

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4007/2025

ATAS/625/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2026

Chambre 2

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** En 2018, A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, a été engagé pour diverses missions par B_____ SA.
- b.** À ce titre, il était couvert contre les accidents – professionnels ou non – par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
- c.** L'assuré a commencé des missions en qualité d'électricien de montage CFC le 14 avril 2025 auprès de C_____ SA à Carouge puis le 19 mai 2025 auprès de D_____ SA à Carouge.
- B.** **a.** Le 13 mai 2025, en tirant un câble, l'assuré est tombé en arrière en glissant et s'est cogné l'épaule droite par terre sur un caillou (cf. déclaration de sinistre du 2 juin 2025).
- b.** La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.
- c.** Le 28 mai 2025, en raison de douleurs et d'une impotence persistantes, l'assuré a consulté son médecin généraliste, le docteur E_____, lequel a délivré un arrêt de travail jusqu'au 6 juin 2025 initialement, mais prolongé à plusieurs reprises.
- d.** La radiographie effectuée le même jour a montré une irrégularité du rebord inférieur de la cavité glénoïdienne pouvant être compatible avec une lésion de Bankart.
- e.** Quant à l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 10 juin 2025, elle a mis en évidence une lésion transfixiante focale du tendon supra-épineux à l'insertion antéro-distale (6mm), sur un tendon remanié, compatible avec une tendinopathie chronique partiellement rompue, une bursite sous-acromio-détoïdienne et une arthropathie acromio-claviculaire avec synovite, en rapport avec un conflit sous-acromial de type II. En revanche, aucune lésion de Bankart n'a été objectivée.
- f.** Une infiltration de l'épaule droite a eu lieu le 19 juin 2025.
- g.** L'arthro-IRM du 18 juillet 2025 a montré une rupture transfixiante du sus-épineux dans sa partie antérieure et distale, mesurant 8mm dans le plan coronal et 9.5 mm dans le plan sagittal, étant précisé que la trophicité musculaire était préservée (*recte* : vraisemblablement plutôt préservée).
- h.** La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, la docteure F_____, médecin praticien, laquelle a considéré, dans une brève appréciation sur dossier datée du 20 août 2025, que l'assuré présentait des lésions préexistantes à l'événement assuré, de nature dégénérative, sous la forme d'une lésion transfixiante focale du tendon supra-épineux à l'insertion antéro-distale (6mm), sur un tendon remanié, compatible avec une tendinopathie chronique partiellement rompue, d'une bursite sous-acromio-détoïdienne et d'une

arthropathie acromio-claviculaire avec synovite, en rapport avec un conflit sous-acromial de type II. Pour le médecin précité, la chute du 13 mai 2025 n'avait pas entraîné de lésions structurelles, l'assuré n'ayant consulté un médecin que 15 jours plus tard. En effet, si l'événement assuré avait entraîné une lésion traumatique, les douleurs et l'impotence auraient été telles qu'il aurait consulté le même jour. S'y ajoutait le fait que l'IRM montrait clairement un tendon du sus-épineux dégénératif et aucune lésion structurelle traumatique. L'accident assuré avait tout au plus entraîné une entorse de l'épaule droite, laquelle guérissait en 6 semaines si elle était légère et en 10 semaines si elle était moyenne conformément au guide pour la réinsertion de l'Association Suisse d'Assurances (ASA ; https://www.koordination.ch/fileadmin/files/uvvg/reintegration/4_reintegrationsleit_faden_unfall_release_2010_version_1.0_franzoesisch.pdf). Dans le cas de l'assuré, la Dre F_____ a estimé qu'il s'agissait d'une entorse bénigne légère à moyenne, laquelle avait cessé de déployer ses effets depuis quelques semaines, mais au plus tard depuis le 22 juillet 2025.

i. Par décision du 1^{er} septembre 2025, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet immédiat, constatant que selon son médecin-conseil, les troubles à l'épaule droite dont l'assuré se plaignait encore n'étaient plus en lien avec l'accident assuré. En effet, selon l'appréciation médicale précitée, son état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident assuré pouvait être considéré comme atteint depuis le 22 juillet au plus tard.

j. Le 2 octobre 2025, sous la plume d'un syndicat, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. Se référant notamment au rapport établi le 17 septembre 2025, par son médecin généraliste traitant, joint à l'opposition, l'assuré a considéré que l'accident assuré était la principale cause de son incapacité de travail, laquelle n'était pas consécutive à des lésions chroniques de nature dégénérative, en lien avec des atteintes préexistantes, contrairement à ce que le médecin-conseil de la SUVA prétendait.

Aussi, l'assuré a-t-il sollicité la reprise du versement des prestations dès le 2 septembre 2025.

k. Par décision sur opposition du 14 octobre 2025, la SUVA a écarté l'opposition précitée et a confirmé sa décision du 1^{er} septembre 2025, considérant que selon l'expérience, les médecins traitants pouvaient être plutôt enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison du lien de confiance noué (inhérent au mandat thérapeutique), de sorte que dans les litiges sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociale, on ne pouvait en principe pas se fonder sur leurs conclusions. Par ailleurs, en invoquant, dans son rapport du 17 septembre 2025, le fait qu'avant l'événement du 13 mai 2025, l'assuré n'avait rapporté aucune douleur ou limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule droite, le Dr E_____ adoptait un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci), qui, selon une jurisprudence constante, ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance

prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne pouvait être admis comme moyen de preuve. Enfin, le médecin généraliste traitant de l'assuré confirmait également le caractère dégénératif et antérieur de l'état de l'atteinte à l'épaule droite de l'assuré (tendinopathie supraépineuse et conflit sous-acromial), aggravé par l'évènement en cause, tout en estimant que ledit état relevait d'une maladie professionnelle. Or, le lien avec une maladie professionnelle ne faisait pas l'objet de la décision querellée, de sorte que la SUVA ne pouvait entrer en matière sur une telle conclusion qui dépassait le cadre de la décision querellée. S'il le souhaitait, l'assuré pouvait lui adresser, en bonne et due forme, une déclaration de maladie professionnelle, laquelle ferait l'objet d'une instruction et d'une décision spécifiques. En tous les cas, en l'absence d'indice médical concret, il n'y avait pas lieu de douter du bien-fondé des conclusions de la Dre F_____ auxquelles il convenait d'accorder une pleine valeur probante. Par ailleurs, il y avait lieu de renoncer à la mise en œuvre d'une expertise et d'admettre que les troubles faisant l'objet du litige n'engageaient plus la responsabilité de la SUVA au titre de l'accident assuré survenu le 13 mai 2025 et ce depuis longtemps.

l. Le 22 octobre 2025, l'assuré a été opéré de l'épaule. Selon le compte rendu relatif à cette intervention, les diagnostics étaient ceux de lésion transfixiante massive de type A selon Collin au dépens du (des) tendon(s) sous-scapulaire sus-épineux droit(s) ; absence de signe de conflit sous-acromial, tendinopathie et/ou instabilité du long chef du biceps et absence d'arthropathie acromio-claviculaire symptomatique.

m. Le 14 novembre 2025, l'assuré a transmis à la SUVA le compte rendu opératoire précité.

C. a. Agissant en personne, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée le 14 novembre 2025 également. Se fondant sur le rapport opératoire du 22 octobre 2025 transmis le même jour à la SUVA, il a estimé que plusieurs éléments (absence de conflit sous-acromial, absence d'arthropathie acromio-claviculaire symptomatique, trophicité musculaire préservée et absence de rétraction tendineuse) plaidaient en défaveur d'une lésion dégénérative préexistante, démontrant au contraire une rupture traumatique récente, compatible avec l'accident assuré. Ces éléments constituaient des faits nouveaux pertinents et imposaient un réexamen complet du dossier.

b. Le 17 décembre 2025, l'intimée a produit sa réponse et a conclu au rejet du recours. En substance, elle a considéré que le compte rendu opératoire n'indiquait pas si les troubles opérés étaient d'origine traumatique ni s'il y avait eu un évènement déclencheur évident. Par ailleurs, les troubles en question, tels que les lésions tendineuses transfixiantes ou le trouble du long chef du biceps, pouvaient également être liés à une dégénérescence tendineuse chronique affectant les tendons de la coiffe des rotateurs avec l'âge. Enfin, l'intimée rappelait que la décision sur opposition querellée se limitait à examiner son obligation de prêter

sous l'angle de l'accident et non sous celui de la maladie professionnelle, cette dernière hypothèse n'ayant pas encore fait l'objet d'une décision.

c. Par duplique du 22 décembre 2025, le recourant a apporté des précisions quant au déroulement des faits notamment. Il s'est en outre prononcé sur la réponse de l'intimée, rappelant qu'un état dégénératif préexistant n'excluait pas un lien de causalité avec un accident, l'aggravation ou la révélation d'un état préexistant par un accident étant admissible. Il relevait également que la nécessité d'une chirurgie lourde avec réparation tendineuse allait au-delà d'une simple évolution naturelle banale. Enfin, le recourant s'est prononcé sur l'instruction menée par l'intimée, instruction qu'il a qualifiée d'insuffisante, raison pour laquelle il a sollicité, à titre subsidiaire, la réalisation d'une expertise.

Fort de ce qui précède, le recourant a conclu à ce que la prise de position du 17 décembre 2025 soit écartée et à ce que la chambre de céans, d'une part, reconnaisse l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 13 mai 2025 et les atteintes subies et, d'autre part, ordonne la reprise des prestations après avoir, le cas échéant, ordonné une expertise.

d. L'intimée a persisté dans ses précédentes conclusions par duplique du 16 janvier 2026, sans énoncer d'éléments nouveaux.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées le 20 janvier 2026.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 1^{er} septembre 2025, singulièrement sur la subsistance d'un lien de causalité entre l'événement assuré et l'atteinte à l'épaule droite au-delà de cette date.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

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 ; 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 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

3.2 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'exécuter ou tenter d'exécuter un mouvement par réflexe pour 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 (ATF 130 V 117 ; RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136

consid. 1). À cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_225_2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

4. 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).

4.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

4.2 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience

de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

4.3 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.

Si l'accident a aggravé une atteinte préexistante, l'assureur-accidents doit prester selon l'art. 36 al. 1 LAA même si la part de la maladie est prédominante et la part de l'accident minime (arrêt du Tribunal fédéral 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.2).

Par ailleurs, 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-accidents 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 les frais de 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).

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 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). *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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue également ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements

d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) et enfin les lésions du tympan (let. h).

5.2 Depuis le 1^{er} janvier 2017, le nouveau droit ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur. L'assurance-accidents est en effet tenue à prestations dès qu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, *in* RSAS 2020 p. 3). Il s'agit d'une présomption légale que ladite lésion est assimilée à un accident. L'assureur peut toutefois prouver que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (Pierre GABUS/Lucile BONAZ, Le nouveau droit des lésions corporelles assimilées à un accident : une révolution silencieuse, *in* RSAS 2019 p. 377). Pour que la preuve libératoire soit admise, il appartient à l'assureur-accidents de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur des avis médicaux probants, que la lésion corporelle est due, à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.2.2).

5.3 Dans l'ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a notamment détaillé la marche à suivre.

Ainsi, à réception de l'annonce d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa sont réalisés :

- Dans l'affirmative, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA et ce jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte, soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident ou, en d'autres termes, jusqu'à ce que le *statu quo ante vel sine* soit atteint (consid. 5.1, 8.5 et 9.1) ;
- Dans la négative, l'assureur doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions à moins qu'il ne démontre que celle-ci soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50% (consid. 8.2.2.1 et 8.6), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.2.2.2 concernant les notions d'usure et de maladie ; consid. 9.1 pour le surplus). Dans le cas de l'art. 6 al. 2 LAA, l'obligation de prester de l'assurance-accidents prend fin lorsque la lésion corporelle résulte à plus de 50% de l'usure ou d'une maladie (voir Jenny CASTELLA, *op. cit.*, p. 35).

6.

6.1 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).

6.2 Selon le principe de la 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).

6.3 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).

6.3.1 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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

6.3.2 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).

6.3.3 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et s'il est vrai, d'expérience, que la relation 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 ; 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).

À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7. Celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2). S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 2a).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a).

En droit des assurances sociales, on applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être

consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2).

Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4).

8.

8.1 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 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). 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).

8.2 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9.

9.1 En l'espèce, selon les explications données par le recourant, le 13 mai 2025, celui-ci aurait été victime d'une chute en arrière, en glissant, alors qu'il était en train de tirer des câbles (*cf.* déclaration de sinistre du 2 juin 2025). Plus précisément, alors qu'il effectuait des travaux de tirage de câble à la patinoire

des Vernets, et qu'il se trouvait, à cet effet, sur une nacelle élévatrice à une hauteur supérieure à 5 m, un de ses collègues aurait brusquement lâché un câble fortement tendu et lourd, provoquant une traction violente, une perte d'équilibre immédiate et une chute sur le dos (cf. réplique du 22 décembre 2025).

Dans son rapport du 12 juin 2025, le Dr E. _____ a expliqué que le recourant tirait un câble, ce qui avait provoqué un glissement du pied. Le médecin précité a repris ces explications dans son rapport du 17 septembre 2025, précisant encore que le glissement du pied avait provoqué un mouvement brusque.

Suite à l'événement du 13 mai 2025, les divers examens radiologiques effectués ont montré une rupture du tendon supra-épineux.

Dans la décision sur opposition querellée, l'intimée s'est demandé si l'événement du 13 mai 2025 pouvait effectivement être qualifié d'accident, dès lors que les explications du recourant étaient en contradiction avec celles de son médecin généraliste traitant. Elle a toutefois laissé cette question ouverte étant donné qu'elle mettait quoi qu'il en soit un terme à ses prestations.

En réalité, il semblerait plutôt que le médecin généraliste traitant a fourni une description moins précise de l'accident que celle donnée par le recourant, en évoquant uniquement la glissade et en omettant ainsi de mentionner la chute en arrière qui s'en est suivie selon le recourant.

Cela étant, que l'on retienne les informations ressortant de la déclaration de sinistre et du recours – chute en arrière en glissant – ou celles données par le médecin généraliste traitant – glissement du pied –, le facteur extérieur extraordinaire est donné, à tout le moins en tant que mouvement non coordonné sous la forme d'une glissade.

Les conditions de l'accident étant donc remplies, c'est bien selon l'art. 6 al. 1 LAA qu'il faut examiner le droit aux prestations du recourant, ce que l'intimée a d'ailleurs fait, même si elle a laissé la question ouverte de savoir si les conditions d'un accident étaient réalisées.

9.2

9.2.1 Cela étant précisé, la chambre de céans constate que l'épaule du recourant comporte des atteintes de nature dégénérative, dès lors qu'il est notamment question, selon l'IRM du 10 juin 2025, d'un tendon remanié, compatible avec une tendinopathie chronique partiellement rompue, d'une bursite sous-acromio-deltôïdienne et d'une arthropathie acromio-claviculaire avec synovite, étant relevé toutefois que le conflit sous-acromial de type II initialement évoqué n'a pas été retrouvé lors de l'intervention chirurgicale du 22 octobre 2025.

La question qui se pose est dès lors celle de savoir si, en concours avec l'état dégénératif antérieur de l'épaule, l'accident du 13 mai 2025 a pu contribuer à causer la déchirure tendineuse – ou du moins à l'aggraver, voire à la décompenser – et dans l'affirmative, pendant combien de temps.

Dans son appréciation établie le 20 août 2025, la Dre F_____, médecin-conseil de l'intimée, estime que l'accident assuré n'a pas causé de lésion structurelle – osseuse, ligamentaire ou tendineuse – spécifique mais qu'il a tout au plus entraîné une entorse ayant passagèrement décompensé un état dégénératif antérieur pendant quelques semaines et ce au maximum jusqu'au 22 juillet 2025.

De son côté, le recourant estime qu'il ressort du compte rendu opératoire relatif à l'intervention du 22 octobre 2025 que la déchirure tendineuse est d'origine traumatique.

9.2.2 Dès lors que l'intimée s'appuie exclusivement sur l'appréciation de son médecin-conseil, la question que la chambre de céans doit trancher dans un premier temps est celle de savoir si une pleine valeur probante peut être accordée aux conclusions de la Dre F_____.

Force est tout d'abord de constater que le médecin-conseil précité s'est prononcé sur dossier. Une telle appréciation n'est pas en soi sans valeur probante. Toutefois, pour pouvoir être prise en considération, l'appréciation de la Dre F_____ du 20 août 2025 doit remplir les exigences formelles et matérielles auxquelles sont soumises les preuves médicales (*cf.* dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.2). Concrètement, dès lors qu'elle a été établie sur dossier, ladite appréciation doit tout d'abord se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles ont été établies suite à un examen personnel de l'assuré. Ensuite, l'appréciation du médecin-conseil doit répondre aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En particulier, elle doit comporter une étude fouillée des points litigieux importants et une anamnèse, prendre en considération les plaintes exprimées par le recourant, décrire les interférences médicales de manière claire et comporter des conclusions bien motivées.

Or, force est de constater que ladite appréciation ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Tout d'abord, la Dre F_____ n'a pas énoncé les pièces médicales sur lesquelles elle a fondé son appréciation. Cela étant, compte tenu de la chronologie, parmi les pièces susceptibles d'avoir été examinées par le médecin-conseil ne pouvaient figurer que les pièces suivantes : la déclaration de sinistre du 2 juin 2025, un bref rapport du Dr E_____ du 12 juin 2025, les comptes rendus relatifs à la radiographie de l'épaule droite du 28 mai 2025, à l'IRM de l'épaule droite du 10 juin 2025 ainsi qu'à l'arthro-IRM et arthrographie de l'épaule droite réalisées le 16 juillet 2025.

On constatera, à ce stade, que l'intervention chirurgicale n'avait pas encore eu lieu lorsque le médecin-conseil précité s'est prononcé sur dossier. Il en va de même du rapport du médecin généraliste traitant du 17 septembre 2025. C'est donc à juste titre que la Dre F_____ n'en a pas tenu compte dans son appréciation.

Cela étant précisé, force est de constater que seul le rapport du Dr E_____ semble avoir été établi suite à un examen clinique du recourant, ce qui est insuffisant pour considérer que l'appréciation de la Dre F_____ se fonde sur suffisamment d'appréciations médicales établies suite à un examen personnel du recourant.

En outre, l'appréciation de la Dre F_____ est rédigée de manière vague sans décrire les pièces au dossier ou encore les troubles et plaintes du recourant. Elle ne comporte pas non plus d'étude fouillée des points litigieux importants ni de description des interférences médicales. Concrètement, le médecin-conseil n'explique pas pourquoi l'accident assuré n'aurait pas pu entraîner à tout le moins une extension aiguë d'une lésion dégénérative préexistante ni pour quelle(s) raison(s) elle considère que ledit accident n'avait fait que décompenser un état dégénératif préexistant alors que l'atteinte des tendons ne semble pas être ancienne vu le compte rendu de l'arthro-IRM du 18 juillet 2025 (absence d'amyotrophie et d'involution graisseuse par exemple ; cf. l'article intitulé « Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs », *in* Forum médical suisse en 2019 [<https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2019.03247>]).

En réalité, la Dre F_____ a simplement considéré, sans fournir la moindre motivation médicale, que la chute incriminée du 13 mai 2025 ne pouvait pas avoir entraîné de lésion structurelle, dès lors que le recourant n'avait consulté son médecin généraliste traitant que le 28 mai 2025. Or, on ne connaît pas son état de santé entre l'accident et la première visite chez son médecin. Le fait que le recourant n'ait pas immédiatement consulté un médecin ne signifie pas encore qu'il n'éprouvait pas de gêne ou de douleurs immédiatement après l'accident. Il n'est en effet pas impossible que le recourant ait pensé que les suites de la chute allaient s'estomper et que ce n'est qu'en voyant que tel n'était pas le cas qu'il est allé consulter son médecin.

Ce raisonnement du médecin-conseil, qui n'est pas étayé du point de vue médical, n'est donc pas suffisant pour retenir uniquement une décompensation d'un état antérieur asymptomatique et implicitement exclure une extension aiguë d'une lésion dégénérative préexistante.

On ne saurait donc accorder une pleine valeur probante à l'appréciation sur dossier de la Dre F_____.

9.3 Ces mêmes critiques peuvent également être faites à l'encontre des rapports du Dr E_____. S'y ajoute encore le fait que le médecin généraliste traitant semble appliquer un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* », lequel n'est pas suffisant en matière d'assurance-accidents.

Cela étant, le Dr E_____ soulève également la question de la maladie professionnelle dans son rapport du 17 septembre 2025, en considérant notamment que l'imagerie réalisée confirmait une atteinte tendineuse et articulaire aiguë survenue dans un contexte de sollicitations répétées liées à la profession et

de l'accident. Pour lui, l'événement traumatique constitue la cause principale et immédiate de l'exacerbation clinique. Il considère en outre que les lésions chroniques dégénératives observées (tendinopathie supra-épineuse et conflit sous-acromial) sont hautement compatibles avec les contraintes professionnelles répétées inhérentes au métier d'électricien (gestes en élévation des bras, port de charges, et postures contraignantes sur plus de 25 ans d'exercice), ce qui plaide en faveur d'une reconnaissance en maladie professionnelle, aggravée par l'accident du travail.

Or, en vertu du principe inquisitoire qui régit la procédure des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa), l'assurance a l'obligation d'examiner d'office tous les aspects pertinents du cas qui lui est soumis, y compris la requalification juridique des faits. Si l'instruction démontre que le lien de causalité naturelle avec l'accident initial n'est plus donné mais que l'atteinte correspond aux critères d'une maladie professionnelle, l'assureur-accidents doit traiter cette question dans le cadre de la même procédure décisionnelle, en constatant le cas échéant son incompétence *ratione temporis*. Rendre une décision partielle sur l'accident pour clore ce volet tout en ignorant la maladie professionnelle, comme a voulu le faire l'intimée, est contraire à l'économie de procédure et impose à l'assuré de supporter des délais supplémentaires et les incertitudes liées à une nouvelle procédure.

En tout état, dans tous les cas, en annonçant le sinistre à la SUVA, le recourant a fait la déclaration idoine, de sorte qu'il appartient désormais à l'intimée d'y donner les suites qui s'imposent, y compris sous l'angle de la maladie professionnelle.

10. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne peut que constater que le dossier qui lui est soumis ne comporte aucun rapport médical probant, de sorte que rien ne permet, en l'état, de considérer que les causes accidentelles de l'atteinte à l'épaule droite ne jouaient plus de rôle lors de la suppression des prestations ni de penser que la déchirure du tendon supra-épineux aurait pour origine un état maladif ou dégénératif préexistant uniquement.

Dès lors que le fardeau de la preuve de la suppression du lien de causalité appartient à l'assurance et que celle-ci n'a pas été en mesure de fournir des appréciations probantes à l'appui de son refus de continuer à prester, la décision sur opposition doit être annulée et la cause doit lui être renvoyée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour établir l'ensemble des faits déterminants en administrant les preuves nécessaires, si besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision. Dans ce contexte, il lui appartiendra également d'examiner, le cas échéant, le droit aux prestations du recourant sous l'angle de la maladie professionnelle.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

La décision sur opposition du 14 octobre 2025 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée, pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Malgré l'issue du litige, il ne sera pas alloué d'indemnité au recourant à titre de participation à ses frais et dépens, ce dernier n'étant pas représenté et n'ayant pas exposé avoir supporté des frais (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

**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 14 octobre 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
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

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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