

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3525/2023

ATAS/571/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1970, travaillait en qualité de chauffeur poids lourds pour la société B_____ SA (ci-après : l'employeuse) depuis le 1^{er} juin 2016 et était à ce titre assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Le 8 décembre 2021, l'assuré a eu un accident au travail. Selon la déclaration d'accident remplie le 14 décembre 2021, en montant une machine sur le plateau de son camion, l'assuré a glissé, s'est cogné et a perdu l'équilibre en tombant sur le côté droit. Des contusions du thorax, du bras et de l'œil droits ont été annoncées, ainsi qu'une incapacité de travail dès le 12 décembre 2021.
- B.** **a.** Des radiographies réalisées le 12 décembre 2021 n'ont pas mis en évidence de fracture et ont conclu à une image thoracique dans la norme. S'agissant plus particulièrement de l'épaule droite, aucune anomalie n'a été détectée au niveau des articulations, des structures osseuses ou des parties molles.
- b.** Le 16 décembre 2021, le docteur C_____, médecin généraliste, a attesté une incapacité totale de travail de l'assuré du 17 au 19 décembre 2021.
- c.** Dans un rapport du 17 décembre 2021, la docteure D_____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de traumatisme crânien sans perte de connaissance, avec hématome en monocle de l'œil droit et de l'arcade sourcilière, hémorragie conjonctivale de l'œil droit et contusions du thorax antérieur droit, de l'épaule et de la hanche droites. Le rapport mentionne, concernant le déroulement de l'accident, que l'assuré se trouvait à l'arrière du camion, à environ 1 m 20 du sol, qu'il a glissé et est tombé du véhicule en avant au sol, tête la première, qu'il a avancé les mains, s'est réceptionné sur l'orbite droite et a heurté le thorax antérieur, l'épaule et la hanche droites.
- d.** La SUVA a versé des indemnités journalières du 12 au 19 décembre 2021.
- e.** Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) effectuée le 1^{er} mars 2022 a montré une tendinopathie fissuraire du supra-épineux, une tendinose du sous-scapulaire, des kystes synoviaux au niveau de la tête humérale avec œdème intraspongieux, une arthropathie acromio-claviculaire, un épanchement intra-articulaire gléno-huméral et une bursite sous-coracoïdienne. Le muscle du supra-épineux était décrit comme de forme normale, de signal conservé avec une tendinopathie fissuraire. Il n'y avait pas de lésion de l'infra-épineux ou du petit rond.
- f.** Une infiltration du supra-épineux a été pratiquée le 16 mars 2022.
- g.** Le 12 août 2022, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a proposé une intervention chirurgicale de l'épaule droite. Son

rapport mentionne que l'assuré a chuté d'une plate-forme d'environ 1 m 50, le 8 décembre 2021, qu'il a ressenti une douleur subite à l'épaule droite et que, par la suite, le port de charges lourdes, le travail des mains en hauteur et le passage de vitesse lors de la conduite ont été douloureux. L'infiltration pratiquée en mars n'avait pas amélioré la symptomatologie, mais l'assuré n'avait pas bénéficié de physiothérapie. L'examen clinique mettait notamment en avant une palpation douloureuse du trochiter et de la gouttière du long chef du biceps, des amplitudes relativement conservées et une force de la coiffe antéro-postérieure conservée, mais douloureuse. Selon le médecin, l'IRM du 1^{er} mars 2022 montrait une lésion transfixiante du supra-épineux avec une rétraction Patte 2, une lésion de l'infra-épineux, une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps et une arthropathie acromio-claviculaire. L'examen radiologique réalisé aux HUG dans le cadre de la consultation révélait une tête humérale centrée sur sa glène avec un espace sous-acromial conservé à 1 cm et un *Critical Shoulder Angle* de 38°.

h. Le 7 octobre 2022, l'employeuse a annoncé à la SUVA une rechute survenue le 19 juillet 2022 et indiqué que l'assuré devrait se faire opérer de l'épaule.

i. Le 21 octobre 2022, une arthroscopie de l'épaule droite par ténodèse du long chef du biceps, suture du sus-épineux et de l'infra-épineux, acromioplastie antéro-latérale et résection du centimètre externe de clavicule a été pratiquée par le Dr E_____. Les diagnostics mentionnés dans le compte-rendu opératoire sont ceux de rupture du sus-épineux et de l'infra-épineux, tendinopathie fissuraire subluxante du long chef du biceps et arthropathie acromio-claviculaire. Le descriptif de l'intervention chirurgicale fait état d'une bursite importante au niveau sous-acromial, excisée, et d'une zone de rupture couverte, testée au crochet avec passage aisé, signifiant une rupture quasiment transfixiante.

j. À la suite de cette intervention, l'assuré a été en arrêt de travail à 100% du 21 octobre 2022 au 20 avril 2023, puis à 50% du 21 avril au 2 juin 2023.

k. Dans un rapport reçu le 3 avril 2023 par la SUVA, le Dr C_____ a posé le diagnostic de fissure du supra-épineux de l'épaule droite à la suite de la chute du 8 décembre 2021. L'évolution était qualifiée de bonne depuis l'opération réalisée aux HUG. De la physiothérapie était en cours. La reprise de travail dépendait des orthopédistes. Le médecin a aussi mentionné que l'arrêt de travail à 100% dès le 17 décembre 2021, toujours en cours, était justifié s'agissant d'un chauffeur de poids lourds.

l. Le 27 avril 2023, la docteure F_____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'événement du 8 décembre 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle. L'assuré avait continué à travailler durant quelques jours et, lors de la consultation auprès de la Dre D_____, les douleurs étaient localisées à un point précis et lors des amplitudes extrêmes. L'IRM du 1^{er} mars 2022 mettait en évidence des lésions de nature dégénérative, préexistantes à la chute. L'opération du 21 octobre 2022 n'était donc pas en lien de

causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé, mais avec les atteintes dégénératives. L'accident avait tout au plus entraîné une contusion de l'épaule droite qui avait décompensé progressivement l'état antérieur. Selon le guide de réinsertion de l'association suisse d'assurances, version 1.0, année 2010, une contusion de l'épaule guérissait en une à trois semaines selon qu'elle était légère ou moyenne. L'événement du 8 décembre 2021 avait ainsi totalement cessé de déployer ses effets au plus tard le 21 décembre 2021, date de reprise de l'activité après une incapacité de travail inférieure à dix jours.

m. Par décision du 19 mai 2023, la SUVA a mis fin à sa prise en charge avec effet au 20 octobre 2022, veille de l'intervention chirurgicale, au motif que le *statu quo sine* avait été atteint quelques semaines après l'accident au plus tard.

n. Le 21 juin 2023, l'assuré s'est opposé à cette décision en arguant que les atteintes dont il avait souffert à la suite de l'accident étaient constitutives de lésions assimilées au sens de la loi et que la Dre F_____, généraliste et non spécialiste de l'épaule, n'avait pas apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elles seraient dues à l'usure ou à une maladie. En vertu de la présomption instituée par la loi, la SUVA devait donc prester. Subsidiairement, l'assuré contestait que le *statu quo sine* ait été atteint, les douleurs n'ayant jamais cessé depuis l'accident, malgré une infiltration et de la physiothérapie.

o. Le 3 août 2023, la Dre F_____ a maintenu ses précédentes conclusions, arguant que, lors d'un traumatisme de l'épaule avec rupture d'un tendon de la coiffe, les douleurs et l'impotence fonctionnelle sont immédiates. Or, l'assuré n'avait consulté que quatre jours plus tard, alors qu'il travaillait comme chauffeur de poids lourds. La Dre D_____ avait par ailleurs mentionné une douleur à la palpation d'un point précis au niveau de la tête humérale et lors des amplitudes extrêmes, mais aucune impotence ; l'assuré avait d'ailleurs continué à travailler jusqu'à la veille de l'opération. Lors de l'examen du 19 juillet 2022 aux HUG, les amplitudes articulaires étaient quasi normales et les petits déficits étaient dus aux lésions dégénératives, et non à une atteinte traumatique d'un tendon de la coiffe des rotateurs.

p. Par décision du 26 septembre 2023, la SUVA a rejeté l'opposition.

L'événement du 8 décembre 2021 étant constitutif d'un accident, le droit aux prestations de l'assurance-accidents ne devait pas être examiné sous l'angle des lésions assimilées.

La première consultation avait eu lieu quatre jours après l'accident, motivée par des douleurs costales et l'incapacité de travail n'avait duré que jusqu'au 19 décembre 2021, avec une reprise à 100% dans une activité relativement lourde et contraignante pour les épaules. Selon les indications du médecin-conseil, en présence d'une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs d'origine traumatique, l'assuré n'aurait vraisemblablement pas pu poursuivre son activité jusqu'au 12 décembre 2021, durant trois jours ouvrés (les 8, 9 et 10 décembre).

Le Dr E_____ avait constaté des troubles discrets, sans impotence fonctionnelle, ni perte de force majeure, ce qui parlait aussi en faveur des troubles d'origine non traumatique.

Enfin, les examens par imagerie n'avaient pas révélé de fracture ou luxation qui pourraient témoigner d'une rupture tendineuse d'origine traumatique, mais d'autres lésions dégénératives.

- C. a. Par acte du 27 octobre 2023, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en concluant, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise confiée à un médecin chirurgien orthopédiste spécialiste des problématiques de l'épaule, principalement, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser les prestations dues, en particulier les indemnités journalières du 21 octobre 2022 au 2 juin 2023, et prenne en charge ses frais médicaux, le tout sous suite de frais et dépens.

Le recourant allègue que, le 8 décembre 2021, en montant une machine sur le plateau de son camion, il a glissé, fait une chute d'environ 1 m 20, et heurté son épaule droite au sol. Pensant initialement qu'il s'agissait d'une simple chute, il s'est rendu au travail les jeudi 9 et vendredi 10 décembre 2021, mais a constaté que ses douleurs de l'épaule droite ne s'apaisaient pas et que la mobilité de son épaule était très limitée. Il a demandé à son employeuse de conduire un camion automatique. Il explique qu'hormis la conduite, son activité professionnelle n'était pas particulièrement contraignante pour l'épaule, car il portait peu de charges lourdes, spécialement lors de la période de fin d'année. Du fait de la structure de l'entreprise – qui ne comptait que quelques employés – et de la difficulté à organiser des remplacements, il évitait de s'absenter, pour ne pas risquer d'être licencié. Il avait repris le travail le 20 décembre 2021, malgré ses douleurs, l'activité étant ralentie à cette période de l'année, tous les chantiers étant à l'arrêt et les vacances de Noël approchant. L'usage de l'épaule droite n'avait donc pas été indispensable lors de sa courte reprise, du 20 au 23 décembre 2021.

Il s'était ensuite rendu au Portugal pour les fêtes de fin d'année et, constatant que les douleurs à l'épaule droite s'exacerbaient et que sa mobilité ne s'améliorait pas, il avait consulté dans une clinique privée le docteur G_____, qui avait procédé à une échographie, le 4 janvier 2022. À sa reprise de travail, le 17 janvier 2022, le port de charges lourdes, le travail des mains en hauteur et le passage des vitesses étaient encore douloureux, le contraignant à solliciter l'aide de ses collègues et à poursuivre la conduite automatique. Il avait alors consulté le Dr C_____, qui avait suggéré une IRM et évoqué la nécessité d'une opération, qu'il avait souhaité éviter tant que faire se peut, raison pour laquelle une infiltration avait en premier lieu été pratiquée. Face à l'absence d'amélioration, le Dr C_____ l'avait redirigé vers des spécialistes des HUG, qui avaient confirmé la nécessité d'une intervention.

Le recourant conteste que le *statu quo sine* ait été atteint quelques mois après la chute et souligne qu'il se serait fait opérer bien plus tôt s'il n'avait pas rencontré des problématiques liées à son emploi et n'avait pas entendu des échos négatifs au sujet de l'opération.

Il souligne n'avoir jamais consulté de médecin pour des problématiques relatives à son épaule droite avant l'accident.

Le recourant produit le résultat des examens pratiqués au Portugal. Selon le rapport d'échographie du 4 janvier 2022, sur la face articulaire de la moitié antérieure du tendon du supra-épineux, est identifiée une image de rupture en position juxta-insertionnelle, mesurant 6 mm dans le plan coronal et 5 mm dans le plan sagittal, affectant environ un tiers de son épaisseur, sans rétraction myotendineuse. Les autres éléments de la coiffe ne présentent pas d'image de rupture sans équivoque. Une légère distension liquide de la bourse sous acromiale/sous-deltaïdienne ipsilatérale est observée, dont la nature méta-traumatique est évoquée.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 22 novembre 2023, a conclu au rejet du recours.

Elle rappelle que le fait que des troubles se manifestent après la survenance d'un accident ne suffit pas à admettre l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante.

Elle considère que l'avis de la Dre F_____ n'est mis en doute par aucun autre médecin. Elle ajoute que le fait que ce médecin ne soit pas spécialiste en chirurgie orthopédique ou membre FMH ne permet pas de remettre en cause ses conclusions, les médecins de la SUVA étant considérés, selon la jurisprudence, comme des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale.

L'intimée relève que l'adaptation du poste de travail alléguée par le recourant n'est nullement documentée. Elle s'étonne, vu l'importance des douleurs et des limitations fonctionnelles rapportées, que des incapacités de travail, de la physiothérapie ou une médication antalgique n'aient pas été prescrites.

c. Par écriture du 19 janvier 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions et sollicité l'audition du Dr C_____, de son employeur, ainsi que de collègues, afin d'attester des douleurs qu'il présentait après la chute et du suivi médical entrepris, respectivement des aménagements à son poste de travail.

d. En date du 22 août 2024, la Cour de céans a procédé à l'audition des Drs C_____ et E_____.

e. Le 17 septembre 2024, l'intimée a persisté dans ses conclusions et a produit une nouvelle appréciation de la Dre F_____, datée du 11 septembre 2024.

f. Par écriture du 11 octobre 2024, le recourant a conclu à nouveau à la mise en œuvre d'une expertise par un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue spécialiste de l'épaule.

g. Le 17 octobre 2024, l'intimée a persisté dans ses conclusions et contesté la nécessité d'une expertise, les appréciations de son médecin d'assurance étant, selon elle, pleinement probantes.

h. Après avoir donné aux parties l'occasion de s'exprimer sur la mission d'expertise et l'expert qu'elle entendait désigner, la Cour de céans, par ordonnance du 25 juillet 2025 (ATAS/568/2025), a ordonné une expertise, qu'elle a confiée au docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans les considérants de son ordonnance, la Cour a constaté que l'intimée n'avait fait valoir aucun motif de récusation valable, le fait de ne pas disposer d'une « formation en assécurologie » ne pouvant disqualifier d'emblée ce spécialiste de l'épaule.

i. Le Dr H_____ a examiné le recourant le 30 septembre 2025 et rendu son rapport le 8 janvier 2026. En substance, il considère que la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs et l'intervention chirurgicale du 21 octobre 2022 sont en lien de causalité probable avec l'accident.

j. Dans sa détermination du 5 février 2026, l'intimée a maintenu ses conclusions en rejet du recours. Elle conteste la valeur probante du rapport d'expertise, en s'appuyant sur une appréciation de la Dre F_____ du 3 février 2026.

k. Dans ses observations du 19 février 2026, le recourant, se ralliant aux conclusions de l'expert, a conclu notamment à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser les prestations (frais médicaux et indemnités journalières) au moins jusqu'au 2 juin 2023, terme de son incapacité de travail.

l. Le 5 mars 2026, le recourant s'est encore déterminé sur l'écriture de l'intimée du 5 février 2026.

m. À la demande de la Cour de céans, dans un rapport d'expertise complémentaire du 30 avril 2026, le Dr H_____ a répondu aux remarques formulées par la Dre F_____ le 3 février 2026. Il a maintenu ses conclusions.

n. Dans sa détermination du 22 mai 2026, l'intimée, en s'appuyant sur une nouvelle appréciation de la Dre F_____ du 21 mai 2026, a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. Elle soutient que des motifs impérieux justifient de s'écarter des conclusions du Dr H_____ et de mettre en œuvre une nouvelle expertise auprès d'un expert certifié par la SIM.

o. Le 19 mai 2026, le recourant a persisté dans ses conclusions. Selon lui, il convient de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise du 8 janvier 2026 et à son complément du 30 avril 2026.

p. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 25 juillet 2025 ; il suffit d'y renvoyer.
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à sa prise en charge avec effet au 20 octobre 2021, plus particulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 8 décembre 2021 et l'opération du 21 octobre 2022, ainsi que la période d'incapacité de travail postérieure.

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).

L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, contient une liste de lésions corporelles pour lesquelles l'assurance verse également des prestations, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

En l'espèce, l'intimée ne conteste pas – à juste titre – que l'événement du 8 décembre 2021 constitue un accident. Dès lors, le droit aux prestations s'analyse exclusivement en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, même si l'atteinte causée par l'accident est une lésion corporelle énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1 et les références).

3.2 Les prestations que l'assureur-accidents doit prendre en charge comprennent notamment le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA).

En relation avec les art. 10 et 16 LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate

se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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.

3.3 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

3.4 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). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n. U 206 p. 327 consid. 1 et les références).

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 (cf. 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).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

3.6 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

4.

4.1 En l'espèce, le médecin d'arrondissement de l'intimée estime en substance que l'événement du 8 décembre 2021 a tout au plus entraîné une contusion de l'épaule droite ayant décompensé temporairement un état maladif préexistant, mis en évidence par l'IRM du 1^{er} mars 2022. L'historique des incapacités de travail, l'impotence fonctionnelle et les douleurs constatées par la Dre D_____ permettraient de conclure que l'accident n'a pas causé de lésion structurelle et n'a en particulier pas entraîné de rupture de tendon de la coiffe des rotateurs. L'opération du 21 octobre 2022 ne serait ainsi pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident. Le médecin d'arrondissement a par la suite précisé, dans son évaluation du 11 septembre 2024, que chez les sujets de plus de 50 ans, une rupture de la coiffe des rotateurs est fréquemment causée par une détérioration tendineuse progressive, asymptomatique avant d'atteindre le stade de rupture transfixiante ou d'être décompensée par un traumatisme mineur.

Les médecins traitants, de leur côté, entendus par la Cour de céans, privilégient l'origine traumatique de la lésion du supra-épineux, d'une part, parce que le recourant ne s'est jamais plaint de l'épaule droite auparavant et n'exerce pas d'activité professionnelle ou sportive contraignante pour ce membre (Dr C_____), d'autre part, en raison du type de lésion constatée lors de l'intervention chirurgicale et du mécanisme de la chute (Dr E_____).

Vu ces prises de position médicales contradictoires, la Cour de céans s'est trouvée dans l'impossibilité de se déterminer sur les points litigieux et de statuer sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Si le Dr C_____ est en effet affirmatif quant à l'origine traumatique de la tendinite fessuraire, il motive sa réponse par le fait qu'il ne pense pas qu'une telle affection puisse se déclarer autrement et par l'absence de déficit préalable de l'épaule. De telles considérations – essentiellement basées sur un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » insuffisant, selon la jurisprudence, pour établir un lien de causalité naturelle entre un événement accidentel et un état pathologique – n'emportent pas la conviction, vu les explications données par le médecin d'arrondissement concernant le processus dégénératif naturel de l'épaule. Le Dr E_____ a, pour sa part, souligné que l'intervention chirurgicale avait été menée principalement en raison de l'atteinte du sus-épineux et s'est référé au mécanisme de la chute et au type de lésion constatée lors de l'opération pour affirmer que l'atteinte était d'origine traumatique. Il a cependant admis ignorer si le mécanisme accidentel avait consisté en une chute avec choc direct sur l'épaule ou bras tendus en avant, ce qui pouvait avoir une influence sur la question du lien de causalité, celui-ci étant plus facilement admis dans la seconde hypothèse. En outre, alors qu'il a déclaré que l'opération avait montré une rupture totale du sus-épineux, le compte-rendu opératoire fait seulement état d'une rupture quasiment transfixiante. Les algorithmes auxquels il s'est référé pour admettre l'origine traumatique de la lésion n'étaient par ailleurs pas précisés. Quand bien même le Tribunal fédéral a tempéré les effets de la controverse médicale entourant la question de la rupture

du supra-épineux en cas de choc direct sur l'épaule et juge qu'il n'y a pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, mais qu'il convient bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion (arrêts 8C_758/2023 du 8 mai 2024 consid. 3, 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.3 et 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.4), les éléments susvisés ne permettaient pas de retenir que l'opération du 21 octobre 2022 et ses suites étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 8 décembre 2021.

Quant à l'opinion du médecin d'arrondissement, ses arguments tirés de l'absence d'incapacités de travail suivies dans le temps et de limitations fonctionnelles légères les jours ayant suivi l'accident ont été relativisés par les déclarations du Dr C_____, qui a attesté une impotence fonctionnelle lors de sa première consultation, et exposé que des arrêts de travail plus longs auraient été justifiés, mais que le recourant les a refusés. Une telle position concernant l'incapacité de travail du recourant ressort déjà de son rapport d'avril 2023, dans lequel il mentionnait une incapacité totale depuis le 17 décembre 2021. Par ailleurs, le médecin d'arrondissement n'a pas pris en considération l'IRM réalisée peu après l'accident, le 4 janvier 2022. Or, d'après le rapport du Dr G_____, une image de rupture du supra-épineux a alors été identifiée, ainsi qu'une légère distension liquide de la bourse sous-acromiale/sous-deltôïdienne, que le médecin a relevé pouvoir être de nature méta-traumatique. La conclusion de la Dre F_____ selon laquelle l'accident n'aurait pas causé de lésion structurelle n'apparaissait par conséquent pas non plus probante, dès lors que ce médecin se fondait exclusivement sur l'IRM du 1^{er} mars 2022.

La Cour de céans a rappelé que, même si la tendinopathie fissuraire du supra-épineux était, comme l'affirmait le médecin d'arrondissement, d'origine malade et préexistante à l'accident du 8 décembre 2021, il serait néanmoins nécessaire de déterminer si cet événement avait provoqué une aggravation de l'état antérieur et, dans l'affirmative, jusqu'à quand. Tant que le *statu quo sine vel ante* n'était pas atteint, l'assureur-accidents était en effet tenu de verser des prestations. À cet égard, le médecin d'arrondissement a succinctement émis l'avis que le recourant n'avait souffert que d'une contusion de l'épaule ayant temporairement décompensé l'état antérieur, durant une à trois semaines. Outre le fait que cette affirmation pourrait être mise en cause par le résultat de l'IRM du 4 janvier 2022 et semble minimiser les constatations cliniques des médecins ayant examiné le recourant peu après l'accident (les Drs C_____ et D_____ ont tous deux observé des limitations dans les amplitudes de l'épaule et le premier a mentionné une épaule très douloureuse), le médecin d'arrondissement se base sur des données abstraites du guide à la réintégration de l'association suisse des assurances qui ne permettent pas, dans le cas concret, de vérifier la question du *statu quo sine vel ante*. Le

guide précité retient au demeurant des périodes d'incapacité de travail plus longues qu'une à trois semaines en cas d'entorse à la coiffe des rotateurs, notamment en cas de rupture.

La Cour de céans a ainsi constaté que des doutes subsistaient s'agissant de la nature des lésions causées par l'événement du 8 décembre 2021, de leur effet dans le temps, ainsi que du *statu quo ante* ou du *statu quo sine*, qu'il ne lui appartenait pas de lever, puisqu'il s'agissait de questions médicales. Une expertise judiciaire orthopédique a donc été ordonnée, afin de pouvoir statuer sur la question de la causalité naturelle.

4.2 L'expert judiciaire orthopédiste a rendu son rapport le 8 janvier 2026, après avoir examiné le recourant le 30 septembre 2025.

4.2.1 L'expert indique avoir sollicité un second avis concernant l'IRM de l'épaule droite du 1^{er} mars 2022, auprès du docteur I_____, spécialiste en radiologie. Ce dernier, en date du 7 janvier 2026 (dans un rapport séparé), a conclu à une déchirure transfixiante du tendon supra-épineux en regard de son enthèse, sans rétraction du moignon proximal et sans involution graisseuse de la coiffe des rotateurs.

L'expert a retenu, après anamnèse, examen clinique et relecture des imageries et radiographies, les diagnostics suivants, à l'épaule droite : rupture transfixiante du tendon supra-épineux, sans atrophie ou infiltration graisseuse avancée des corps musculaires, tendinopathie non rompue du sous-scapulaire, arthropathie acromio-claviculaire, et bursite sous-acromiale.

Il a mentionné que ces atteintes ont été objectivées à la suite de l'accident du 8 décembre 2021, car le patient n'avait pas rapporté de problématique douloureuse ou fonctionnelle avant cette date. Il en a inféré qu'elles étaient présentes depuis cet épisode.

Il a estimé, concernant la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs, que le lien de causalité avec l'événement du 8 décembre 2021, était probable (plus de 50%), en relevant que l'IRM du 1^{er} mars 2022, réalisée quatre mois après l'accident, mettait en évidence des signes d'une rupture traumatique de la coiffe, à savoir un œdème osseux huméral, une absence d'infiltration graisseuse des muscles ou atrophie musculaire, et un épanchement intra-articulaire. Il précise que ces éléments parlent plutôt en faveur d'un processus traumatique. Le lien de causalité entre l'intervention chirurgicale du 21 octobre 2022 et l'accident est probable (plus de 50%) également. Sans ce traumatisme de l'épaule droite, la probabilité d'une prise en charge chirurgicale de l'épaule droite était vraisemblablement faible, voire nulle, en raison de l'absence de symptôme ou de limitation de fonction avant le 8 décembre 2021. Sur le plan de la temporalité, l'absence d'amélioration faisant suite à l'apparition des douleurs et de la limitation de fonction justifiait la prise en charge chirurgicale de la lésion transfixiante post-traumatique de la coiffe des rotateurs.

L'expert a ajouté que, pour l'ensemble des diagnostics susmentionnés, le patient avait progressivement récupéré le *statu quo ante vel sine* entre six mois et un an post-opération, soit entre avril et octobre 2023.

4.2.2 Le 3 février 2026, la Dre F_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, a pris position sur le rapport d'expertise précité.

Elle soutient que l'œdème osseux huméral, retrouvé au niveau de la tête de l'humérus, décrit par le Dr I_____, ne peut pas être différencié d'une contusion de l'épaule avec contusion osseuse chez le recourant. La présence de cet œdème osseux, respectivement d'une contusion osseuse, témoigne d'une contusion de l'épaule, mais pas d'une traction sur le tendon du sus-épineux et que l'expert ne s'est pas exprimé sur ce point.

Elle explique qu'un choc direct ne peut pas entraîner une rupture de tendon, sauf s'il y a une luxation de l'épaule, ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence. Toutefois, un choc direct peut occasionner une contusion avec contusion osseuse, telle que visible sur l'IRM au niveau de la tête de l'humérus.

Elle émet l'avis que si l'assuré avait présenté une déchirure traumatique de la coiffe des rotateurs le 8 décembre 2021, il n'aurait pas pu reprendre une semaine plus tard son activité professionnelle de chauffeur poids lourd, qui nécessite l'utilisation des deux bras, même avec une direction assistée.

Elle expose que, selon la grille d'évaluation figurant dans Infoméd/Medinfo n° 2021/1 – qui permet d'évaluer la présence d'une déchirure traumatique ou dégénérative de l'épaule et que l'expert n'a pas appliquée –, en-dessous de 40 ans, une rupture d'un tendon de la coiffe des rotateurs est essentiellement traumatique, alors qu'au-delà de cet âge, elle est plutôt dégénérative.

Elle reproche à l'expert de ne pas avoir abordé le fait que plusieurs tendons de l'assuré étaient atteints. Dans son rapport du 7 janvier 2026, le radiologue a mentionné : « présence de multiples géodes sur le versant postérolatéral de la tête humérale et antérolatérale (...). Pas de déchirure évidente du labrum. Amincissement du cartilage avec chondropathie de grade II en rapport avec l'âge du patient (...) ». La Dre F_____ constate que l'expert n'évoque pas cette atteinte de la tête de l'humérus, qui correspond à une arthrose, et la chondropathie de grade II en lien, pour le radiologue, avec l'âge du patient. Cela suggère qu'à 50 ans, il est fort probable d'avoir des lésions dégénératives, de la tête de l'humérus, ainsi que des tendons de la coiffe des rotateurs.

Elle ajoute que le radiologue a également noté : « présence d'une déchirure partielle du tendon du supra-épineux sur sa face articulaire atteignant moins de 50% de l'épaisseur du tendon avec une composante transfixiante en regard de l'insertion (tiers postérieur du tendon). Absence de déchirure du tendon de l'infra-épineux, aspect œdématié de sa partie supérieure (...). Le tendon du long chef du biceps est en place dans sa gouttière, pas d'anomalie de signal de son trajet horizontal dans l'intervalle des rotateurs. Le tendon du subscapulaire est

œdématisé dans son tiers supérieur évoquant une tendinopathie, sans déchirure visualisée (...) ». La Dre F_____ en tire la conclusion que les tendons présentaient bel et bien des atteintes dégénératives avec présence de tendinopathie puisqu'ils étaient œdématisés.

Elle relève que le radiologue fait état de l'absence d'involution graisseuse ou d'atrophie de la musculature de la coiffe des rotateurs en précisant : « Goutallier 0 à 1 ». Elle explique que le stade Goutallier 0 montre l'absence d'infiltration graisseuse du muscle, tandis que le stade 1 révèle une infiltration graisseuse. Lorsque le muscle travaille moins, les fibres musculaires ont tendance à moins travailler et à laisser place à de la graisse. En l'espèce, le volume du muscle sus-épineux apparaissait diminué de volume, mais le radiologue n'en a pas parlé. De plus, selon la Dre F_____, l'involution graisseuse de Goutallier sert à déterminer s'il s'agit d'une lésion ancienne ou récente, non si elle est dégénérative ou traumatique. L'absence d'infiltration graisseuse ne signifie pas qu'il s'agit *de facto* d'une lésion traumatique.

Enfin, la Dre F_____ conteste la conclusion de l'expert selon laquelle le *statu quo ante vel sine* aurait été atteint dans un délai de six à douze mois post-opératoires, soit entre avril et octobre 2023, arguant qu'en cas d'opération, on ne peut pas retrouver l'état du tendon tel qu'il était avant l'événement. Elle explique que si une lésion structurelle nécessite une intervention chirurgicale, il faut alors se prononcer sur la stabilisation de l'état de santé et d'éventuelles limitations fonctionnelles persistantes. Elle considère que l'expert méconnaît les notions médico-assécurologiques.

4.2.3 À la demande de la Cour de céans, dans un rapport complémentaire du 30 avril 2026, l'expert judiciaire a répondu aux remarques de la Dre F_____. Il a pour le surplus maintenu ses conclusions.

L'expert admet que l'œdème osseux retrouvé au niveau de l'humérus proximal sur l'IRM du 1^{er} mars 2022 ne peut pas être différencié d'une contusion osseuse. Il remarque cependant qu'une contusion osseuse peut être mise en évidence lors de lésions de la coiffe des rotateurs qui sont traumatiques. En s'appuyant sur la littérature médicale portant sur les épaules, il indique qu'un œdème osseux du tubercule majeur dans un contexte traumatique peut être secondaire à une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs. L'œdème osseux est dû à des forces de traction de la coiffe des rotateurs sur l'os, notamment du supra-épineux et du sous-scapulaire. Il ajoute que de nombreuses études radiologiques ont tenté d'apporter des critères de différenciation entre lésions traumatiques et lésions chroniques de la coiffe des rotateurs, tant le lien de causalité est parfois difficile à établir, les patients présentant habituellement une combinaison de lésions dégénératives avec une lésion traumatique surajoutée à la suite d'un accident. Il précise que l'œdème tendineux et musculaire est l'un des signes permettant de faire la distinction entre lésions traumatiques et chroniques. Il relève que, lors de la relecture de l'IRM du 1^{er} mars 2022, le radiologue a retrouvé un aspect

œdématisé des tendons de la coiffe des rotateurs postéro-supérieurs, ainsi que de la partie haute du sous-scapulaire. Cela renforce le lien de causalité avec une cause traumatique, tout comme l'absence d'atrophie ou d'infiltration graisseuse du corps musculaire de la coiffe des rotateurs, qui permet également de différencier les lésions traumatiques des lésions chroniques.

L'expert conteste l'affirmation de la Dre F_____ selon laquelle un choc direct ne peut entraîner une rupture du tendon, excepté s'il y a une luxation de l'épaule. Se référant à une revue américaine, il déclare qu'une simple chute avec traumatisme de l'épaule, sans luxation, peut être à l'origine d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs. Il ajoute que le groupe d'expert suisse en chirurgie de l'épaule et du coude confirme qu'un choc direct sur l'épaule, sans réception sur le membre supérieur en extension, est apte à générer une lésion transfixiante.

L'expert fait remarquer que la « grille d'évaluation médicale ciblée après traumatisme de l'épaule, cause des lésions isolées de la coiffe des rotateurs et leur diagnostic médical d'assécurologie », disponible sur le site de l'Association suisse d'assurances, ne constitue pas un outil d'utilisation clinique ou régulière dans l'évaluation des lésions de la coiffe des rotateurs, d'autant moins dans le cadre d'une expertise. Cette grille sert d'outil au premier médecin traitant, aux différents spécialistes des services d'urgence et aux collaborateurs des compagnies d'assurance afin « d'établir les premiers documents du dossier médical », raison pour laquelle il ne s'y est pas référé. Il précise toutefois avoir fait mention dans ses rapports des données de la littérature actuelle et existante sur lesquelles se fonde cette grille d'évaluation. Il observe d'ailleurs à sa lecture que quelques critères à pondération « fortes » en faveur d'un traumatisme sont retrouvés dans le cas d'espèce (rupture tendineuse avec œdème, absence de rétraction tendineuse ou d'infiltration graisseuse).

L'expert souligne que la relecture de l'IRM du 1^{er} mars 2022 par le Dr I_____, radiologue, a été nécessaire au vu de l'absence de caractérisation concrète de la lésion faite par le docteur J_____, le premier radiologue ayant interprété cette IRM. Il précise que le Dr I_____ a procédé à la relecture de cette imagerie de manière indépendante et objective, et estime qu'il convient de se fier à l'analyse effectuée par un spécialiste de la radiologie.

L'expert conteste ensuite également que les lésions de la coiffe des rotateurs chez les patients de plus de 50 ans soient essentiellement traumatiques. Il a simplement mis en évidence, à l'instar du Dr I_____, la présence de lésions dégénératives associées, soit des lésions classiquement retrouvées chez un patient de 55 ans, travailleur de force. Il rappelle que plusieurs éléments anamnestiques et radiologiques témoignent spécifiquement du caractère traumatique de la rupture de la coiffe des rotateurs en l'occurrence, tels que l'œdème osseux, l'œdème tendineux, l'absence de rétraction et l'absence d'infiltration graisseuse. Ces éléments confirment selon lui la causalité avec le traumatisme, à l'inverse de la

chondropathie humérale ou acromio-claviculaire, qui sont des atteintes dégénératives distinctes.

L'expert constate que la Dre F_____ évoque, concernant la possibilité d'une enthésopathie chronique, l'éventualité d'une atteinte chronique inflammatoire (spondylarthropathies ou polyarthrites) que le patient ne présente pas, ou d'une atteinte chronique mécanique, avec des douleurs mécaniques en lien avec une surutilisation des tendons ou des chocs/micro chocs répétés. Or, l'absence de douleurs ou de limitations préexistantes au traumatisme exclut l'hypothèse d'une enthésopathie chronique, inflammatoire ou mécanique. L'œdème, en revanche, est un critère permettant de distinguer une lésion traumatique d'une atteinte dégénérative.

L'expert explique que l'absence d'atrophie musculaire et l'absence d'infiltration graisseuse, sont des critères employés en clinique pour « dater une lésion » et évaluer sa réparabilité. Un muscle s'infiltré de tissu graisseux à défaut de réparation après plusieurs mois. L'IRM du recourant témoigne d'une absence d'atrophie musculaire ou d'infiltration graisseuse, traduisant donc le caractère récent de l'atteinte. Cela corrobore l'atteinte traumatique, en combinaison avec les autres signes détaillés précédemment sur l'IRM.

Concernant le *statu quo ante* et *quo sine*, l'expert indique avoir répondu à la question qui lui était posée. Il est admis que le résultat de la prise en charge chirurgicale d'une lésion de la coiffe des rotateurs est atteint entre six à douze mois post-opératoires selon le type de lésion. Sur la base de l'anamnèse du patient et des données scientifiques récentes, il répète que l'état du patient s'est stabilisé entre six et douze mois post-opératoires. Il ajoute que la *Subjective Shoulder Value* (SSV), moyen simple d'évaluer l'épaule d'un patient, était estimée à 95% par ce dernier lors de l'entretien du 30 septembre 2025, contre 30% après l'accident. En termes de limitations, était constatée une force à 25.9 ibs du côté opéré, contre 30 ibs du côté controlatéral.

4.2.4 Le 21 mai 2026, la Dre F_____ a une nouvelle fois contesté le fait que la présence ou non d'infiltration graisseuse permette de distinguer une lésion traumatique d'une atteinte chronique. Elle expose que l'infiltration graisseuse permet uniquement de déterminer si une lésion est ancienne ou récente.

Elle reproche à l'expert de n'avoir pas abordé le fait que le muscle du sus-épineux ne remplissait pas la fosse et que l'atrophie musculaire était proche d'un grade 2. Selon elle, l'IRM du 1^{er} mars 2022 démontre que le muscle sus-épineux ne fonctionnait plus normalement depuis un certain temps déjà. Le fait qu'il n'occupait plus complètement sa loge signifie qu'il avait perdu du volume, ce qui implique une atrophie musculaire et traduit une souffrance chronique du tendon et du muscle. Même en l'absence d'infiltration graisseuse majeure, cet aspect constituerait déjà un signe objectif de mauvaise fonction chronique de la coiffe des rotateurs plaidant en faveur de lésions dégénératives préexistantes et

anciennes, évoluant progressivement dans le temps, plutôt qu'en faveur d'une rupture traumatique aiguë récente apparue brutalement à la suite de l'événement annoncé.

La Dre F_____ revient également sur la grille d'évaluation précédemment évoquée, arguant que les critères y figurant correspondent aux éléments régulièrement analysés par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence relative aux ruptures de la coiffe des rotateurs (mécanisme vulnérant, plaintes initiales, constatations cliniques et radiologiques précoces, existence d'éléments dégénératifs préexistants, atrophie musculaire, infiltration graisseuse, cohérence chronologique globale du tableau clinique).

Elle s'étonne une fois encore que l'assuré ait pu reprendre son activité professionnelle de chauffeur poids-lourd une semaine seulement après une lésion présumée traumatique d'un tendon de la coiffe des rotateurs, que lors de la consultation des HUG du 12 août 2022, les amplitudes articulaires aient été quasi normales et que, d'après les radiographies réalisées ce même jour, le *Critical Shoulder Angle* mesuré ait été de 38°, donnée qui témoigne, selon la littérature, d'une prédisposition aux lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs.

Elle rappelle que, dans son rapport d'IRM du 1^{er} mars 2022, le premier radiologue indiquait : « Le muscle du supra-épineux est de forme normale, de signal conservé et son tendon est de signal hyperintense en suppression de la graisse s'étendant sur 20 mm de longueur traduisant une tendinopathie fissuraire. Signal discrètement hyperintense du tendon du sous-scapulaire traduisant une tendinose. Pincement de l'espace articulaire acromio-claviculaire avec kyste synoviaux et discret œdème traduisant une arthropathie de surcharge. Discrète dégénérescence kystique de la tête humérale avec œdème intraspongieux de la grosse tubérosité humérale ». Selon elle, cette description démontre que l'assuré présentait des lésions dégénératives et qu'il n'y avait pas de lésion traumatique démontrée. L'échographie effectuée le 16 mars 2022 mettait également en évidence un tendon du supra-épineux de structure hypoéchogène évoquant une tendinopathie fissuraire.

Selon elle, le Dr I_____ a procédé à une réinterprétation de l'IRM en concluant à une « déchirure transfixiante du tendon du supra-épineux en regard de son enthèse, sans rétraction du moignon proximal et sans involution graisseuse de la coiffe des rotateurs », sans se prononcer sur l'atrophie du muscle sus-épineux dans sa loge, ni mentionner le *Critical Shoulder Angle* à 38°. Elle soutient que les déchirures au niveau des entheses sont dégénératives d'après un article intitulé « Prise en charge des ruptures de la coiffe des rotateurs » publié dans la Revue Médicale Suisse.

Elle reproche également à l'expert de confondre stabilisation de l'état de santé et *statu quo ante* ou *sine*.

Elle soutient que la *Subjective Shoulder Value* est une échelle subjective et ne permet pas de tirer de conclusions quant à l'origine des lésions.

Elle allègue que l'hypothèse d'une origine traumatique chez les patients de moins de 60 ans, y compris dans des situations de simple choc direct sur l'épaule, sans transmission de force par le membre supérieur, ne fait pas l'objet d'un consensus scientifique unanime dans la littérature spécialisée sur les lésions de la coiffe des rotateurs. Selon elle, pour qu'un tendon se déchire, il faut une force de traction dessus. Elle estime que l'expert n'explique pas de manière convaincante, sur le plan biomécanique, comment une simple chute avec choc direct contre le moignon de l'épaule ayant entraîné une contusion pourrait provoquer une déchirure transfixiante d'un tendon de la coiffe des rotateurs, sans mise en tension du membre supérieur. Or, le recourant n'a jamais décrit ni tentative d'amortissement de la chute par le membre supérieur, ni mécanisme de traction susceptible d'avoir soumis les tendons à des contraintes dépassant leur résistance mécanique.

4.2.5 La Cour de céans observe que les conclusions de l'expert judiciaire, fondées sur l'anamnèse, les pièces médicales au dossier, les indications subjectives du recourant, les observations cliniques et la littérature médicale, sont bien motivées. Le rapport d'expertise judiciaire du 8 janvier 2026 et son complément du 30 avril 2026 remplissent ainsi formellement les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Certes, une partie de l'argumentation de l'expert judiciaire – en tant qu'elle retient l'absence de douleurs et de limitations avant l'accident – contient des éléments de raisonnement de type *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne suffit pas à conclure à l'existence d'un lien de causalité.

Cela étant, l'expert judiciaire a retenu, sur la base de la relecture de l'IRM de l'épaule droite du 1^{er} mars 2022 à laquelle a procédé le Dr I_____, radiologue, notamment le diagnostic de rupture transfixiante du tendon supra-épineux, sans atrophie ou infiltration graisseuse avancée des corps musculaires, et expliqué que plusieurs éléments médicaux témoignent du caractère traumatique de cette lésion.

Tout d'abord, la seule circonstance que l'expert judiciaire et ce radiologue exercent dans le même institut n'autorise pas à les croire incapables d'agir avec neutralité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_1058/2010 du 1^{er} juin 2011 consid. 4.6), d'autant moins qu'ils travaillent dans deux services différents, le premier en orthopédie, le second en radiologie.

Ensuite, il ne ressort pas de la jurisprudence fédérale qu'un traumatisme consistant en un choc direct sur l'épaule ne serait jamais de nature à causer une lésion de la coiffe des rotateurs. Cette question fait l'objet d'une controverse médicale. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs convenu qu'il n'y avait pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité et qu'il convenait bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence

et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante (arrêt 8C_758/2023 du 8 mai 2024 consid. 3). C'est précisément ce qu'a fait l'expert, en premier lieu dans son rapport d'expertise, mais également dans le complément à celui-ci, en répondant aux arguments avancés par le médecin d'arrondissement.

Ainsi, l'expert judiciaire a admis que l'épaule droite du recourant présentait un état dégénératif antérieur. Il a toutefois souligné que la présence d'un œdème osseux huméral, l'absence d'infiltration graisseuse des muscles ou atrophie musculaire, ainsi que l'épanchement intra-articulaire étaient des éléments plaidant en faveur de l'origine traumatique de la rupture du tendon. C'est dès lors en vain que le médecin d'arrondissement de l'intimée tente de substituer à des constats médicaux probants sa propre appréciation, en méconnaissance du fait que l'atteinte à la santé est imputable, en partie, à l'événement accidentel. Compte tenu des éléments médicaux relevés et discutés par l'expert, traduisant le caractère accidentel de l'atteinte, l'âge du recourant ou le fait qu'il ait pu reprendre son emploi une semaine après l'événement ne sont pas décisifs. D'autant que l'intéressé a déjà expliqué les circonstances/motivations (période creuse, vacances, véhicule automatique) qui lui avaient permis de reprendre le travail malgré tout.

Qui plus est, un lien de causalité partielle suffit pour que l'assureur-accidents preste.

4.2.6 Il convient encore de déterminer la date à laquelle le *statu quo sine vel ante* a été atteint.

L'expert judiciaire expose que le *statu quo sine* a été atteint six à douze mois après l'opération chirurgicale du 21 octobre 2022, soit entre avril et octobre 2023. Étant donné que le recourant a repris son emploi à plein temps le 3 juin 2023, la Cour de céans admet, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à l'épaule droite du recourant a disparu le 3 juin 2023.

Contrairement à ce qu'affirme le médecin d'arrondissement de l'intimée, la question du *statu quo sine vel ante* est pertinente, même si le recourant a subi une intervention chirurgicale le 21 octobre 2022.

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

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

En particulier, en cas d'atteinte d'origine en partie accidentelle de la coiffe des rotateurs de l'épaule traitée chirurgicalement, comme en l'occurrence, la date à laquelle un *statu quo sine* peut être établi fait l'objet d'une analyse pour déterminer le droit aux prestations d'assurance (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_675/2023 du 22 mai 2024 consid. 4.4 ; 8C_497/2023 du 22 mai 2024 consid. 6.4).

Enfin, à toutes fins utiles, la Cour de céans relèvera que le fait que l'expert judiciaire ait considéré que l'intervention du 21 octobre 2022 était due à une séquelle tardive (plutôt qu'à une rechute) de l'accident ne remet pas en cause ses compétences scientifiques. En effet, les prestations d'assurance sont allouées tant en cas de rechutes que de séquelles tardives (art. 11 OLAA), pour autant que le lien de causalité soit admis, ce qui est le cas en l'occurrence.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, comme le sollicite la Dre F_____, dont on peut s'attendre à ce qu'elle continue quoi qu'il en soit à contester toute nouvelle expertise dont les conclusions iraient à l'encontre des siennes.

5. En conséquence, le recours est admis et la décision sur opposition du 26 septembre 2023 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour prise en charge du traitement médical et versement des indemnités journalières au-delà du 20 octobre 2022, jusqu'au 2 juin 2023.

Le recourant, représenté par une avocate et obtenant gain de cause, une indemnité lui est 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 3'500.-.

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.
3. Annule la décision sur opposition du 26 septembre 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour la prise en charge du traitement médical et le versement des indemnités journalières du 21 octobre 2022 au 2 juin 2023.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens, 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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