

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3678/2025

ATAS/982/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 11 décembre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Alexia RAETZO et Me Adrien RENAUD,  
avocats

contre

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

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

## **EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1965, a été victime d'un accident, en date du 20 janvier 2025.
- b.** Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA remplie par son employeur, les Transports publics genevois (ci-après : TPG), l'assuré se trouvait chez lui et était sur le point de s'asseoir sur un tabouret, lorsque celui-ci avait glissé ; l'assuré avait chuté en arrière et était tombé lourdement sur son bras droit, ce qui avait causé une déchirure totale du tendon. Il était précédemment en arrêt de travail, suite à un accident professionnel survenu le 24 décembre 2024, lors duquel il était tombé dans un bus, durant son travail, et s'était blessé au pied gauche et à son bras droit. Dès lors qu'il était déjà en arrêt de travail à 100% et ce jusqu'au 10 février 2025, son arrêt de travail s'était poursuivi.
- c.** Par courrier du 27 février 2025, la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA) a confirmé qu'elle allait prester pour les suites de l'accident non professionnel du 20 janvier 2025.
- d.** Une IRM de l'épaule droite a été effectuée auprès de l'institut B\_\_\_\_\_, en date du 10 février 2025. Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a rédigé un rapport d'imagerie du 10 février 2025, sur bilan de rupture de la coiffe des rotateurs et a constaté une déchirure transfixiante complète de l'insertion du tendon du supra épineux et de l'infra épineux, une déchirure transfixiante de l'insertion du faisceau supérieur et moyen du tendon du subscapulaire et une luxation médiale du tendon du long chef du biceps, sans déchirure décelable.
- e.** Dans un rapport médical du 13 mars 2025, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, notamment en chirurgie de l'épaule et du coude et médecin du sport, privat-docent auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'Hôpital de la Tour, a exposé que, lors de l'accident de bus du 24 décembre 2024, l'assuré était parti en avant alors qu'il se tenait à la barre, ce qui avait occasionné des douleurs à l'épaule droite. L'IRM montrait une lésion massive de la coiffe des rotateurs et le médecin proposait une réparation de celle-ci, sous arthroscopie.
- f.** À plusieurs reprises, le patient s'est plaint auprès de la SUVA de ce que cette dernière n'avait pas donné son accord à une opération chirurgicale ; la SUVA a expliqué qu'elle n'était pas en possession de tous les éléments lui permettant de se déterminer et notamment que l'imagerie médicale ne lui avait pas encore été transmise dans son intégralité.
- g.** La médecin-conseil de la SUVA, la docteure E\_\_\_\_\_, médecin praticien, a rendu une appréciation brève, datée du 4 juin 2025, dans laquelle elle a considéré que l'intervention chirurgicale qui était prévue n'était pas indiquée médicalement,

comme le retenait le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), dans sa consultation du 8 avril 2025, car en raison de l'atteinte massive et de légers signes d'amyotrophie, les probabilités de succès d'une réinsertion de la coiffe étaient diminuées. De surcroît, le médecin-conseil estimait que les lésions présentées par l'assuré au niveau de son épaule droite n'étaient pas en lien de causalité, pour le moins probable, avec l'événement incriminé car, suite à la chute du 20 janvier 2025, il n'avait présenté qu'une tuméfaction de l'épaule droite et un hématome dans sa partie antéroinférieure, comme cela ressortait du rapport de consultation du 3 mars 2025, rédigé par le médecin traitant de l'assuré, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. De surcroît, l'assuré avait déjà mentionné des douleurs à son épaule droite, lors de l'avènement du 24 décembre 2024 ; enfin, il était fait mention d'une dégénérescence graisseuse Goutallier de type II, du supra et de l'infra épineux.

**h.** Par courrier du 5 juin 2025, la SUVA a informé l'Hôpital de la tour qu'elle refusait de prendre en charge l'intervention qui avait été prévue le 18 mars 2025 car, selon son service médical, il n'y avait pas de lien de causalité avec le sinistre déclaré et ladite intervention n'était donc pas médicalement justifiée.

**i.** Informé du refus de prise en charge, l'assuré a contacté la SUVA et a contesté le refus.

**B. a.** Par décision du 11 juin 2025, la SUVA a informé l'assuré que, selon l'appréciation de son service médical, les troubles persistant actuellement au niveau de l'épaule droite n'avaient plus aucun lien avec l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été, sans l'événement du 20 janvier 2025, pouvait être considéré comme atteint depuis le 8 avril 2025 au soir, au plus tard. Partant, le cas allait être clôturé au 12 juin 2025, ce qui mettait fin aux prestations d'assurance, à savoir le versement des indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement.

**b.** Par courrier du 11 juillet 2025, le syndicat du personnel des transports, agissant pour le compte de l'assuré, s'est opposé à la décision du 11 juin 2025. L'appréciation de la SUVA était contestée, il était allégué que les troubles de l'épaule droite de l'assuré étaient en lien de causalité avec l'accident du 20 janvier 2025, ce qui ressortait, notamment, des rapports médicaux du Dr G\_\_\_\_\_. À titre principal, il était conclu à ce que la décision contestée soit annulée, que les prestations d'assurance continuent d'être versées et que les frais de l'opération chirurgicale, désormais reportée au 30 juillet 2025, soient pris en charge par la SUVA.

**c.** Dans un rapport médical du 15 juillet 2025 transmis par le représentant de l'assuré à la SUVA, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que les appréciations du médecin-conseil de la SUVA démontraient une méconnaissance totale du problème actuel.

Selon le médecin, il n'était pas possible de différencier les conséquences de l'accident du 24 décembre 2024 et de la chute du 20 janvier 2025 ; l'IRM démontrait une lésion massive de la coiffe, avec présence d'un œdème musculaire de rétraction au niveau de ses muscles, ce qui était le signe d'une lésion récente ; les lésions qui apparaissaient actuellement ne se retrouvaient généralement que dans des cas traumatiques, avec un arrachement du substrat scapulaire et des lésions de la coiffe aussi massives, ne permettaient généralement pas une utilisation normale du bras. Partant, il était normal de proposer une prise en charge chirurgicale afin de restaurer une épaule fonctionnelle car les résultats d'une telle intervention restaient largement meilleurs qu'un traitement conservateur qui ne permettrait plus une utilisation fonctionnelle du bras et amènerait, dans les prochaines années, à une omarthrose excentrée, nécessitant la mise en place d'une prothèse inversée, avec des résultats mitigés.

**d.** Suite à l'opposition de l'assuré, la médecin-conseil H\_\_\_\_\_ a rendu une appréciation médicale détaillée, en date du 16 septembre 2025. L'ensemble des pièces médicales était décrit après quoi la médecin-conseil considérait, contrairement à l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, que l'on pouvait distinguer les deux événements dès lors que celui du 24 décembre 2024 n'avait entraîné aucune atteinte traumatique au niveau de l'épaule droite, car l'assuré se plaignait d'une douleur au niveau du trapèze et la fonction de l'épaule était parfaitement normale. Suite à la chute du 20 janvier 2025, les douleurs étaient apparues de manière progressive et non immédiate et, selon les appréciations du Dr G\_\_\_\_\_, l'assuré présentait déjà des douleurs de bas grade, au niveau de son épaule droite, depuis un accident précédent. Les lésions présentées par l'assuré, au niveau de la rupture massive des tendons de la coiffe des rotateurs, étaient des lésions anciennes, ce qui était démontré par l'infiltration graisseuse qui apparaissait au fil du temps ; ainsi, l'infiltration graisseuse de stade II n'apparaissait généralement qu'après deux ou trois ans, sauf s'il y avait une rupture massive associée au niveau du supra et de l'infra épineux. La présence de signes de rétraction ainsi que l'infiltration graisseuse de stades I et II démontraient que les lésions n'avaient pas pu être provoquées, ni par la chute du 20 janvier 2025, ni par l'événement du 24 décembre 2024. En conclusion, la médecin-conseil considérait, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la chute du 20 janvier 2025 n'avait engendré strictement aucune atteinte structurelle au niveau de l'épaule droite, mais uniquement une contusion simple. La chute du 20 janvier 2025 avait uniquement aggravé/décompensé un état dégénératif préexistant de l'épaule droite, tel que cela ressortait sur l'IRM du 10 février 2025. Suite à la consultation aux HUG du 20 février 2025 avec le Dr F\_\_\_\_\_ et la 2<sup>e</sup> consultation du 8 avril 2025, il n'y avait plus de séquelles de la chute incriminée à cette date, ce qui expliquait la raison pour laquelle il n'avait pas été retenu d'indication opératoire.

**e.** Par décision sur opposition du 18 septembre 2025, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa précédente décision du 11 juin 2025, pour

les motifs déjà exposés. De surcroît, l'effet suspensif d'un éventuel recours contre la décision était retiré.

**C. a.** Par acte de son conseil, posté en date du 20 octobre 2025, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 18 septembre 2025, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). À titre provisionnel, l'assuré a conclu à ce que l'effet suspensif du présent recours lui soit restitué puis, principalement, à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il soit constaté que ses troubles de l'épaule étaient en lien de causalité avec les accidents des 24 décembre 2024 et 20 janvier 2025 et qu'il avait donc droit à des prestations LAA, au-delà du 12 juin 2025 ; il était également conclu à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser les prestations LAA au-delà du 12 juin 2025, ainsi que les indemnités journalières, avec intérêts moratoires de 5% l'an, dès le 12 juin 2025, à ce que la SUVA soit condamnée à prendre en charge les soins médicaux, y compris l'opération de l'épaule qui avait eu lieu le 30 juillet 2025, avec intérêts moratoires à 5% l'an, dès le 12 juin 2025 et enfin, à ce qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) lui soit octroyée, le tout sous suite de frais et dépens. Dans les grandes lignes, l'assuré reprenait l'argumentation déjà développée au niveau de l'opposition, considérant que les rapports de ses médecins traitants démontraient, à satisfaction de droit, le lien de causalité entre les troubles à son épaule droite et les événements de décembre 2024 et janvier 2025.

**b.** Par réponse du 5 novembre 2025, la SUVA a conclu au rejet de toutes les conclusions de l'assuré. Sur les mesures provisionnelles, la SUVA a considéré que l'intérêt de l'administration était prépondérant puisque, dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations l'emportait sur celui de la personne assurée. S'agissant de la situation économique générale de l'assuré et les éventuels résultats d'une mesure d'exécution forcée destinée à obtenir le remboursement des prestations versées, la SUVA alléguait qu'elle manquait d'informations. Sur le fond, la SUVA se fondait sur l'appréciation médicale de la Dre H\_\_\_\_\_ qui avait relevé l'existence de versions contradictoires de la chute, l'assuré ayant d'abord fait valoir des douleurs dans la zone de l'humérus, après quoi des douleurs étaient apparues progressivement dans l'épaule. De surcroît, l'assuré souffrait de problématiques dégénératives qui pouvaient expliquer les lésions constatées, notamment quant à l'infiltration graisseuse au stades I et II. Enfin, l'argument selon lequel le recourant n'avait jamais souffert d'atteinte à son épaule avant le sinistre, ne pouvait pas être retenu car uniquement fondé sur l'adage « *post hoc ergo propter hoc* ».

**c.** Un délai échéant au 2 décembre 2025 a été fixé au recourant pour répliquer. Ce dernier a demandé, par courrier du 28 novembre, reçu le 1<sup>er</sup> décembre 2025, que le délai pour répliquer soit prolongé jusqu'au 16 février 2026, en raison d'un

surcroît de travail et parce que l'assuré était en attente de pièces complémentaires qu'il voulait produire à l'appui de la réplique.

**d.** En raison des considérants qui suivent dans la partie « en droit », l'affaire a été gardée à juger.

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

## **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).

L'assuré est domicilié en France ; à teneur de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

L'employeur de l'assuré ayant son siège dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente pour juger du cas d'espèce.

**1.2** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **2.** Le litige porte sur le refus de l'intimé de continuer à prendre en charge, au-delà du 12 juin 2025, les frais et indemnités liés aux troubles de l'épaule droite du recourant.

**2.1** 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).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit, qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

**2.2** 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.** L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident 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 LPGGA). 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, un facteur extérieur à l'origine 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).

Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur, soit une cause exogène au corps humain. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1). Le caractère extraordinaire ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Celui-ci doit s'écarter de la mesure ordinaire et normale dans laquelle les influences de l'environnement agissent sur le corps humain (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.2 et la référence).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement. Ainsi, dans son arrêt 8C\_24/2022 du 20 septembre 2022, le Tribunal fédéral a nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main. Cette action n'avait rien d'inhabituel, même si elle s'était produite avec la partie avant du pied et non avec toute la surface du pied sur la marche. L'affaissement du talon sur la marche inférieure ne dépassait pas le cadre de ce à quoi on pouvait s'attendre dans la situation initiale et ne constituait pas un incident particulier. En outre, l'assuré n'avait pas allégué qu'il n'aurait pas vu un pas, qu'il aurait perdu l'équilibre ou qu'il aurait marché dans le vide sans support. Il n'avait pas non plus fait valoir que la configuration de l'escalier aurait été particulière ou qu'il se serait trouvé dans un état particulier (par ex. humide ou verglacé) en raison d'influences environnementales. Malgré l'atteinte à la santé qui s'était produite (rupture partielle du tendon d'Achille), le seul abaissement du talon lors de la montée quotidienne d'un escalier, sans autre perturbation, ne remplissait ainsi pas les exigences relatives au facteur extérieur indispensable à l'affirmation de la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références).

Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise ; autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier. À titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur, d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe », ou encore dans le cas d'un skieur dans un

champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol. En revanche, il a été nié dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule. Il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute « ratée » en arrière lors d'un entraînement de Ju-jitsu, le fait qu'elle a roulé non pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque ne constituant pas un mouvement sortant de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport. Le Tribunal fédéral a également conclu à l'absence de facteur extraordinaire dans les cas suivants : une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, pendant une séance de « *nordic walking* » en extérieur ; un assuré qui s'est blessé à la nuque en effectuant une roulade en avant durant une leçon de gymnastique ou en exécutant de manière légèrement imparfaite une figure de gymnastique ou un autre mouvement dans l'exercice d'un sport (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.3 et les références).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2.a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4).

#### 4.

**4.1** Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

**4.2** 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 cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prester de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références).

Le simple fait que l'assuré ait exercé une activité inadaptée aux atteintes à la santé d'origine accidentelle n'est pas suffisant pour nier le lien de causalité avec les troubles qui en résultent. Autre est la question de savoir si l'on peut exiger de lui qu'il y mette fin et dans quelle mesure cela peut entraîner une amélioration de son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et les références).

## 5.

**5.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale)

supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

**5.2** 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 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).

**5.3** Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.4** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

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

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).

**5.5** Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

**5.6** 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 (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

**5.7** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

- 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).
- 7.** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci

comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). 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). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n. UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

8. 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).

**9.**

**9.1** En l'espèce, le recourant considère, en se fondant sur les appréciations de ses médecins traitants, qu'il existe un lien de causalité entre les accidents de décembre 2024 et janvier 2025 et les troubles à son épaule droite.

L'intimée, en revanche, estime, selon les appréciations de sa médecin-conseil, qu'un tel lien de causalité n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'elle n'est donc pas tenue de prêter pour les troubles de l'épaule droite de l'assuré, estimant que ces derniers sont liés à une situation dégénérative et non pas à un événement traumatique.

**9.2** Établir l'origine dégénérative ou, au contraire traumatique d'une lésion de la coiffe des rotateurs est un problème bien connu de la pratique médicale.

L'équipe médicale de médecine des accidents de la SUVA a participé à la rédaction d'un article intitulé « Pertes de substance de la coiffe des rotateurs et lésions corporelles assimilées à un accident » paru dans le Bulletin des médecins suisses 2000, p. 2791. Il mentionne que le sujet préoccupe fréquemment les médecins dans leur pratique quotidienne et a déjà fait, « dans le passé, l'objet d'un vif échange d'opinion », ce qui illustre la difficulté inhérente à déterminer l'origine de ce type de lésion. En conclusion de l'article, il est notamment mentionné que pour démontrer l'étiologie indubitablement malade et dégénérative d'une lésion corporelle assimilée, il faut que des critères figurant, notamment, dans la sous-catégorie 6.2 soient réunis, soit une action vulnérante inappropriée.

Or, les actions qui sont décrites dans la sous-catégorie 6.2 sont des actions ordinaires (jeter un objet, prendre appui sur le bras, recevoir des objets, mouvements volontaires actifs comme pousser ou soulever une charge) alors même que, dans le cas d'espèce, les actions vulnérantes décrites dans les événements de décembre 2024 et janvier 2025 sortent du cadre ordinaire, ce que le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment relevé.

Dans son article « Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs », publié dans Forum médical suisse, 2019, p. 260, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne, en substance, que des troubles dégénératifs mineurs, symptomatiques ou asymptomatiques en fonction des individus, sont fréquents dès l'âge de 40 ans ; la prévalence des lésions dégénératives transfixiantes a été significativement revue à la baisse ces quatre dernières années ; les lésions transfixiantes ont souvent une origine accidentelle chez les sujets jeunes (en dessous de 60 ans) et des données d'ordre démographique, anamnétique, clinique, radiographique et opératoire doivent être utilisées pour faire la distinction entre une lésion dégénérative ou traumatique.

Néanmoins, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne, comme l'a relevé la Dre H\_\_\_\_\_, qu'une infiltration graisseuse de stade II, s'installe, en principe, entre deux et trois ans

après l'apparition des symptômes dans les muscles sus-épineux, sous-épineux et sous scapulaire respectivement.

**9.3** À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans constate que la décision de l'intimée s'appuie exclusivement sur l'appréciation de sa médecin-conseil. Les avis médicaux des médecins traitants du recourant, qui sont des spécialistes en orthopédie et auxquels on peut attribuer un certain caractère probant, laissent subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de la médecin-conseil de l'intimée.

Confronté à la problématique de l'origine dégénérative ou accidentelle de lésions de la coiffe des rotateurs, le Tribunal fédéral, dans son arrêt 8C\_62/2023 du 16 juin 2023 consid. 5.2.2, a rappelé qu'il n'appartenait pas aux tribunaux de trancher la querelle d'experts : « Cela mis à part, le Tribunal fédéral a considéré, dans l'arrêt SVR 2021 UV n. 34 p. 154, 8C\_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.5 en se référant à la littérature médicale (prise de position de Swiss orthopaedics du 1<sup>er</sup> octobre 2020 sur l'arrêt 8C\_446/2019 [disponible sur <https://www.swissorthopaedics.ch/de/fachwelt/kommissionen-und-expertengruppen/empfehlungen-und-publikationen>] ; *Der Schultertrauma-Check, Ursachen von isolierten Schädigungen der Rotatorenmanschette und deren [versicherungs-] Medizin Beurteilung*, in : *Medinfo/Infoméd* n° 2021/1), la position de Swiss orthopaedics concernant la question de savoir si une chute avec impact direct sur l'épaule est également susceptible de provoquer une rupture de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'en ce qui concerne l'influence de l'âge, ne fait pas l'unanimité. Par ailleurs, il n'appartient pas au Tribunal fédéral de trancher la querelle d'experts concernant la preuve de la causalité accidentelle des ruptures de la coiffe des rotateurs (*cf.* dans un autre contexte : ATF 134 V 231 consid. 5.3) » (traduction libre).

Au vu de ce qui précède, la cause ne saurait être tranchée par la chambre de céans, en se fondant sur l'un ou sur l'autre des avis exprimés par les médecins des parties, et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant.

## 10.

**10.1** Partant, la chambre de céans annule la décision sur opposition du 18 septembre 2025 et renvoie la cause à l'intimée pour compléter l'instruction, au sens des considérants, en mettant en œuvre une expertise médicale, après quoi elle rendra une nouvelle décision.

**10.2** Compte tenu de l'annulation de la décision querellée, la demande de restitution de l'effet suspensif devient sans objet.

**10.3** Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais,

émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**10.4** Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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 18 septembre 2025 et renvoie la cause à l'intimée pour compléter l'instruction, dans le sens des considérants, en mettant en œuvre une expertise médicale et rendre une nouvelle décision.
4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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