

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/233/2025

ATAS/458/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juin 2025

Chambre 10

En la cause

A _____
représenté par FORTUNA Protection juridique

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard
PETITAT, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1961, garagiste indépendant, a conclu une assurance facultative des chefs d'entreprise selon la loi sur l'assurance-accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

b. Le 8 décembre 2023, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 27 décembre 2023, il s'était blessé à l'épaule droite en voulant rattraper une roue de véhicule qui lui avait échappé alors qu'il l'installait sur le moyeu. Il pensait que la douleur se dissiperait dans les jours suivants, ce qui n'avait pas été le cas, raison pour laquelle il avait consulté, le 19 décembre 2023, le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Ce dernier a attesté d'une incapacité de travail à 100%.

c. Le 10 janvier 2024, l'assuré a passé un examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite, réalisé par le docteur Jean-Aibert H_____, spécialiste FMH en radiologie. Selon les conclusions du rapport établi le jour-même par ce médecin, l'IRM avait mis en évidence une rupture transfixiante complète du supra-épineux avec discrète rétraction du moignon à l'aplomb du trochiter (rétraction infracentimétrique, grade I selon Goutallier et Bernageau) associée à une rupture des fibres antérieures de l'infra-épineux, également transfixiante, s'étendant par un clivage intra-tendineux postérieurement. La trophicité musculaire, notamment du supra-épineux, était satisfaisante. Il n'y avait pas d'autre anomalie décelée. Un avis chirurgical était recommandé.

d. Dans un rapport du 16 janvier 2024, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une omalgie droite apparue à la suite d'un choc sur son épaule avec une roue en décembre 2023. Depuis le début du problème, le status à l'élévation active n'évoluait pas, restant limité à 90 degrés, et en passif il atteignait les 120 degrés avec un Hawkins très douloureux. L'échographie initiale ainsi que la récente IRM révélaient une rupture transfixiante avec rétraction du tendon sus-épineux. Le traitement conservateur antalgique avec une infiltration n'avait pas permis d'amélioration. L'assuré était adressé au docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), pour la suite de la prise en charge.

e. Le 21 février 2024, la SUVA a confirmé à l'assuré le paiement des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 8 décembre 2023.

f. Le 14 mars 2024, l'assuré a consulté le Dr C_____ aux HUG. Dans son rapport établi le 18 mars 2024, ce médecin a expliqué que l'examen clinique avait mis en évidence une lésion de la coiffe postéro-supérieure et dans une moindre mesure au niveau du biceps. L'imagerie confirmait les lésions avec une rupture rétractée de la coiffe postéro-supérieure, mais démontrait une préservation

complète au niveau musculaire. L'indication d'une intervention chirurgicale par arthroscopie à l'épaule droite avec réinsertion de la coiffe ténodèse du biceps et d'une acromioplastie avait été discutée avec l'assuré, lequel avait accepté de s'y soumettre.

g. Par pli du 16 avril 2024, la SUVA a informé l'assuré que compte tenu de l'opération prévue, elle examinerait son obligation de prester et le droit à d'autres prestations. Elle cessait préventivement le versement de ses prestations d'assurance au 28 avril 2024 et renonçait à demander la restitution des prestations versées jusqu'ici.

h. Le 29 avril 2024, l'assuré a été opéré par les docteurs D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et E_____, médecin interne. Le Dr D_____ a établi un compte-rendu opératoire le 6 mai 2024.

i. Dans une appréciation « brève » du 19 juin 2024, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a conclu que l'accident n'avait pas entraîné de lésions structurelles objectivables et que le dommage sur lequel avait porté l'opération n'était pas imputable audit accident, ceci au degré de la vraisemblance prépondérante. À six semaines du traumatisme, l'évènement avait fini de déployer ses effets, du fait de l'absence d'atteinte traumatique constatée, en tenant compte d'un traitement médical conservateur selon les règles de l'art.

B. a. Par décision du 15 juillet 2024, la SUVA a clos le cas de l'assuré au 28 avril 2024, date de sa réserve, et mis fin à ses prestations d'assurance à cette même date, retenant que les troubles persistants actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident et l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 8 décembre 2023 pouvait être considéré comme atteint à six semaines de l'évènement au plus tard.

b. Le 12 septembre, l'assuré, assisté de son assurance de protection juridique, a formé opposition à cette décision. Il souffrait d'une lésion transfixiante de la coiffe postéro-supérieure, soit une rupture complète, d'une tendinopathie sub-luxante du long chef, de lésion haute scapulaire Lafosse II et d'un CSA (pour *Critical Shoulder Angle*), ce qui représentait un traumatisme, lequel était visible sur les rapports au dossier. Ces éléments ressortaient du compte-rendu opératoire du 6 mai 2024 et étaient déjà présents dans le rapport d'IRM du 10 janvier 2024, lequel mentionnait également qu'il n'y avait pas de chondropathie objectivée, ni d'adénopathie. Ainsi, aucun élément d'ordre maladif n'avait été mis en évidence sur l'IRM réalisée quelques jours après l'accident. Il était difficilement envisageable que l'atteinte repose exclusivement sur des causes étrangères à l'accident. La prise de position du Dr F_____ semblait singulière et ne relevait possiblement pas de l'analyse des documents au dossier. Par ailleurs, un pronostic opératoire avait déjà été posé dans le rapport d'IRM du 10 janvier 2024 et faisait

l'objet du rapport du 16 janvier 2024 du Dr B_____. En outre, compte tenu des lésions objectivées dans les différents rapports médicaux, la poursuite de la prise en charge de l'évènement au-delà du 28 avril 2024 s'imposait sous l'angle des lésions assimilées. Il demandait ainsi la réinstructon de son cas, respectivement, la poursuite de la prise en charge de l'évènement du 8 décembre 2023 au-delà du 28 avril 2024.

À l'appui de sa position, il a produit un nouveau rapport du Dr B_____ daté du 9 septembre 2024, ainsi qu'un rapport de la Dre G_____ daté du 11 septembre 2024.

c. Dans une appréciation du 20 novembre 2024, le Dr F_____, après avoir motivé sa position et critiqué le contenu des rapports des Drs B_____ et G_____, a confirmé sa précédente appréciation.

d. Par décision sur opposition du 10 décembre 2024, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, sur la base des conclusions du Dr F_____.

C. a. Par acte du 23 janvier 2025, l'assuré, représenté par son assurance de protection juridique, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant principalement à la réformation de cette décision par la poursuite de la prise en charge du cas et de ses suites au-delà du 28 avril 2024 et à l'octroi des prestations y relatives. Subsidiatement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer si l'état de santé, respectivement les lésions réparées le 29 avril 2024 et ses suites étaient d'ordre maladif ou accidentel et, plus subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'intimée pour réinstructon à la lumière de son recours avec maintien dans l'intervalle des prestations en sa faveur. À l'appui de son recours, il a réitéré les arguments avancés dans son opposition.

b. Dans sa réponse du 5 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours. Dans la mesure où elle avait déjà donné suite aux arguments du recourant dans le cadre de la décision sur opposition litigieuse et de l'appréciation de son médecin-conseil, elle renonçait à déposer formellement une réponse.

c. Le 13 février 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions et indiqué ne pas avoir d'observations supplémentaires.

d. Le 17 février 2025, la chambre de céans a transmis copie de ce pli à l'intimée.

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 Les dispositions de la LAA concernant l'assurance obligatoire sont applicables par analogie à l'assurance facultative des chefs d'entreprise (*cf.* art. 5 al. 1 LAA). Pour autant que la police ne prévoie pas de dérogations, les prestations accordées sont en principe les mêmes que celles de l'assurance obligatoire (ATF 148 V 286 consid. 7.1).

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant au niveau de l'épaule droite doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 28 avril 2024.

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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour

que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

3.2 L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les déchirures du ménisque (let. c).

Selon la jurisprudence, lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1 et les références).

3.3 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).

La condition relative au lien de causalité naturelle 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 et 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.

Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

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

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), 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 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2 ; 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

À cet égard, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt récent qu'à supposer l'implication chez l'assuré de troubles dégénératifs préexistants, si leur origine exclusivement malade n'a pas été établie, même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (arrêt du Tribunal fédéral 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 4.3.1.1).

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).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve

appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ;8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1 et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

4. 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 des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

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

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).

5. 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

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

6. En l'espèce, l'intimée a retenu que les troubles persistants à l'épaule droite du recourant n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 décembre 2023 six semaines après celui-ci, en se fondant sur les rapports de son médecin-conseil, le Dr F_____.

Le recourant, quant à lui, conteste cette position en se référant aux rapports de ses médecins traitants.

6.1 À titre liminaire, la chambre de céans rappelle que l'intimée a admis que l'évènement du 8 décembre 2023 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA. L'art. 6 al. 2 LAA ne trouve ainsi pas application. Dès lors, l'intimée est tenue de verser ses prestations au recourant jusqu'à ce que l'accident ne constitue plus la cause naturelle des troubles présentés par l'intéressé et que les atteintes à la santé qui subsistent résultent uniquement et exclusivement de causes étrangères au sinistre.

Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports du Dr F_____ sur lesquels l'intimée a fondé la décision litigieuse.

6.2 Dans ses rapports des 19 juin et 20 novembre 2024, le médecin-conseil a considéré que l'accident du 8 décembre 2023 n'avait pas causé les lésions à l'épaule droite du recourant.

Sur la base du dossier médical, il a retenu les diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite concernant la partie postéro-supérieure avec lésion haute sous-scapulaire, d'omarthrose gauche centrée, de diabète de type II, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), d'ablation calcification biceps gauche en 2019, de tabagisme ancien stoppé en 2020, de surcharge pondérale et de polyglobulie essentielle.

Il a relevé, à la lecture des images de radiographies standards de l'épaule, un facteur favorisant de ruptures de la coiffe des rotateurs qui avait un angle critique de l'épaule supérieur à 34 degrés, la présence d'un rétrécissement de l'espace sous-acromial à 7 mm et une arthrose acromio-claviculaire avec un bec ostéophyttaire inférieur pouvant entraîner un conflit avec la coiffe des rotateurs, ainsi que l'absence d'une perte du ceintre gléno-huméral. Il a expliqué que la présence d'ostéophyte inférieur au niveau de la tête humérale signifiait qu'il y avait un problème dégénératif constitué de l'articulation gléno-humérale. Il a indiqué que sur l'IRM réalisée à un mois du traumatisme, figurait l'apparition d'une rétraction tendineuse mais surtout une rupture de la coiffe postéro-supérieure qui, à son avis, était classiquement de nature dégénérative et que la rétraction discrète et la présence d'une dégénérescence graisseuse des muscles sous-épineux et petit rond étaient des éléments parlant en faveur d'une atteinte chronique, qui aurait été secondaire à une déchirure de la coiffe, rendant la fonction du muscle impossible. Il a expliqué qu'il s'agissait d'une atteinte dégénérative graisseuse de Gouttalier de type I à II, laissant suspecter une perte de fonction de l'ordre d'une année à deux ans. La rétraction du tendon déchiré était de stade II sur la classification de Patte et probablement chronique. Il a précisé que le fait que la réparation de l'épaule était nécessaire n'était pas remis en question, qu'effectivement la dégénérescence graisseuse musculaire était d'un stade qui permettait théoriquement une récupération de la fonction d'une épaule peu symptomatique, mais que le fait qu'il y ait eu une indication opératoire ne rendait pas cette lésion traumatique. À cet égard, il a relevé que selon la littérature

"occidentale", à peu près 80% des lésions de la coiffe des rotateurs réparées étaient d'origine dégénérative. En outre, le tabagisme et l'hypercholestérolémie du recourant étaient des facteurs connus pour favoriser l'ischémie et fragiliser les structures tendineuses, ainsi que le problème de calcifications au niveau bicapital gauche opéré en 2019. Le *critical shoulder angle* supérieur à la norme était une constante morphologique connue pour favoriser les lésions non traumatiques de la coiffe des rotateurs et le fait que la lésion soit postéro-supérieure indiquait clairement qu'il s'agissait d'une atteinte vraisemblablement en lien avec l'usure ou une maladie. Il a expliqué que le fait qu'il n'y avait pas de chondropathie ni d'adénopathie n'avait aucun rapport avec une atteinte malade, car les pathologies malades n'avaient pour la plupart pas d'adénopathie et l'absence de chondropathie n'était pas non plus un argument intéressant dans la mesure où l'épaule n'était pas une articulation portante. Il a encore indiqué que la présence d'ostéophyte montrait que cette épaule présentait probablement une instabilité chronique et qu'elle avait dû être antérieurement symptomatique. Concernant enfin le terme des prestations, il a exposé que l'évènement avait fini de déployer ses effets après six semaines, soit bien antérieurement à la date à laquelle l'intimée avait mis fin à ses prestations. En conclusion, à la lecture soignée du dossier médical, il était faux de retenir qu'aucun élément malade ne devait être pris en compte.

6.3 La chambre de céans constate que des doutes subsistent quant à la validité des conclusions du Dr F_____.

En effet, si ce médecin a exclu une origine accidentelle aux lésions à l'épaule droite du recourant, il a néanmoins reconnu que le sinistre du 8 décembre 2023 avait fini de déployer ses effets six semaines après sa survenance mais ce, sans expliquer concrètement quelles avaient été les conséquences de l'accident. Or, dès lors que le médecin-conseil n'indique pas quelles ont été les répercussions du sinistre, il apparaît difficile de déterminer si celles-ci persistaient au-delà du 28 avril 2024. En outre, l'existence de facteurs malades ou dégénératifs ne suffit pas encore pour retenir que l'accident n'a pas également participé à causer les lésions litigieuses.

Il sied ensuite de relever que le radiologue ayant réalisé l'IRM de l'épaule droite du recourant en janvier 2024, le Dr H_____, n'a pas la même lecture de l'imagerie que le Dr F_____, notamment en ce qui concerne le degré d'involution graisseuse, qui, selon le médecin-conseil, serait un indicateur pour connaître l'origine des lésions. En effet, le radiologue explique, dans son rapport du 10 janvier 2024, avoir constaté que le tendon du supra-épineux présentait une rupture transfixiante complète avec discrète rétraction du moignon tendineux qui apparaissait discrètement hétérogène à environ 1 cm de son insertion distale (le moignon se situant globalement à l'aplomb du trochiter) et que la rétraction était classée grade I selon Goutallier et Bernageau. S'agissant ensuite du tendon de l'infra-épineux, il a retenu la présence d'une déchirure transfixiante au niveau de

ses fibres antérieures se poursuivant par un clivage intra-tendineux postérieurement (ce clivage semblant s'étendre sur environ 15 mm au sein du tendon). Il a en particulier relevé que la trophicité musculaire était conservée, sans involution graisseuse significative des muscles supra et infra-épineux, que la bourse sous-acromio-deltoïdienne présentait une quantité de liquide significative au sein de la bourse sous acromiale en lien notamment avec la composante de rupture transfixiante précédemment décrite au niveau de la coiffe des rotateurs (possible origine articulaire du liquide associé à une composante réactionnelle/inflammatoire), ainsi qu'une absence d'épanchement et de signe de synovite significatif de l'articulation gléno-humérale.

Par ailleurs, le Dr B_____ a affirmé, dans son rapport du 9 septembre 2024, que les lésions au niveau de l'épaule droite étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident survenu le 8 décembre 2023. Il a en particulier expliqué que la lésion du recourant n'avait pas une allure chronique mais aiguë et que, sur le rapport IRM, le muscle sus-épineux était décrit comme préservé, ce qui témoignait d'une lésion tout à fait récente, sinon le radiologue aurait décrit une évolution graisseuse. Il a précisé que le degré de rétraction du moignon n'était à sa connaissance pas une mesure fiable du caractère aigu ou chronique et que l'involution graisseuse du muscle du tendon déchiré était un bon marqueur de chronicité. Dans le cas de l'assuré, il n'y avait, selon le Dr B_____, pas d'involution graisseuse, ce qui témoignait d'un court délai entre la déchirure en décembre 2023 et l'IRM de l'épaule en avril 2024. Ce médecin a indiqué que si la lésion avait été chronique, le chirurgien n'aurait pas retenu d'indication opératoire car il n'y avait pas de bénéfice à tenter de réparer une ancienne lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, selon ce médecin, aucun autre facteur n'avait interféré dans le processus de guérison, l'évolution était typique de ce genre de lésion qui nécessitait une opération, ce qui avait été le cas pour le recourant, dont l'opération avait eu lieu le 29 avril 2024 aux HUG, étant précisé que, sans opération, ce genre de lésion ne guérissait pas. Il a mentionné que, selon les informations dont il disposait, le diabète du recourant était stable et n'interférait en rien avec le traitement.

Quant à la Dre G_____, elle a confirmé, dans son rapport du 11 septembre 2024, que le recourant souffrait d'un diabète mais que celui-ci était resté très bien contrôlé depuis sa prise en charge initiale, ce qui jette un doute sur le fait que le diabète ait vraiment participé à fragiliser les tissus tendineux, comme l'affirme le Dr F_____.

Enfin, on notera que le Dr D_____ a mentionné, dans son compte-rendu opératoire du 6 mai 2024, que la nature du cas était accidentelle. Il a expliqué que le recourant avait subi une arthroscopie de l'épaule droite avec suture sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps, suture du sus-épineux et de l'infra-épineux et acromioplastie, et que cette intervention avait été réalisée en raison des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (soit une lésion

transfixiante de la coiffe postéro-supérieure, une tendinopathie sub-luxante du long chef biceps, une lésion haute sous-scapulaire du type Lafosse II et un angle critique de l'épaule de 36 degrés).

6.4 Dès lors qu'il existe plusieurs éléments remettant en cause les conclusions du Dr F_____, la chambre de céans est d'avis que les rapports de ce médecin ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles persistants au-delà du 28 avril 2024 résultent exclusivement de causes étrangères à l'accident. L'intimée ne pouvait donc se fonder sur les conclusions de son médecin-conseil pour rendre sa décision.

Les autres éléments au dossier ne permettent cependant pas non plus de se déterminer sur la question litigieuse. On rappellera que le Dr B_____ est rhumatologue et que la Dre G_____ est médecin généraliste et s'occupe principalement du suivi du diabète du recourant, de sorte qu'ils ne bénéficient pas de la spécialisation leur permettant de se prononcer valablement sur une problématique orthopédique. Quant au Dr D_____, il ne s'est pas prononcé clairement sur la question.

En conséquence, à défaut d'une instruction suffisante permettant une appréciation adéquate de la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'accident du 8 décembre 2023 et les atteintes présentées par le recourant au-delà du 28 avril 2024, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour établir l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, administrer les preuves nécessaires, si besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision.

7. Dans la mesure de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 10 décembre 2024 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision au sens des considérants.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure 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 sur opposition du 10 décembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

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