 10. À l'examen clinique, les amplitudes étaient préservées hormis en rotation interne (L5 contre D12), la palpation de la gouttière du biceps était sensible et un signe de Popeye était retrouvé. L'examen de la coiffe des rotateurs était quant à lui tenu. Se prononçant sur le bilan par arthro-IRM, le Dr E_____ a relevé qu'il confirmait une rupture du long chef du biceps avec un moignon intra-articulaire, un sus-épineux légèrement affiné sans rupture significative et une nécrose avasculaire relativement étendue, avec une sphéricité préservée de la tête humérale. Dans ce contexte, il n'y avait pas d'indication à procéder à un quelconque geste chirurgical, qui n'aurait qu'un léger impact fonctionnel sur la rupture spontanée du biceps. Il fallait poursuivre la physiothérapie en vue du renforcement musculaire et, si l'assuré était limité par les douleurs, envisager une infiltration glénohumérale. Un suivi radiologique était également recommandé et, en cas de déjoration de la fonction ou apparition d'une omarthrose significative, une hémiprothèse en Pyrocarbon serait le traitement de choix.

i. Le 15 septembre 2021, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était toujours en lien de causalité avec l'accident.

j. Dans un rapport du 21 mars 2022, le Dr D_____ a noté que l'évolution était lente, l'assuré se plaignant toujours d'un manque de force, de douleurs, essentiellement en rotation interne, et d'une gêne dans la vie de tous les jours. Au *status*, il constatait une légère amyotrophie du sus-épineux, une mobilité pratiquement symétrique, sauf pour la rotation interne limitée à D12 pour D8 du

côté gauche et l'absence de douleurs à la palpation. Au niveau du diagnostic, une nécrose de la tête humérale secondaire était notamment mentionnée. Le pronostic était encore réservé et dépendait avant tout de l'évolution de l'ostéonécrose, laquelle pourrait nécessiter dans le futur la pose d'une prothèse.

k. Une radiographie du 6 avril 2022 a notamment mis en évidence un aspect globalement hétérogène de la structure osseuse de toute la tête humérale, sans discontinuité de la corticale, une régularité de la surface articulaire, une bande d'ostéosclérose sur le rayon de 13 et 14 heures rejoignant la corticale mais n'entraînant aucun décrochage, ainsi qu'un acromion crochu de type II.

l. En mai 2022, l'assurance a pris en charge une série de neuf séances tout au plus de « thérapie alternative », le Dr D_____ ayant prescrit des séances d'ostéopathie.

m. Deux clichés ont été réalisés le 18 août 2022, soit une radiographie et une IRM. Alors que la radiographie n'a pas mis en évidence de nécrose, l'examen par IRM a retrouvé la nécrose avasculaire polaire supérieure de la tête humérale sans atteinte de la plaque sous-chondrale et sans perte de la sphéricité de la tête. Cette IRM ne montrait par ailleurs pas de signe de rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs.

n. Dans un avis du 2 octobre 2022, le Dr F_____ a indiqué que les diagnostics de fracture céphalo-tubérositaire de l'humérus droit, de rupture spontanée du long chef du biceps et de nécrose avasculaire de la tête humérale droite étaient en rapport avec la chute. Il n'y aurait jamais de *statu quo* ou d'amélioration de l'état et, au contraire, au vu de la nécrose de la tête humérale, on pouvait s'attendre à une aggravation sous forme d'effondrement de la corticale et de la sphéricité de la tête humérale, ce qui amènerait à l'implantation d'une prothèse de l'épaule droite. Dans ce cas de figure, l'atteinte à l'intégrité serait de 15 à 20% selon la table 5 de la SUVA. Actuellement, il n'y avait cependant pas d'atteinte à l'intégrité malgré les complications, vu la rupture de moins de 5% du long chef du biceps. La mobilité de l'épaule n'était pas limitée, l'assuré ne présentait qu'une faiblesse non-invalidante du membre supérieur droit et quelques douleurs.

o. Le 31 août 2023, une radiographie de l'épaule droite a retrouvé l'hétérogénéité de la structure osseuse de la tête humérale sans perte de la sphéricité. Elle a par ailleurs mis en évidence un double contour de la partie sous-chondrale de la tête humérale par rapport à l'examen de 2022 ainsi que l'apparition d'une sclérose sous-chondrale au niveau de la glène plus importante et hétérogène par rapport à 2022. Les axes et rapports anatomiques étaient conservés. Sous la rubrique « clinique », il est mentionné une nécrose avasculaire de la tête de l'humérus connue.

p. Une radiographie de l'épaule droite réalisée le 23 mai 2024 a fait l'objet de deux rapports, l'un signé par le docteur G_____, et l'autre par le précité ainsi que le docteur H_____, tous deux radiologues. Le premier rapport mentionne

notamment la présence d'une lésion ostéolytique intra-médullaire de 4 cm de la tête humérale droite de sémiologie suggestive d'un enchondrome. Le second rapport fait quant à lui état, notamment, d'une hétérogénéité de la tête humérale correspondant aux séquelles d'ostéonécrose documentées en IRM avec une discrète déformation sous-capitale et tubérosité en rapport avec les séquelles de fracture consolidée.

q. Le 31 mai 2024, la représentante de l'employeur a demandé à l'assurance d'enregistrer une rechute du cas d'accident, l'assuré ayant de nouveau des douleurs à l'épaule droite et ayant consulté le Dr E_____, lequel avait prescrit une radiographie qui avait été réalisée le 23 mai, et des séances de physiothérapie.

r. Dans un rapport du 16 juillet 2024, le Dr E_____ a posé le diagnostic de nécrose post-traumatique et rupture de la coiffe de l'épaule droite. La nécrose avasculaire pouvait entraîner des séquelles permanentes, avec un risque d'arthrose et baisse de la fonction, à suivre cliniquement.

s. Le 27 juillet 2024, le Dr F_____ a indiqué que face aux conclusions surprenantes de la radiographie de l'épaule droite du 23 mai 2024, qui ne montrait pas de trace de nécrose de la tête humérale mais une lésion ostéolytique intra-médullaire de la tête humérale et un probable enchondrome, force était de reconnaître que la supposée nécrose aseptique de la tête humérale n'avait jamais existé. Aussi, la supposée fracture céphalo-tubérositaire décrite initialement à la suite de la chute, si elle avait existé, avait guéri « *per primum* » et sans séquelle. La rupture du long chef du biceps qui s'était faite dans un deuxième temps était sans influence sur la mobilité de l'épaule et ne donnait droit à aucune atteinte à l'intégrité (moins de 5%). Elle ne nécessitait pas de traitement quelconque, l'utilisation dans la vie de tous les jours étant suffisante comme rééducation. Par conséquent, la physiothérapie prescrite récemment par le médecin-traitant de l'assuré, si jamais elle était utile, trouverait son indication en rapport très probable avec l'enchondrome. Il s'agissait là d'une tumeur bénigne osseuse qui existait probablement déjà dans sa forme initiale en 2020 et qui, vu le contexte traumatique, avait été interprétée possiblement comme une nécrose de la tête humérale. Les douleurs actuelles de l'épaule droite étaient en rapport avec l'enchondrome et concernaient donc l'assurance-maladie, de sorte que le cas pouvait être clos définitivement et sans séquelle.

t. Par lettre du 30 juillet 2024, l'assurance a informé l'assuré qu'elle ne pouvait fournir de prestations après la fin du traitement au 31 août 2023, pour la reprise du suivi médical dès le 23 mai 2024. Selon les conclusions de son médecin-conseil, les lésions constatées sur la radiographie du 23 mai 2024 n'étaient pas liées avec un degré de vraisemblance prépondérante à l'évènement du 29 décembre 2020. Cette radiographie ne montrait aucune trace de nécrose de la tête humérale droite mais une lésion ostéolytique intra-médullaire correspondant à un probable enchondrome. Sauf avis contraire de l'assuré dans les 30 jours, il serait considéré qu'il acceptait cette prise de position.

u. Le 18 août 2024, l'assuré a indiqué qu'il ne pouvait accepter la prise de position de l'assurance qui se basait sur une simple suspicion de son médecin-conseil, celui-ci n'ayant parlé que d'un probable enchondrome.

v. Le 30 septembre 2024, le Dr E_____ a écrit à l'assurance qu'il était profondément préoccupé par les affirmations contenues dans le rapport du 27 juillet 2024 de son médecin-conseil qui allaient jusqu'à remettre en question la survenue d'une fracture ainsi que d'une nécrose avasculaire post-traumatique, alors que celles-ci étaient indiscutables et indéniables sur les radiographies initiales et l'IRM du « 20.01.21 ». Il s'agissait d'une erreur de jugement flagrante qui indiquait que le médecin-conseil n'avait soit pas personnellement analysé les images radiologiques, soit n'avait eu qu'un accès partiel au dossier. Retenir le diagnostic d'enchondrome symptomatique était de plus inapproprié, d'autant plus que ces lésions bénignes, dans cette localisation, étaient généralement asymptomatiques. Il se demandait également comment le médecin-conseil pouvait estimer que l'utilisation dans la vie de tous les jours était suffisante comme rééducation sans avoir examiné lui-même l'assuré. Il y avait dans tous les cas des manquements importants dans la gestion du dossier qui n'auraient aucune crédibilité en cas de litige. Cette remise en question négationniste et minimisante du diagnostic risquait de limiter injustement des prestations légitimement dues et représentait un manque de considération envers les avis spécialisés orthopédiques, dont le sien. Une réévaluation du dossier était ainsi demandée, à défaut de quoi une contestation serait encouragée. Le Dr E_____ a joint à son pli les clichés de la radiographie du 7 janvier 2021 et d'une IRM du « 20.01.21 » avec les commentaires suivants : « *fracture plurifragmentaire humérus proximal peu déplacée* », respectivement « *nécrose avasculaire post-traumatique de la tête humérale* ».

w. Interpellé par l'administration, le Dr F_____ a expliqué, le 25 octobre 2024, qu'il avait enfin le dossier complet et que, sur cette base, il pouvait admettre que la fracture bi ou tri-tubérositaire de l'humérus droit avait effectivement existé au vu des nombreux rapports radiologiques ayant suivi la chute du 29 décembre 2020. Fait plutôt rare, il s'agissait d'une fracture non-déplacée qui avait évolué extrêmement favorablement, la consolidation ayant été rapide et sans aucun déplacement secondaire. La première image de nécrose partielle de la tête humérale (suspicion) était apparue le 22 août 2021 [*recte* : 20 août 2021] pour disparaître totalement et définitivement sur les radiographies de l'humérus du 23 mai 2024 et cela sans aucune séquelle. Cela était plutôt exceptionnel et pouvait faire douter de l'existence de la nécrose si on disposait uniquement de ce cliché auparavant. Il se demandait si la formation et l'apparition radiologique d'un enchondrome dans la tête humérale pouvait l'expliquer, sans qu'il ne dispose de la réponse. L'affirmation du Dr E_____ selon laquelle un enchondrome était généralement indolore ne correspondait pas tout à fait à la réalité puisque certains faisaient mal en grossissant. Le Dr F_____ persistait à penser que la

physiothérapie était inutile et superflue au stade actuel, surtout compte tenu des constatations du Dr D_____ mentionnant une mobilité des deux épaules pratiquement symétrique. En généralisant, deux ans après, elle ne pouvait être que soit la même, soit meilleure, car il n'y avait aucune raison pour une aggravation. À quatre ans du trauma, l'assuré pouvait parfaitement faire de l'auto-rééducation. Enfin, si l'on cherchait d'autres étiologies de la douleur de l'épaule droite, il faudrait s'intéresser à un important conflit sous-acromial de ce membre déjà décrit sur la radiographie du 7 janvier 2021. Il ne pensait donc pas avoir été minimaliste ou négationniste.

C. a. Par décision du 30 octobre 2024 notifiée le 6 novembre 2024, l'assurance a refusé d'allouer ses prestations. Le traitement de l'assuré s'était terminé le 31 août 2023 par un contrôle chez le Dr D_____, puis un suivi médical avait été repris dès le 23 mai 2024 auprès du Dr E_____. La rechute consistait en la résurgence d'une séquelle d'accident supposément guérie. L'obligation de servir des prestations dans ce cas de figure supposait impérativement qu'il soit établi un lien de causalité naturelle entre l'accident initial et les troubles subséquents. Plus le laps de temps entre l'accident et l'apparition des troubles de santé était grand, plus les exigences étaient strictes quant à la vraisemblance du lien de causalité naturelle. Selon les constatations de son médecin-conseil, les lésions constatées sur la radiographie du 23 mai 2024 n'étaient pas liées avec un degré de vraisemblance prépondérante à l'évènement du 29 décembre 2020. Les premières investigations avaient conclu à une fracture « *céphalo-tuvérositaire* » [sic] non-déplacée de l'humérus droit, fracture qui avait évolué favorablement avec une consolidation rapide et sans aucun déplacement secondaire. La rupture du long chef du biceps, qui s'était faite dans un second temps, était sans influence sur la mobilité de l'épaule droite et ne nécessitait pas de traitement, l'utilisation dans la vie de tous les jours étant suffisante comme rééducation. La radiographie de l'épaule droite du 7 janvier 2021 montrait déjà un important conflit sous-acromial. En définitive, le lien entre les troubles invoqués et l'évènement du 29 décembre 2020 n'étant pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, aucune prestation ne pouvait être fournie.

b. Dans une lettre du 5 novembre 2024 à l'attention de l'assurance, le Dr E_____ a indiqué qu'il ne comprenait pas la volonté de vouloir à tout prix rattacher le tableau clinique à un enchondrome, qui n'avait jamais existé, et à un conflit sous-acromial dont il n'avait aucun argument clinique. L'enchondrome avait été mentionné dans un seul rapport de radiographie standard du Dr G_____, qui avait été rectifié, tel que « joint en copie ». Le diagnostic était clair et indiscutable et consistait en une nécrose aseptique post-traumatique de la tête humérale. Il fallait cesser de vouloir trouver des causes alternatives. Le but de la physiothérapie était d'aider l'assuré à garder un conditionnement musculaire au vu des raideurs articulaires qui s'installaient, encore légères à ce stade, en lui enseignant des exercices qu'il pouvait joindre à sa pratique courante. Il proposait

au Dr F_____ de convoquer l'assuré afin de formellement se faire une opinion en l'examinant et d'en profiter pour lui enseigner lui-même des auto-exercices à effectuer s'il contestait la prescription de physiothérapie.

c. À la demande de l'assurance, le secrétariat du Dr E_____ lui a remis, par courriel du 7 novembre 2024, le rapport de radiographie du 23 mai 2024 corrigé auquel le médecin faisait référence dans son rapport du 5 novembre 2024, à savoir le rapport de radiographie du 23 mai 2024 signé par les Drs H_____ et G_____ (cf. let. p).

d. Le 5 décembre 2024, par le biais de son assurance de protection juridique, l'assuré s'est opposé à la décision du 30 octobre 2024, sollicitant son annulation et le maintien des prestations de l'assurance-accidents sans interruption. Son cas n'était médicalement pas stabilisé, voire il s'agissait d'une rechute.

e. Par décision sur opposition du 26 mai 2025, l'assurance a confirmé sa décision. Après avoir douté de l'existence de la nécrose aseptique de la tête humérale en raison des conclusions du rapport radiologique du 23 mai 2024, le Dr F_____ s'était finalement rallié à l'opinion du Dr E_____, après avoir complété son dossier. Il émettait encore toutefois l'hypothèse que la formation et l'apparition d'un éventuel enchondrome dans la tête humérale pourrait expliquer la disparition de la nécrose partielle sur les clichés, l'enchondrome pouvant faire mal en grossissant. Cela étant, dans son dernier avis du 25 octobre 2024, le Dr F_____ avait été formel et avait affirmé que les douleurs résiduelles de l'épaule de l'assuré, quatre ans après l'accident, n'étaient pas en lien de causalité avec celui-ci mais devaient plutôt être mises sur le compte de l'acromion crochu de type III, très clairement mis en évidence sur les images radiologiques du 7 janvier 2021 et du 6 avril 2022. Un acromion de type III était associé à un risque accru de conflit sous-acromial car sa forme crochue pouvait comprimer le tendon du muscle du supra-épineux (coiffe des rotateurs) et la bourse sous acromiale, ce qui pouvait entraîner à long terme une tendinopathie, une tendinite chronique, voire même une rupture de la coiffe des rotateurs. Un tel acromion pouvait être particulièrement impactant pour l'assuré qui effectuait beaucoup de navigation dans ses loisirs, les gestes associés à la voile et à la manœuvre d'un bateau sollicitant fortement les épaules. À un âge (56 ans) où la coiffe des rotateurs commençait à montrer des signes de dégénérescence même en l'absence de traumatisme aigu, il était hautement vraisemblable que les douleurs dont se plaignait actuellement l'assuré soient à mettre sur le compte d'une surcharge de l'articulation dans un contexte de conflit sous-acromial avéré. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection était long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité étaient sévères et, en l'occurrence, plus de quatre ans s'étaient écoulés entre l'évènement traumatique et les douleurs résiduelles de l'épaule droite. La demande de prise en charge de séances de physiothérapie devait être rejetée, pour les motifs énoncés par le Dr F_____, à savoir qu'après quatre ans une auto-rééducation était parfaitement

possible et que, même si ce traitement devait être considéré comme nécessaire, il devrait être pris en charge par l'assurance-maladie, car lié au conflit sous-acromial. Même si le Dr F_____ n'avait pas examiné personnellement l'assuré, son avis, établi sur la base d'un dossier contenant suffisamment d'appréciations médicales se fondant pour leur part sur un examen personnel de l'assuré, avait pleine valeur probante. Les avis du Dr E_____ n'étaient pas à même, selon la jurisprudence, de mettre en cause l'évaluation du médecin-conseil, s'agissant d'un médecin-traitant dont il pouvait être considéré qu'il trancherait dans le doute en faveur de son patient en raison de sa position de confident privilégié. La caisse-maladie de l'assuré, après avoir pris connaissance des pièces médicales, n'avait par ailleurs pas jugé utile de s'opposer à la décision, ce qui tendait à démontrer qu'elle rejoignait son avis quant à la question de la causalité. Le rapport de causalité entre l'accident et l'affection actuelle de l'épaule droite de l'assuré n'ayant pas été établi au stade de la vraisemblance prépondérante, l'opposition devait être rejetée.

- D.** a. Par acte du 19 juin 2025, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre la décision du 26 mai 2025 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce qu'il soit procédé à une confrontation entre les Drs E_____ et F_____ et à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit mise en œuvre, et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les conséquences de l'accident jusqu'à ce que le *statu quo ante* ou *sine* soit atteint, en particulier des séances de physiothérapie et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de CHF 29'640.-, subsidiairement réserver celle-ci jusqu'à ce que le *statu quo ante* ou *sine* soit atteint.

L'avis du Dr F_____ n'était pas probant, celui-ci ayant varié plusieurs fois dans ses conclusions, n'ayant pas analysé les radiographies et n'ayant jamais procédé à un examen clinique. Il formulait de pures suppositions au sujet de l'existence d'un enchondrome ou d'un conflit sous-acromial, afin de nier le droit aux prestations. L'avis du Dr E_____ se basait au contraire sur une anamnèse complète du dossier, y compris l'étude des radiographies, et sur une analyse clinique. Ce médecin confirmait l'existence d'une nécrose aseptique post-traumatique de la tête humérale, en lien avec l'accident, entraînant des limitations fonctionnelles. Le lien de causalité entre l'accident et les affections à l'épaule étant donné, l'intimée n'était pas fondée à refuser la prise en charge de toute prestation, notamment des séances de physiothérapie et le versement d'une IPAI. Initialement, le Dr F_____ avait lui-même reconnu que le *statu quo ante* ne pourrait plus être retrouvé au regard des lésions en cause, ce qui démontrait une atteinte durable à l'épaule. En référence à l'évaluation du médecin-conseil qui avait parlé d'une atteinte à l'intégrité de 15-20%, il convenait de fixer l'IPAI à CHF 29'640.-.

b. Par mémoire de réponse du 6 août 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. L'argumentation du recourant consistait principalement à tenter de décrédibiliser le Dr F_____, lequel avait pourtant forgé son appréciation sur la base du dossier complet et après analyse des examens de radiologie. L'absence d'examen clinique n'était pas pertinente, le dossier contenant suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondaient sur un examen personnel du recourant. Ce médecin ne s'était par ailleurs pas prêté à des suppositions mais faisait le constat objectif que la nécrose avait disparu sur l'examen radiologique du 23 mai 2024, ceci sans séquelle. Les douleurs à l'épaule du recourant n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident survenu plus de quatre ans auparavant mais avec un acromion crochu de type III, clairement identifié par l'imagerie. Celle-ci contredisait l'affirmation du Dr E_____ selon laquelle il n'y avait pas d'argument pour un conflit sous-acromial. Par ailleurs, en mars 2022, le Dr D_____ avait déjà constaté que la mobilité des deux épaules était pratiquement symétrique et la situation ne pouvait ensuite que s'améliorer. Quant à la demande d'IPAI, elle devait être rejetée, le Dr F_____ n'ayant formulé, dans son avis du 2 octobre 2022, qu'une hypothèse pour le futur, à savoir un effondrement de la corticale et de sphéricité de la tête humérale, laquelle n'était pas survenue. L'expertise sollicitée par le recourant était inutile.

c. Par réplique du 27 août 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. L'intimée en a fait de même dans sa duplique du 18 septembre 2025.

e. Le 8 décembre 2025, en réponse à la demande de la chambre de céans, l'intimée a précisé que le document que le secrétariat du Dr E_____ lui avait communiqué par courriel du 7 novembre 2024 – par lequel le courrier du médecin précité du 5 novembre 2024 lui avait été remis – était le rapport de radiographie rectifié du 23 mai 2024 signé par les Drs H_____ et G_____.

f. Le 12 décembre 2025, la chambre de céans a demandé au Dr F_____ de répondre à plusieurs questions.

g. Le 6 janvier 2026, le médecin précité a indiqué qu'il n'avait pas eu connaissance du deuxième rapport du 23 mai 2024 signé par les Drs H_____ et G_____, dont le contenu différait du premier et n'était accompagné d'aucune explication. Il ignorait à quelle IRM les deux radiologues faisaient allusion lorsqu'ils relevaient une « *hétérogénéité de la tête humérale correspondant aux séquelles d'ostéonécrose documentées en IRM avec une discrète déformation sous-capitale et tubéreuse en rapport avec les séquelles de fracture consolidée* ». Entre 2021 et 2024, les nombreux contrôles radiologiques ne parlaient plus de séquelle de nécrose de la tête humérale. Au contrôle du 31 août 2022 [recte : 2023], les radiographies de l'épaule montraient des rapports anatomiques conservés et ne mettaient pas en évidence de séquelles de nécrose osseuse. Il n'avait pas non plus eu connaissance d'un rapport d'IRM du 20 janvier 2021 mentionné par le Dr E_____ dans sa lettre du 30 septembre 2024

et les images alors transmises étaient totalement illisibles. Compte tenu de ce qu'il ne savait pas de quelle manière ces documents étaient apparus et la raison pour laquelle ils étaient seulement invoqués maintenant, son appréciation du cas restait inchangée. L'existence d'un enchondrome et d'un conflit sous-acromial suffisait pleinement à expliquer les douleurs de l'épaule droite réapparues en mai 2024. Ces douleurs n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 29 décembre 2020 et, à supposer toutefois qu'une partie d'entre elles puisse l'être, elles pourraient être comparées à des douleurs de type « PSH » (pour : périarthrite scapulo-humérale) moyennes, donnant droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% selon la table 1 de la SUVA. Concernant le traitement de physiothérapie, il n'estimait pas utile de le poursuivre, à cinq ans post-accident. Le recourant avait eu suffisamment de séances, la mobilité était récupérée et même si celle-ci ainsi que la force musculaire pouvaient encore s'améliorer, il s'agissait d'un travail de longue haleine et de volonté personnelle. L'auto-rééducation avait ainsi toute sa raison d'être.

Le Dr F_____ a joint à son pli sa facture d'honoraires, pour un montant de CHF 1'500.-, que la chambre de céans a acquittée.

h. Dans son écriture du 13 janvier 2026, le recourant a persisté dans ses conclusions, y compris ses conclusions préalables (confrontation et expertise). Il a relevé que les avis du Dr F_____ ne sauraient être considérés comme probants, dès lors que ce médecin ne l'avait pas examiné personnellement et s'était fondé sur un dossier incomplet, reconnaissant qu'il n'avait pas eu connaissance des imageries essentielles, soit de l'IRM du 20 janvier 2021 et de la radiographie du 23 mai 2024. Le médecin-conseil préférait remettre en cause l'existence de ces éléments, plutôt que d'en solliciter la transmission pour se déterminer. Alors qu'il devait se prononcer sur le courrier du Dr E_____ du 30 septembre 2024 qui faisait expressément référence à des radiographies initiales et à l'IRM de janvier 2021, le Dr F_____ avait omis ces éléments et n'y avait pas porté l'attention nécessaire. L'avis du médecin-conseil n'était dès lors non seulement pas probant, mais il était de surcroît partial, ce médecin préférant ne pas instruire et se fonder sur des éléments partiels.

i. Par écriture du 29 janvier 2026, l'intimée a relevé qu'aucun examen IRM qui aurait été réalisé le 20 janvier 2021 ne lui avait été facturé, de sorte qu'elle ignorait tout de ce rapport. Les pièces médicales de l'époque, en particulier le rapport d'IRM du 20 août 2021, ne faisaient aucune allusion à cet examen de janvier 2021, au point que l'on pouvait se demander si le Dr E_____ n'avait pas commis une faute typographique (« 20.01.21 » au lieu de « 20.08.21 »). Quant au rapport de radiographie rectifié du 23 mai 2024, elle l'avait reçu le 5 novembre 2024, soit après que le Dr F_____ se fut prononcé par avis du 25 octobre 2024. L'analyse du Dr F_____ se fondait sur le dossier médical, tel qu'il avait évolué au cours du temps et sa position, confirmée dans son rapport du 6 janvier 2026, était claire, soutenue par de nombreux rapports d'examens et cohérente

chronologiquement. La position du Dr E_____ reposait quant à elle sur un rapport médical de seconde intention rendu dans des circonstances inconnues et reflétait un parti pris pour son patient.

j. Par réplique spontanée du 16 février 2026, l'intimée s'est prononcée sur l'écriture du recourant du 13 janvier 2026, soulignant notamment qu'il était probable qu'un rapport d'IRM du 20 janvier 2021 n'ait jamais existé, de sorte que ses arguments n'étaient pas pertinents.

k. Ladite écriture a été communiquée au recourant.

l. 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 Pour le surplus, le recours, interjeté dans les 30 jours, l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur la question du lien de causalité entre l'état de santé du recourant et l'accident du 29 décembre 2020.

L'intimée ayant nié l'existence d'un tel lien de causalité et ne s'étant pas prononcée sur la question de l'IPAI dans la décision querellée, la chambre de céans n'est pas en mesure d'examiner la conclusion du recourant y afférente. Il est en effet admis qu'en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

En tant que telle, la conclusion du recourant concernant la poursuite de la prise en charge des séances de physiothérapie fait néanmoins partie de l'objet du présent recours, dans la mesure où, en plus d'avoir nié le lien de causalité, l'intimée s'est

prononcée à cet égard, en exposant que ce traitement était inutile et superflu au vu d'une mobilité conservée de l'épaule droite du recourant, l'auto-rééducation étant suffisante dans ce contexte.

Cela étant, la distinction qui précède concernant les objets soumis à l'examen de la juridiction de céans n'a pas de portée, dès lors que, pour les motifs qui suivent, la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour examen complémentaire.

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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

3.2 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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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.

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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

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

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

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

Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que

sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n. U 189 p. 139).

3.4 À titre de prestations de l'assurance-accidents, l'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) ainsi qu'à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 1 et 2 LAA).

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).

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.6 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 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 déclare en substance s'être fondée sur l'avis de son médecin-conseil pour refuser d'allouer des prestations, celui-ci ayant estimé que le lien de causalité entre l'accident du 29 décembre 2020 et l'état de santé du recourant n'était pas donné. Le recourant conteste la force probante des prises de position du médecin-conseil et soutient avoir droit aux prestations légales de l'assurance-accidents, au vu des avis exprimés par son médecin-traitant.

Dans cette situation, il y a lieu d'examiner les différents avis médicaux au dossier et dire si le droit aux prestations peut être tranché en fonction de ceux-ci au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qui revient à se prononcer sur leur valeur probante.

4.2 Pour la bonne compréhension du litige, il paraît utile, en premier lieu, de résumer les arguments successifs développés par l'intimée pour soutenir sa position.

Dans sa lettre informative du 30 juillet 2024, elle a indiqué que la radiographie du 23 mai 2024 ne montrait aucune trace de nécrose de la tête humérale, mais une lésion ostéolytique intra-médullaire correspondant à un probable enchondrome, de sorte que le cas ne relevait pas de l'assurance-accidents.

À la suite de l'objection du recourant contestant qu'une simple suspicion suffise à refuser des prestations, l'intimée, dans sa décision du 30 octobre 2024, n'a plus fait référence à l'enchondrome ou à la nécrose, mais a indiqué que la radiographie du 7 janvier 2021 montrait déjà un important conflit sous-acromial.

Dans la décision sur opposition querellée, l'intimée a indiqué qu'après avoir douté de l'existence de la nécrose aseptique de la tête humérale en raison des conclusions du rapport radiologique du 23 mai 2024, le Dr F_____ s'est finalement rallié à l'opinion du Dr E_____ et a émis l'hypothèse que l'enchondrome, qui pouvait bel et bien faire mal en grossissant, pouvait expliquer la disparition partielle de la nécrose sur ces clichés. Elle s'est de plus de nouveau fondée sur l'existence d'un acromion crochu de type III pour affirmer que les douleurs dont se plaignait le recourant étaient à mettre sur le compte d'une surcharge de l'articulation dans un contexte de conflit sous-acromial avéré.

Enfin, dans ses écritures devant la chambre de céans, l'intimée relève, d'une part, que le Dr F_____ ne s'était pas prêté à des suppositions, comme le soutenait le recourant, mais avait fait le constat objectif que la nécrose avait disparu, sans séquelle. Elle mentionne, d'autre part, que le médecin avait émis l'hypothèse que la formation et l'apparition d'un enchondrome dans la tête humérale sur les radiographies du 23 mai 2024 pouvait expliquer la disparition partielle de la nécrose sur ces clichés, et invoque pour le surplus un important conflit sous-acromial.

Il ressort des prises de position précitées que l'intimée tient pour acquis la présence d'un conflit sous-acromial en tant que facteur responsable des douleurs du recourant. Cela étant, son raisonnement au sujet de la présence, ou non, d'une nécrose de la tête humérale manque de clarté. Si elle a dans un premier temps affirmé que la nécrose avait disparu (lettre du 30 juillet 2024), on ne distingue pas de manière certaine, à la lecture de ses écritures suivantes, si elle considère qu'aucune nécrose n'affecte plus la tête humérale, ou si elle fait uniquement le constat qu'une telle nécrose n'était pas mise en évidence dans le premier rapport de radiographie du 23 mai 2024. Cela est d'autant plus vrai que l'intimée ne s'est pas prononcée sur les conclusions du second rapport des radiologues du 23 mai 2024 ayant relevé une hétérogénéité de la tête humérale correspondant aux séquelles d'ostéonécrose documentées en IRM, qui lui avait été remis le 7 novembre 2024. Bien que le rejet de toutes prestations puisse *a priori*

implicitement être considéré comme la négation de l'existence d'une nécrose, la position de l'intimée sur ce point aurait méritée d'être moins ambiguë.

4.3 L'intimée se prévaut des avis de son médecin-conseil pour nier l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du recourant et l'évènement accidentel. Il y a ainsi lieu d'examiner si ceux-ci sont probants, au sens de la jurisprudence.

4.3.1 S'agissant de la nécrose avasculaire de la tête humérale, il apparaît que le Dr F_____, avant de nier l'obligation de prester de l'assurance-accidents, considérait, notamment dans son avis du 2 octobre 2022, que les diagnostics de fracture céphalo-tubérositaire de l'humérus droit, de rupture spontanée du long chef du biceps et de nécrose avasculaire de la tête humérale étaient en rapport avec la chute et que l'état de santé du recourant ne reviendrait jamais au *statu quo*, ce qui pourrait justifier le versement d'une IPAI dans le futur. Ce n'est qu'après avoir été invité à se déterminer sur la radiographie du 23 mai 2024 que le Dr F_____ a nié la présence d'une ostéonécrose, estimant que l'enchondrome alors visualisé avait préalablement été interprété comme une nécrose. Il s'est aussi montré circonspect quant à l'existence avérée de la fracture de l'humérus (« *C'est ainsi que la supposée fracture céphalo-tubérositaire décrite initialement suite à la chute, si elle existait, elle a guéri per primum et sans séquelle* »), alors que plusieurs radiographies versées au dossier attestaient son existence, ce que le médecin-conseil admettra par la suite, après que l'intimée lui eut soumis de nouveau la radiographie du 7 janvier 2021 (*cf.* avis du 25 octobre 2024, explication relative à la nouvelle soumission).

De plus, dans son avis du 25 octobre 2024 en réponse au courrier du Dr E_____ soulignant l'existence d'une nécrose avasculaire post-traumatique en référence à des clichés (IRM du « 20.01.21 »), le médecin-conseil ne prend pas directement position à cet égard mais prétend qu'il n'avait pas assez d'information pour en juger, dès lors que seule une suspicion de nécrose serait apparue sur l'imagerie du 22 août 2021 [*recte* : 20 août 2021], qui n'aurait pas été retrouvée lors de la radiographie du 23 mai 2024. Or, le Dr F_____ omet de mentionner que plusieurs autres documents évoquaient une telle nécrose ou en faisaient directement état. Ainsi, avant l'IRM du 20 août 2021, le Dr D_____ avait déjà souligné le risque de possible nécrose, au vu de son appréciation clinique (rapport du 10 août 2021). Dans sa lettre au Dr E_____ du 24 août 2021, le Dr D_____ a par ailleurs exposé être d'avis que les douleurs résiduelles du recourant étaient compatibles avec la nécrose osseuse et a aussi mentionné ce diagnostic dans son rapport du 21 mars 2022. Quant au Dr E_____, il a mentionné à trois reprises (courriers des 14 septembre 2021 et 30 septembre 2024 et rapport du 16 juillet 2024) la présence d'une nécrose avasculaire, laquelle a même été qualifiée de relativement étendue dans la première lettre, rédigée avant toute contestation avec l'intimée. De plus, ce ne sont pas seulement les rapports des orthopédistes traitants qui font état d'une nécrose de la tête humérale, mais aussi une IRM du 18 août 2022 – concluant à une

nécrose avasculaire polaire supérieure de la tête humérale sans atteinte de la plaque sous-chondrale et sans perte de la sphéricité de la tête – sur laquelle le Dr F_____ ne se prononce pas. Ensuite, bien que le rapport de radiographie du 31 août 2023 ne constate pas de nécrose de la tête humérale, celle-ci est néanmoins mentionnée en tant qu'élément clinique. S'agissant enfin du fait que la nécrose n'aurait pas été retrouvée sur la première radiographie du 23 mai 2024, il sied de constater qu'aucun examen par radiographie antérieur ne l'a non plus mise en évidence, cette lésion ayant uniquement directement été visualisée au moyen d'IRM.

Au surplus, il n'est pas décisif de savoir si le Dr E_____ s'est trompé dans la date lorsqu'il mentionne un cliché du « 20 janvier 2021 » évocateur de la nécrose avasculaire, au lieu peut-être de la date du 20 août 2021. L'on constate en effet que ni l'intimée, ni son médecin-conseil, n'ont jugé utile de demander des précisions au médecin à cet égard, ni n'ont examiné le cliché produit, lequel, s'il n'était pas reproduit de façon suffisamment lisible, aurait sans difficulté pu être adressé sous une forme plus distincte. Rien ne les empêchait non plus de comparer l'image alors soumise avec celle du 20 août 2021 afin de vérifier s'il s'agissait en réalité de la même IRM.

Il paraît en outre surprenant que l'intimée n'ait pas remis à son médecin-conseil le second rapport du 23 mai 2024, qui lui avait été communiqué par le secrétariat du Dr E_____ le 7 novembre 2024. Ce rapport traitait en effet d'un point essentiel, soit la compatibilité de l'imagerie avec la présence d'une ostéonécrose de la tête humérale. Il est vrai que l'on ignore dans quelles circonstances ce rapport, daté du même jour que celui envoyé dans un premier temps à l'intimée et signé par deux radiologues au lieu d'un seul, a été rédigé. Ces éléments auraient cependant, le cas échéant, pu être éclaircis sur demande de l'intimée. Ils n'excluaient en tout état pas que le médecin-conseil se prononce sur les constatations qui y étaient rapportées. L'hypothèse que le rapport ait pu être rédigé après une nouvelle visualisation des images par les radiologues – lesquels semblent avoir nouvellement disposé en comparatif d'une IRM documentant l'ostéonécrose – ne permet pas d'en écarter les conclusions sans autre objection matérielle.

Enfin, interpellé par la chambre de céans, le Dr F_____ est revenu sur l'historique du dossier et a fait état de ses doutes quant à l'origine des éléments médicaux sur lesquels il était invité à se prononcer, mais ne s'est pas déterminé sur ceux-ci.

Il découle de ce qui précède que la conclusion de l'inexistence d'une nécrose de la tête humérale n'est pas fondée sur une étude attentive de l'ensemble du dossier médical, notamment de l'imagerie.

4.3.2 Quant à la question de l'existence d'un conflit sous-acromial en tant que cause des douleurs à l'épaule droite du recourante, il sied de constater que les déclarations du Dr F_____ manquent de précision.

Bien qu'un acromion (qualifié de type III, respectivement de type II sur les différentes radiographies, sans que le médecin-conseil ne discute cet élément) ait déjà été mis en évidence lors de la réalisation de la première radiographie du 7 janvier 2021, puis ait été confirmé sur des clichés subséquents, le médecin-conseil n'avait nullement mentionné, dans ses rapports antérieurs à celui du 25 octobre 2024, que l'éventualité d'un conflit sous-acromial puisse jouer un rôle.

Par ailleurs, dans le rapport précité, le médecin-conseil n'a pas exprimé clairement son avis à ce propos, notant que « [f]inalement, si on cherche d'autres étiologies de la douleur de cette épaule D, il faudrait s'intéresser peut-être à un important conflit sous-acromial de cette épaule décrit déjà sur les RX de l'épaule le 07.01.2021 ». Une telle formulation évasive ne permettait pas à l'intimée, sans autres mesures d'instruction, de retenir que le conflit sous-acromial était la cause des douleurs à l'épaule droite du recourant.

4.3.3 Concernant le besoin de suivre des séances de physiothérapie – prestation de l'assurance-accidents sur laquelle le Dr F_____ a formellement pris position – on constate qu'il juge ce traitement non nécessaire au motif que la mobilité des deux épaules serait parfaitement symétrique. Dans ce contexte, l'auto-rééducation dans la vie de tous les jours serait largement suffisante.

Or, ce faisant, le médecin-conseil ne discute pas le fait que le recourant présente une rotation interne de l'épaule droite limitée, pourtant soulignée par les orthopédistes traitants (cf. rapports des 14 septembre 2021 et 21 mars 2022 des Drs E_____ et D_____), sans avoir pu juger lui-même du contraire puisqu'il n'a pas examiné le recourant.

4.3.4 Il suit de ce qui précède que la position exprimée par le Dr F_____ selon laquelle le cas ne serait pas à charge de l'intimée ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'il n'est pas impossible pour l'assureur de statuer sur la base de la seule analyse du dossier médical, sans réalisation d'un examen clinique, il s'avère cependant que le médecin précité ne disposait en l'occurrence pas de tous les éléments médicaux pertinents avant de rendre ses rapports, qu'il n'a pas examiné attentivement tous les documents qui lui étaient soumis et que ses conclusions sont non seulement peu claires mais se fondent aussi sur des prémisses erronées, telles l'absence d'images attestant de la nécrose entre 2021 et 2024.

Il doit en outre être rappelé que l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères lorsque l'analyse du cas ne repose pas sur une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, mais uniquement sur l'avis d'un médecin-conseil dont les conclusions sont remises en cause de manière suffisamment détaillée par les médecins traitants (cf. consid. 3.5 *supra*), ce qui est en l'occurrence le cas au vu des courriers du Dr E_____ des 30 septembre et 5 novembre 2024.

Que ces correspondances soient relativement appuyées et transcrivent le ferme rejet des conclusions de l'intimée ne remet pas en cause, en tant que tel, les appréciations médicales qui y sont formulées, seul élément pertinent.

4.4 Partant, l'intimée ne pouvait valablement se fonder sur les conclusions du Dr F_____ pour nier le rapport de causalité entre l'accident et les atteintes à l'épaule droite du recourant et réfuter la nécessité d'un traitement physiothérapeutique.

Elle procède en outre à des constatations extensives des avis de son médecin-conseil lorsqu'elle mentionne, dans la décision querellée, qu'un acromion de type III, tel que présent chez le recourant, pouvait avoir une incidence au vu de l'activité de navigation qu'il pratiquait durant ses loisirs et que l'articulation de la coiffe des rotateurs commençait à montrer des signes d'usure à son âge, en sorte que les douleurs dont il se plaignait étaient à mettre, au stade de la vraisemblance prépondérante, sur le compte d'un conflit sous-acromial avéré. S'il est possible que le risque de dégénérescence progressive de l'épaule en fonction de facteurs tels que l'âge ou les activités de la vie quotidienne ait une assise scientifique, il sied de constater que l'intimée ne se fonde à ce propos sur aucune affirmation du Dr F_____, ni sur la doctrine ou la jurisprudence. Ne citant pas de source à son allégation, ses développements ne sauraient en l'état être retenus.

Cela est d'autant plus vrai que la présence d'un conflit sous-acromial semble devoir être niée à la lecture des rapports de radiologie et des examens cliniques. Une rupture transfixiante des tendons du sus- ou du sous-épineux n'est en effet pas mise en évidence sur les différentes radiographies ou IRM et, cliniquement, les Drs D_____ et E_____ ont constaté en 2021 seulement une légère amyotrophie du sus-épineux, respectivement un examen de la coiffe des rotateurs tenu. Dans son dernier rapport du 5 novembre 2024, le médecin précité souligne encore qu'il n'a aucun argument clinique pour un conflit sous-acromial.

4.5 En définitive, les arguments de l'intimée au sujet de l'inexistence d'une relation de causalité naturelle entre l'accident et l'état de santé du recourant ne sauraient être approuvés.

La chambre de céans n'est cependant pas en mesure de trancher le droit aux prestations sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

En effet, même si le Dr E_____ nie la présence d'un conflit sous-acromial et insiste fermement sur le diagnostic de nécrose aseptique post-traumatique en tant que cause des douleurs à l'épaule droite, il sied néanmoins de constater qu'il parle à une occasion, dans son rapport du 16 juillet 2024, d'une rupture de la coiffe des rotateurs. À ce stade, on ne sait rien de plus sur cette éventuelle rupture, dont on peut penser qu'elle pourrait être apparue postérieurement aux derniers examens radiologiques versés au dossier. À défaut d'autres précisions, on ne sait pas non plus si elle serait en mesure

d'expliquer les troubles du recourant, respectivement si elle exercerait une influence sur le *statu quo sine*, de façon à interrompre le lien de causalité entre la nécrose post-traumatique et l'état de l'épaule droite.

Cette question devant être examinée par un spécialiste, il y a ainsi lieu de renvoyer le cas à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique aux fins de statuer sur le lien de causalité entre l'état de santé du recourant et l'accident du 29 décembre 2020 et, le cas échéant, de se déterminer sur les prestations sollicitées, soit le traitement de physiothérapie et le versement d'une IPAI.

Au vu des manquements relevés plus haut concernant l'absence de valeur probante des investigations mises en œuvre par l'intimée, il se justifie de lui faire supporter l'instruction complémentaire du dossier, ce qui lui permettra en outre de solliciter de l'expert qu'il se prononce aussi sur les prestations demandées, soit le traitement de physiothérapie et l'IPAI lorsque le traitement médical sera terminé, dans l'hypothèse où il viendrait à admettre la causalité naturelle.

Partant, les mesures d'instruction sollicitées par le recourant doivent être rejetées.

4.6 À ce stade, la chambre de céans n'a pas à examiner si le cas relève d'une rechute ou d'une séquelle tardive au sens de l'art. 11 OLAA, comme la décision entreprise le suggère, étant cependant précisé que l'ostéonécrose a été documentée entre 2021 et 2024 (*cf.* notamment IRM du 18 août 2022) et qu'il ne ressort pas du dossier que l'intimée aurait formellement clôturé le cas en 2023.

- 5.** Le Dr F_____ a transmis une facture d'honoraires en CHF 1'500.- pour l'établissement de son rapport du 6 janvier 2026, montant qui a été acquitté par la chambre de céans.

5.1 Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais d'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_523/2022 du 30 mars 2023 consid. 7.2 et la référence). Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes. Il en va de même en ce qui concerne une expertise présentée par une partie : les frais qui en découlent doivent être mis à la charge de l'assureur social lorsque l'expertise était indispensable pour trancher le litige

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les références). L'admissibilité de l'imputation des frais d'un rapport médical à l'administration ne dépend pas de la question de savoir si ledit rapport a effectivement permis de fournir les éclaircissements attendus par le juge cantonal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.3 et les références).

5.2 En l'espèce, il se justifie de faire supporter à l'intimée les frais d'établissement du rapport du 6 janvier 2026 en tant que celui-ci a servi à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative. La chambre de céans a en effet été contrainte d'interpeller le Dr F_____ – médecin-conseil de l'assurance – du fait que ses prises de position laissaient entrevoir qu'il n'avait pas eu connaissance de certains rapports médicaux au dossier, ce qui s'est avéré exact, l'intimée ne lui ayant pas communiqué le second rapport de radiographie du 23 mai 2024 et ce médecin n'ayant pas analysé le cliché d'IRM figurant en annexe d'une correspondance du Dr E_____. Il s'agit-là de défauts que l'intimée aurait facilement pu déceler et auxquels elle aurait dû remédier avant de rendre sa décision sur opposition.

Les frais d'établissement d'expertises judiciaires ou privées pouvant être mis à la charge de l'assurance lorsque les résultats de l'instruction administrative mise en œuvre n'ont pas une valeur probatoire suffisante, il doit *a fortiori* en aller de même lorsqu'il s'agit d'interpeller le médecin-conseil de l'assurance afin qu'il complète son analyse. À défaut, cela reviendrait à faire supporter à la juridiction des assurances sociales des frais qui auraient normalement dû être assumés par l'autorité administrative.

5.3 L'intimée sera ainsi invitée à prendre en charge les frais du rapport, en CHF 1'500.-, et à les rembourser à la juridiction de céans qui en a fait l'avance.

- 6.** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 26 mai 2025 est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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. 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 du 26 mai 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met les frais du rapport du 6 janvier 2026 du Dr F_____, en CHF 1'500.-, à la charge de l'intimée.
7. L'invite à rembourser à la chambre de céans le montant précité dans les 30 jours suivant l'entrée en force du présent jugement.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. 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

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

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