

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/581/2025

ATAS/690/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 septembre 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1956, est ressortissant français et divorcé.
- b.** Il a été engagé par B_____ SA du 24 août 2020 au 23 avril 2024 en qualité de tapissier.
- B.** **a.** Le 26 avril 2024, alors qu'il aidait un ami à déménager une armoire, il a glissé dans des escaliers et son épaule gauche a tapé contre un mur. Il a consulté la Clinique et permanence C_____ SA, qui a établi le 1^{er} mai 2024 un arrêt de travail du 27 avril au 5 mai 2024.
- b.** Le cas a été pris en charge par la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
- c.** Selon un rapport d'IRM de l'épaule gauche de l'assuré du 15 mai 2024, celle-ci avait mis en évidence une rupture transfixiante de stade II complète du tendon du supra-épineux, une rupture partielle de l'insertion distale du tendon infra-épineux, une discrète rupture des fibres profondes du tendon du sous-scapulaire et une arthropathie dégénérative marquée en acromio-claviculaire avec acromion en bec.
- d.** Dans un rapport reçu par la SUVA le 24 mai 2024, la docteure D_____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que les premiers soins à l'assuré avaient été donnés par la Clinique et permanence C_____ SA le 27 avril 2024. Il avait consulté pour une omalgie bilatérale apparue le 26 avril 2024 durant un déménagement en rattrapant une armoire avec une charge importante et un faux mouvement. La douleur apparue sur le moment s'était péjorée durant la nuit avec l'apparition progressive d'une impotence, malgré des patchs et des massages. Il n'y avait pas eu de choc direct. Le diagnostic était des omalgies bilatérales, probablement d'origine musculaire, avec possible atteinte de la coiffe des rotateurs. Selon une radiographie du 1^{er} mai 2024 de l'épaule droite, il n'y avait pas de fracture. L'assuré avait été totalement incapable de travailler du 27 avril au 5 mai 2024.
- e.** Le 11 juin 2024, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que vu le résultat de l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM), une réparation de coiffe était proposée. L'assuré était actuellement en traitement pour un cancer de la prostate avec une évaluation de traitement par radiothérapie en cours aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). En raison de la comorbidité cardiaque, une prise en charge aux HUG était préférable.
- f.** Dans un rapport du 9 juillet 2024, le docteur F_____, du département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué qu'il s'agissait d'un patient âgé de 68 ans, droitier, ayant présenté une chute dans les escaliers le 26 avril 2024, ayant causé des douleurs dans son épaule gauche. Celui-ci évaluait ses douleurs à 6-9/10 et une fonction de l'épaule à 79%

actuellement. Il était retraité et encore professionnellement actif dans la décoration. Il marchait et faisait de la natation. Un déficit de coiffe postéro-supérieur avait été retrouvé. Il y avait une indication opératoire à un geste de réparation arthroscopique de ténodèse du long chef du biceps, avec une restriction du centimètre externe et une acromioplastie. En raison de la nécessité de débiter prochainement un traitement d'un adénocarcinome de la prostate, le geste chirurgical était différé.

g. Le 23 juillet 2024, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'il existait de grandes contradictions entre la déclaration spontanée de l'assuré sur les circonstances de l'événement, qui était cohérente avec ce qui avait été décrit par le Dr E_____, et le rapport initial, puisqu'on passait d'un choc direct à une traction sur le membre supérieur.

L'assuré avait 68 ans et les atteintes observées étaient une significative rupture de la coiffe des rotateurs, plus nette sur le sus-épineux, avec des remaniements osseux dégénératifs significatifs d'arthrose sous-acromiale et surtout des remaniements de l'insertion du sus-scapulaire très évolués. L'événement n'avait entraîné aucune limitation fonctionnelle de type aigu pseudo paralytique de l'épaule. Le Dr G_____ concluait que l'événement n'avait pas créé d'atteintes en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante. L'intervention envisagée était à prendre en charge par l'assurance maladie. Le dommage sur lequel avait porté l'opération n'était pas imputable au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident. L'événement avait cessé ses effets de causalité naturelle en vraisemblance prépondérante au 26 juin 2024.

h. Par décision du 25 juillet 2024, la SUVA a clos le cas de l'assuré au 13 juillet 2024 et mis fin aux prestations d'assurance à cette date, au motif que, selon l'appréciation de son service médical, les troubles persistants à son épaule gauche n'avaient plus aucun lien avec l'accident.

i. L'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA du 25 juillet 2024, faisant valoir qu'il n'avait pas recouvré son état de santé d'avant l'accident à son épaule gauche. De plus, il devait subir une opération chirurgicale au mois d'octobre en lien avec les lésions et séquelles de son accident. Ses lésions n'étaient pas liées à une pathologie préexistante et elles ne se seraient pas réalisées de toute façon. Bien au contraire, sans l'accident, il n'était pas établi qu'il souffrirait ainsi.

j. Dans un rapport établi le 23 août 2024, le Dr F_____ a indiqué qu'avant son traumatisme, l'assuré ne présentait aucune symptomatologie douloureuse à l'épaule gauche. Il avait décrit une chute dans les escaliers avec un traumatisme lésionnel complexe.

Au bilan d'imagerie du 15 mai 2024, on constatait une trophicité musculaire du sus-épineux, de l'infra-épineux et du sous-scapulaire complètement intègre ainsi qu'une absence complète de dégénérescence graisseuse. Cet aspect contredisait

une lésion présente de longue date. Le Dr F_____ relevait également qu'un deuxième avis avait été demandé par l'assurance-accidents le 26 juillet 2024 à son service de radiologie, qui avait décrit un espace sous-acromial préservé, une absence d'argument indirect pour une atteinte de la coiffe, une tête humérale centrée sur la glène, sans luxation, pas de fracture osseuse récente et une absence d'anomalie notable des parties molles.

En outre, dans son appréciation, le Dr G_____ avait indiqué dans sa réponse au ch. 1.1 « sur des atteintes avec remaniements osseux dégénératifs significatifs d'arthrose sous-acromiale et surtout de remaniements de l'insertion du sous-scapulaire très évolué est décrit comme suit : remaniements dégénératifs marqués en acromio-claviculaire avec aspect œdématisé de la synoviale et épanchement intra-articulaire ».

Or, l'arthrose sous-acromiale n'était pas une entité pathologique existante et il n'y avait pas de remaniement dégénératif au niveau de la petite tubérosité sur le site d'insertion du tendon du sous-scapulaire. Il existait effectivement des signes de remaniements arthrosiques au niveau de l'articulation acromio-claviculaire. Cette articulation présentait de façon naturelle une dégénérescence progressive. Cette dernière était principalement asymptomatique chez la majorité des patients. Néanmoins, en cas d'altération de la mécanique de l'épaule rentrant dans le cadre d'une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs, l'articulation acromio-claviculaire augmentait ses contraintes, pouvant faire décompenser une arthrose préexistante. Ainsi, le *primum* de l'apparition des douleurs au niveau de l'articulation acromio-claviculaire était une biomécanique altérée par une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs postéro-supérieure dans les suites du traumatisme décrit par le patient.

Par ailleurs, le fait de ne pas relever l'apparition d'une épaule pseudo-paralytique dans les suites d'un traumatisme n'est pas relevant, car cela ne correspondait pas de façon systématique à une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs.

Finalement l'assuré n'avait pas retrouvé son état antérieur à son traumatisme de l'épaule et l'arrêt des prestations de l'assurance-accidents ne se justifiait pas, car le cas n'était pas stabilisé et l'assuré devait bénéficier d'une intervention chirurgicale afin d'améliorer la fonction de son épaule et retrouver un état antérieur au traumatisme.

k. Le 14 novembre 2024, l'assuré a précisé que pendant un déménagement, son pied avait glissé sur la marche alors qu'il attrapait une armoire avec une charge importante et son épaule avait tapé contre le mur. Son pied avait glissé sur la marche le déséquilibrant avec la charge.

l. Le 17 janvier 2025, le Dr G_____ a maintenu sa position, car contrairement à ce qu'indiquait le Dr F_____, il existait bien des atteintes significatives de la tête humérale au niveau de l'insertion, en particulier du sus-épineux. Il existait effectivement une bonne trophicité musculaire, mais le raisonnement du

Dr F_____, selon lequel l'assuré ne présentait aucune symptomatologie douloureuse de son épaule gauche était assez usuel mais correspondait à un raisonnement de type « à la suite de, à cause de ». Ce raisonnement n'était pas relevant, car beaucoup d'atteintes post événement sur atteinte dégénérative étaient en effet asymptomatiques jusqu'alors. L'âge de l'assuré (68 ans) le prédisposait à une évolution vers la dégénérescence dans des métiers où l'épaule était particulièrement exposée.

C'était une évaluation multifactorielle qui conduisait à l'appréciation de la causalité et non pas à un élément favorable au milieu d'un ensemble défavorable à la thèse d'une causalité naturelle d'origine accidentelle. Ainsi, les services de radiologie avaient décrit sur la radio des éléments qui étaient faiblement dégénératifs, mais au niveau IRM en particulier, les séquences 5 et 12 étaient assez démonstratives du remaniement d'insertions, en particulier du sus-épineux.

Le Dr G_____ n'avait pas écrit qu'il y avait des remaniements de l'insertion du sous-scapulaire très évolués mais bien sus-scapulaire, quand il était écrit « remaniements de l'insertion du sus-scapulaire » c'était hélas une erreur de frappe, il avait mentionné le sus-scapulaire au lieu du sus-épineux. Médicalement, il ne pouvait pas y avoir de confusion avec le sous-épineux, ni le sous-scapulaire.

Les aspects dégénératifs en acromio-claviculaire marqués étaient clairement exprimés dans l'IRM. Lorsque le Dr F_____ écrivait que l'arthrose sous-acromiale n'était pas une entité pathologique existante, et deux lignes plus loin, qu'il existait effectivement des remaniements arthrosiques au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, il se contredisait sans nuance, car les signes de remaniements acromio-claviculaires entraînaient *de facto* un conflit sous-acromial. Le fait qu'il soit asymptomatique chez la plupart des patients, alors qu'il reconnaissait une dégénérescence naturelle progressive, n'était jamais que l'expression d'une autre interprétation d'un raisonnement de causalité « à la suite de, à cause de ».

Le reste de son interprétation sur les douleurs restait non relevant, puisqu'il était admis que l'assuré était tombé, et même assez violemment. Il était logique donc logique qu'il ait eu des douleurs d'étiologies variées, sans que l'on puisse en tirer d'arguments spécifiques. Force était de constater que l'assuré n'avait pas présenté initialement d'épaule décrite comme pseudo-paralytique, qui aurait entraîné plus de célérité dans le diagnostic et la prise en charge et, contrairement à ce qu'écrivait le Dr F_____, une épaule initiale pseudo-paralytique était typique des atteintes initiales des rotateurs, ce qui ressortait de toutes les publications, et en particulier celles du docteur H_____, en 2019. Il s'agissait en fait du facteur essentiel, reconnu comme le plus relevant, pour reconnaître le *status* d'une atteinte traumatique de la coiffe qui incitait ainsi particulièrement à la suite de ses constatations à une prise en charge rapide.

Enfin, le fait que l'assurance-accidents ne prenne pas en charge le cas n'était pas relevant sur les indications chirurgicales, une coiffe dégénérative méritant, particulièrement lorsqu'on avait une bonne trophicité musculaire, une réparation chirurgicale.

m. Par décision sur opposition du 20 janvier 2025, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision.

- C. a.** Le 20 février 2025, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à ce que l'intimée continue à lui verser ses prestations au-delà du 13 juillet 2024, car son accident n'avait pas cessé de déployer ses effets au 26 juin 2024. Il avait rendez-vous avec le chirurgien des HUG le 25 février 2025 et il demandait un délai pour transmettre de nouveaux documents médicaux à la chambre de céans.

Il continuait son suivi avec son médecin traitant, le docteur I_____, spécialiste en médecine interne générale, et ce dernier attestait qu'il continuait à souffrir des séquelles de son accident. Le médecin de l'assurance n'était pas neutre ni indépendant, dès lors qu'il était médecin de l'intimée. Le recourant sollicitait en conséquence une expertise indépendante.

L'assuré a produit :

- Un rapport établi le 26 février 2025 par le docteur J_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, qui indiquait que l'assuré avait été victime d'une chute le 26 avril 2024, qui lui avait causé une lésion de sa coiffe, pour laquelle une prise en charge chirurgicale était recommandée. En raison d'un problème assécurologique cette dernière avait été mise en attente. L'assuré décrivait la persistance de douleurs au niveau de son épaule avec un manque de force.
 - Un rapport établi le 18 février 2025, par le Dr I_____, qui indiquait que l'assuré l'avait consulté le 2 mai 2024 pour une problématique de santé ne concernant pas son épaule gauche. Le 7 mai 2024, devant l'absence d'évolution sous traitement antalgique et face à une suspicion de rupture de la coiffe des rotateurs, il avait demandé une IRM. Cet examen, effectué le 15 mai 2024, avait confirmé la suspicion de rupture transfixiante du sus-épineux. Avant le 27 avril 2024, l'assuré n'avait aucune douleur de son épaule gauche. C'était en voulant rattraper, le jour de l'accident, une charge lourde qui lui glissait des mains qu'il avait ressenti une vive douleur dans son épaule, suivie d'une chute dans les escaliers. N'étant pas spécialiste en orthopédie, le Dr I_____ ne pouvait pas se prononcer sur l'étiologie de la lésion de la coiffe, même si le simple bon sens permettait de voir aisément un lien de causalité entre l'événement et la lésion de la coiffe.
- b.** Le 19 mars 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions et rejeté du recours. Le Dr I_____ reconnaissait lui-même, dans son avis du 18 février 2025, ne pas

être spécialiste en orthopédie et rencontrer des difficultés à se prononcer sur l'étiologie des troubles. Il fondait uniquement son avis sur un raisonnement du type *post hoc ergo propter hoc*, qui n'était pas admissible.

Le Dr J_____ ne se prononçait quant à lui pas clairement sur la causalité des troubles du recourant, sans motivation à cet égard. En définitive, rien n'autorisait l'intimée à s'écarter des conclusions probantes et convaincantes du Dr G_____.

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 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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de clore le cas du recourant au 13 juillet 2024, au motif que l'accident du 26 avril 2024, aurait cessé de déployer ses effets au 26 juin 2024.

3.

3.1 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).

3.2 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).

3.3 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.

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

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

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction

du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

3.5 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).

3.6 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4. En l'espèce, l'intimée a mis fin au droit du recourant à ses prestations au 13 juillet 2024, sur la base des appréciations du Dr G_____, selon lesquelles les troubles persistants à son épaule gauche n'avaient plus de lien avec l'accident du 26 avril 2024. Dans un rapport motivé du 23 août 2024, le Dr F_____, qui est un spécialiste en chirurgie orthopédique, a conclu que l'atteinte à la santé du recourant était en lien de causalité avec l'accident précité. Ce rapport suffit à remettre en doute les conclusions du Dr G_____, même en tenant compte du rapport complémentaire de ce dernier du 17 janvier 2025, étant rappelé qu'il suffit que l'avis d'un médecin traitant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation d'un médecin employé de l'intimée, comme l'est le Dr G_____, pour qu'il se justifie de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant.

5. En conséquence, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, au sens des considérants.

Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis *a contrario* LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 20 janvier 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
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

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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