RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1628/2022 **ATAS/322/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 11 mai 2023

Chambre 4

En la cause

A_____, représentée par Me Maëlle KOLLY recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1965, mariée et mère de deux enfants. Elle a travaillé pour la B_____ (ci-après l'employeuse) comme accompagnante à domicile, d'octobre 2011 à août 2020, date à laquelle elle a été licenciée.

B. **a.** Elle a subi un accident le 16 mai 2018 alors qu'elle gardait un enfant de deux ans dans le cadre de son travail. Selon la déclaration d'accident du 11 juin 2018, en descendant des escaliers avec celui-ci dans les bras, elle avait trébuché. Pour ne pas tomber, elle s'était retenue contre le mur et avait plié brusquement le genou et avait ressenti une grosse douleur. Le travail avait été interrompu à la suite de l'accident, depuis le 18 mai 2018.

b. Le 20 juin 2018, l'assurée a indiqué dans un questionnaire soumis par l'assurance qu'en descendant les escaliers, elle était tombée et avait cogné le mur avec son genou droit. Il y avait eu une chute et un choc du genou contre le mur. Elle avait pu reprendre le travail à 100% le 4 juin 2018. Le traitement médical n'était pas terminé. Elle était encore suivie à la permanence de Cornavin et faisait de la physiothérapie.

c. Le 18 janvier 2019, l'assurance a indiqué à l'assurée que dans un avis du 23 octobre 2018, son médecin-conseil, le docteur C_____, chirurgien orthopédique FMH, avait considéré qu'elle ne souffrait plus des suites de son accident depuis le 17 août 2018 et que son état de santé serait le même si l'accident ne s'était pas produit. La condition requise de la causalité naturelle pour le versement des prestations n'était plus donnée et les prestations d'assurance ne lui seraient dès lors plus versées à partir du 18 août 2018. Il lui était recommandé de s'adresser à son assurance-maladie.

d. Le docteur D_____, généraliste, a certifié le 17 mai 2019 que l'assurée était incapable de travailler à 100% dès le 17 mai 2019 pour environ 15 jours.

e. Selon rapport établi le 29 mai 2019 à l'attention du Dr D_____, suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) de l'épaule droite du 29 mai 2019, il y avait une anamnèse traumatique au niveau de l'épaule droite. L'IRM révélait une rupture partielle du tendon du sus-épineux au niveau de son tiers distal avec bursite sous-acromio-deltoïdienne, une tendinose du sous-scapulaire, un kyste intra-spongieux au niveau de la tête humérale avec discret œdème de voisinage et un phénomène de surcharge de l'extrémité distale de l'acromion avec incurvation vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion en contact modéré avec le tendon du sous-épineux. Les bourrelets glénoïdiens étaient conservés.

f. Selon un rapport établi suite à une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assurée faite le 19 juin 2019, il a été conclu à la confirmation d'une rupture du supra-épineux au niveau de son insertion, une microfissure de l'infra-épineux au niveau de son insertion et à une tendinose du sous-scapulaire, sans signes de lésion du bourrelet articulaire.

g. Le 4 juin 2019, le Dr D_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée jusqu'à la fin du mois de juin.

h. Le 26 juin 2019, il a estimé qu'elle serait capable de travailler à 50% dès le 3 juillet 2019, en raison d'un accident et en attente d'une intervention.

C. **a.** Le 22 juillet 2019, l'employeuse de l'assurée a déclaré à l'assurance une rechute de l'accident du 16 mai 2018, précisant que la partie du corps atteinte était le genou.

b. Le 29 juillet 2019, l'employeuse a déclaré une maladie de l'assurée à l'assurance (assurance maladie collective), suite au refus d'une rechute accident.

c. Le 13 août 2019, l'assurée a transmis au gestionnaire de son dossier une copie de son examen IRM de son épaule du 19 juin 2019, indiquant avoir une rupture du tendon avec des douleurs très gênantes et une mobilité très réduite et qu'elle devait se faire opérer.

d. Le 4 octobre 2019, le docteur E_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, spécialiste de l'épaule et du coude, a indiqué que l'assurée rapportait une chute dans les escaliers au mois de mai 2018 avec des douleurs de l'épaule et du genou. Les douleurs de l'épaule s'étaient accentuées et étaient devenues fortement invalidantes, nécessitant un arrêt de 50% depuis le mois de juillet. L'assurée avait essayé plusieurs séances de physiothérapie sans véritable effet. Le bilan par arthro-IRM montrait une rupture complète du sus-épineux, qui restait peu rétracté avec une trophicité musculaire parfaitement préservée et une absence d'involution graisseuse. Il retenait une indication à pratiquer une réinsertion arthroscopique du tendon de l'assurée.

e. À cette fin, il a été demandé à l'assurance, le 30 octobre 2019, une garantie pour l'hospitalisation de l'assurée en raison d'un accident.

f. Le 31 octobre 2019, l'assurance a accepté la garantie, sous réserve des rapports médicaux et pour autant qu'il s'agisse des suites et conséquences de l'accident du 16 mai 2018.

g. Selon un compte-rendu opératoire du 13 novembre 2019, le Dr E_____ a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite de l'assurée le 12 novembre 2019.

h. Le 27 novembre 2019, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail dès le 12 novembre 2019 et que le pronostic pour la reprise du travail était de six mois. Il estimait que c'était l'assurance-accidents qui devait prendre les frais de traitement en charge.

i. Le 19 décembre 2019, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée était incapable de travailler à 100% du 20 décembre 2019 au 29 janvier 2020, en raison d'un accident.

j. Le 13 janvier 2020, le Dr E_____ a constaté une bonne évolution. L'assurée faisait encore de la physiothérapie, mais elle pourrait reprendre le travail entre les

mois de mars et avril. Il ne fallait pas s'attendre à un dommage résiduel. Il a ensuite prolongé son arrêt de travail jusqu'au 31 mars, puis jusqu'au 30 avril 2020.

k. Dans une note interne de l'assurance du 26 février 2020, une collaboratrice de de l'assurance a relevé que le Dr C_____ avait accepté le lien de causalité avec l'accident jusqu'au 17 août 2018, puis jusqu'à l'intervention du Dr E_____ du 12 novembre 2019. Par conséquent, il ne lui paraissait pas logique que les prestations soient réglées par l'assurance maladie du 17 mai au 11 novembre 2019. Il fallait revoir le cas avec le Dr C_____ afin qu'il confirme la causalité depuis le début du cas, soit le 17 août 2018, ce qui permettrait de liquider le dossier maladie. À son avis, le statu quo serait atteint en ce qui concernait l'accident quelques mois après l'intervention du 12 novembre 2019. À ce moment-là, le dossier maladie pourrait être repris si nécessaire.

l. Le 4 mai 2020, le Dr E_____ indiqué avoir revu l'assurée à six mois d'une réparation de sa coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Celle-ci rapportait une évolution lentement favorable, malgré l'arrêt de la physiothérapie lors du confinement. Elle avait encore quelques douleurs avec une fonction subjective de l'épaule à 70%. Le traitement pour l'épaule arrivait à sa fin. Il reconduisait encore neuf séances de physiothérapie de renforcement musculaire. Une reprise professionnelle était théoriquement possible pour le début du mois de juin.

m. Selon un RX de l'épaule droite de l'assurée du 5 août 2020, avaient été constatés la présence d'une lacune au niveau de la tête humérale post-op, un espace articulaire gléno-huméral d'épaisseur normale, une micro-calcification de la partie supérieure de la tête humérale, une discrète arthrose acromio-claviculaire sans conflit sous-acromial et une dystrophie osseuse modérée à la hauteur du trochiter.

n. Le 26 août 2020, le Dr D_____ a indiqué voir l'assurée tous les 15 jours. L'évolution était une évolution lente. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident ayant une incidence sur la guérison. Le pronostic était bon. Comme circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable processus de guérison, il mentionnait « PSH », calcification à l'épaule droite. Une reprise du travail était prévue pour la fin 2020. Il fallait s'attendre à un dommage résiduel sous la forme de faiblesse.

o. Dans une appréciation médicale du 7 septembre 2020, la doctoresse F_____, médecin praticien FMH, SSMC, SIM, a indiqué que les troubles concernés présentaient selon toute vraisemblance un lien de causalité avec l'accident. Elle a précisé par la suite, sur la base des rapports médicaux au dossier, que le diagnostic était un status post arthroscopie de l'épaule droite le 12 novembre 2019 avec suture sous-scapulaire, sus-épineux, ténotomie du long chef du biceps et acromioplastie pour une rupture de la coiffe antéro-supérieure de l'épaule droite suite à une chute accidentelle le 16 mai 2018. Il existait des stigmates dégénératifs

sur l'épaule droite de l'assurée selon les deux IRM réalisées. Au vu du mécanisme de l'accident et des constatations sur l'IRM, on pouvait conclure que la lésion partielle du sus-épineux était en relation de causalité au mieux possible avec l'événement. A priori, il n'y aurait pas de dommage résiduel à long terme s'il y avait une bonne évolution clinique sous physiothérapie. Une incapacité de travail était toujours justifiée pour 6 à 23 mois post opératoires.

p. L'assurance a versé à l'assurée des indemnités journalières LAA pour les mois de septembre à décembre 2020 sur la base des arrêts de travail à 100% établis par le Dr D_____.

q. Le 1er janvier 2021, le Dr D_____ a certifié que l'assurée était totalement incapable de travailler à 100% dès le 3 mai 2020, probablement jusqu'à la fin du mois de janvier.

r. Par décision du 25 janvier 2021, l'assurance a indiqué que selon le Dr C_____, au vu du mécanisme de l'événement du 16 mai 2018, lorsqu'elle avait chuté en protégeant son enfant, il ne s'était pas produit de mouvements d'amplitude importante qui auraient pu provoquer une rupture de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, les premières investigations n'avaient eu lieu qu'une année après cet événement. Dès lors, la relation de causalité apparaissait au mieux possible entre l'événement et les troubles constatés sur l'épaule.

Compte tenu de l'évolution des troubles, un deuxième avis médical avait été sollicité de la Dresse F_____, qui avait conclu le 7 septembre 2020 que la lésion partielle du sus-épineux était en relation de causalité au mieux possible avec l'événement. La causalité naturelle n'étant pas prouvée à satisfaction de droit, l'assurance rejetait son obligation de servir des prestations pour les troubles constatés à l'épaule droite de l'assurée. Elle renonçait à demander le remboursement des prestations payées à tort.

s. Le 1er février 2021, l'assurée a formé opposition à la décision précitée. Après son accident, elle avait minimisé pendant longtemps ses douleurs à l'épaule donnant la priorité aux soins de son genou qui à ce moment étaient plus importants. Elle surveillait toutefois l'intensité et l'évolution de ses douleurs et de sa gêne de son bras. Un premier médecin lui avait diagnostiqué une tendinite, mais au fur et à mesure que le temps passait les douleurs se faisaient plus intenses et la gênaient dans ses activités. Plus tard, elle avait vu son médecin, le Dr D_____, qui lui avait fait faire une IRM, qui avait montré le déchirement de deux tendons, provoqué par sa chute. Au moment des faits, elle portait un enfant dans les bras, sur le côté gauche et pas droit, heureusement, parce que c'était tout son côté droit qui avait pris le mur et elle s'était servie de son bras droit pour éviter une chute plus importante et protéger l'enfant. S'il s'était passé presque une année après cette chute sans qu'elle consulte un médecin pour son épaule, c'était parce qu'elle avait minimisé la situation, aussi par peur de perdre son emploi. Elle

avait pris des antidouleurs dans un premier temps. Mais à un moment donné, elle n'avait pas eu d'autre choix que de se faire opérer.

t. Selon un rapport établi par le Dr D_____ le 2 février 2021, il avait été consulté par l'assurée le 10 décembre 2020 pour une suite de l'accident du 18 mai 2018. Après une prise en charge pour l'épaule droite, il avait constaté, en août 2020, que l'accident avait également impacté les deux genoux de l'assurée, avec une incidence plus forte à gauche. La prise en charge était encore d'actualité. Il était d'avis que les douleurs résiduelles aux genoux ne pourraient être gérées sans diminution du poids de l'assurée.

u. Dans un rapport du 6 juillet 2021, le Dr E_____ a indiqué avoir revu l'assurée pour son épaule droite suite à sa rechute et que son état était maintenant stabilisé. L'assurée était actuellement en recherche d'emploi dans une activité, qu'elle pourrait exercer dans un secteur de manutention moyenne, en évitant le port de charges lourdes à bout de bras.

v. À la demande de l'assurance, le Dr C_____ a rendu un rapport d'expertise le 30 juin 2021.

w. Par décision sur opposition du 14 avril 2022, l'assurance a rejeté l'opposition formée à sa décision du 25 janvier 2021, considérant que l'assurée n'avait soulevé aucune raison impérative justifiant de s'écarter de l'appréciation de son médecin-conseil.

L'existence d'un lien de causalité entre les douleurs et l'accident n'était pas établie avec une vraisemblance prépondérante. L'argumentation selon laquelle une atteinte à la santé était considérée comme causée par un accident simplement parce qu'elle était survenue après l'accident en termes de temps n'était pas défendable sur le plan médical et n'était pas admissible comme preuve.

D. **a.** L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 19 mai 2022, concluant à l'annulation de celle-ci, à ce que le lien de causalité soit admis entre ses troubles de l'épaule droite, l'accident du 16 mai 2018 et la rechute du mois de mai 2019, et à ce que l'assurance soit condamnée à la poursuite du versement de ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) du 1er janvier au 31 juillet 2021, avec suite de frais et dépens. Son incapacité de travail survenue le 17 mai 2019 avait perduré jusqu'au mois de juillet 2021.

À l'appui de son recours et elle a produit un certificat médical établi le 5 mai 2022 par le docteur G_____, du Centre médicochirurgical de Cornavin.

b. Par réponse du 23 septembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, sur la base d'un rapport établi le 5 septembre 2022 par le Dr C_____, qui considérait ne pas pouvoir pas conclure que la lésion tendineuse à l'épaule droit de la recourante était survenue lors de l'événement de 2018.

c. Le 17 novembre 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

d. Elle a été entendue par la CJCAS le 15 février 2023.

e. Par courrier du 17 avril 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

f. Le 8 mai 2023, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert. S'agissant des questions, elle a suggéré la question complémentaire suivante : Au vu des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus, comment a évolué la capacité de travail de la personne expertisée, compte tenu de ses atteintes à l'épaule droite, entre le 16 mai 2018 et le 31 juillet 2021 ?

g. Le 8 mai 2023, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à soulever quant à l'expert nommé, ni d'observations particulières sur le questionnaire médical y afférent. Elle priait néanmoins la chambre de céans de bien vouloir accorder aux parties la possibilité de poser des questions complémentaires en fonction du contenu du rapport d'expertise qui sera rédigé.

EN DROIT

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.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée du 1er janvier au 31 juillet 2021 s'agissant de son atteinte à l'épaule droite.

4.

4.1 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l’événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

4.2 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

4.3 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l’obligation de prester 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; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

4.4 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 et les références), 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 précité consid. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

4.5 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

4.6 Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l’art. 17 LPGA n’est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l’accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l’événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d’assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

4.7 L’assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue

en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

4.8 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 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).

4.9 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; ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 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).

4.10 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance

prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

4.11 En cas de rechutes ou de séquelles tardives, 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).

4.12 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 des assurances 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).

5.

5.1 En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé d'avoir nié à tort le lien de causalité entre l'accident du 16 mai 2018 et ses troubles à l'épaule droite, à la suite de sa déclaration de rechute depuis mai 2019, et elle conteste la valeur probante de l'expertise du Dr C_____, considérant qu'elle comportait des contradictions.

5.2 En page 58 de son rapport du 30 juin 2021, le Dr C_____ a indiqué que la relation de causalité était au mieux possible entre l'événement du 16 mai 2018 et la lésion de la coiffe de l'assurée, qui avait nécessité une année plus tard une intervention par arthroscopie de l'épaule. Cette conclusion était motivée par le fait que si une déchirure traumatique était survenue en 2018, une amyotrophie aurait été visualisée une année plus tard sur l'examen IRM, voire même une infiltration graisseuse. Par ailleurs, il retenait que la recourante ne s'était pas plainte de son épaule dans les suites immédiates de l'accident et qu'enfin elle était née en 1965 et que les lésions de la coiffe étaient le plus souvent d'origine dégénérative à cet âge selon la littérature.

Puis, répondant à la question 7, qui lui demandait si des facteurs étrangers jouaient un rôle et si l'accident avait entraîné une aggravation des facteurs étrangers à l'accident, le Dr C_____ a indiqué que « les troubles à l'épaule droite » étaient en lien de causalité probable avec l'évènement accidentel ». À la page suivante, il indiquait que la contusion de l'épaule droite de la recourante avait provoqué une aggravation temporaire de l'état de l'épaule, sans atteinte clinique dans les suites rapprochées, que ce type de contusion simple cessait de déployer ses effets délétères au bout de trois mois et que le *statu quo sine* avait été atteint le 16 août 2018.

Si, le rapport du Dr C_____ peut apparaître contradictoire à première lecture, tel n'est en réalité pas le cas, puisque comme l'a relevé l'intimé, il distinguait la situation de lésion de la coiffe de la recourante – qui a nécessité l'arthroscopie de son épaule – pour laquelle il retenait un lien de causalité seulement possible et la contusion – qui avait pu survenir au moment de l'accident et pour laquelle il retenait un lien de causalité probable, mais avec un *statu quo sine* au 16 août 2018.

5.3 La recourante a fait valoir que contrairement à ce qu'avait retenu le Dr C_____, elle n'avait pas consulté pour ses troubles à l'épaule au mois de mai 2019 pour la première fois, mais avant.

Il ressort en effet du rapport établi par le Dr G_____ le 5 mai 2022 que la recourante l'a consulté le 21 janvier 2019 pour des douleurs qui persistaient à son épaule droite.

5.4 L'on peut s'étonner que le Dr C_____ ait mentionné dans son rapport que la recourante avait passé une IRM de l'épaule droite à la demande du Dr D_____ le 29 mai 2019, sans demander à ce dernier un rapport complémentaire plus détaillé au sujet de son épaule.

5.5 Par ailleurs, l'anamnèse à laquelle a procédé le Dr C_____ paraît insuffisante, dès lors qu'il n'a pas instruit la question de savoir depuis quand la recourante ressentait des douleurs à l'épaule droite et quand et quel médecin elle avait consulté pour la première fois pour cette épaule. Or, figurait au dossier, un arrêt de travail à 100% dès le 17 mai 2019, établi ce jour-là par le Dr D_____.

Cette pièce n'est pas mentionnée dans les actes principaux du dossier, alors qu'elle avait une importance certaine s'agissant de déterminer le lien de causalité entre les troubles à l'épaule droite de la recourante et l'évènement du 11 mai 2018.

5.6 Les conclusions du Dr C_____ sont en outre remises en cause, par les rapports établis les 27 novembre 2019 et 6 juillet 2021 par le Dr E_____, qui a indiqué que c'était selon lui l'assurance-accidents qui devait prendre les frais de traitement en charge et qu'il était légitime de considérer le nouvel épisode douloureux comme une rechute de l'accident. Cette appréciation, certes peu motivée, a un certain poids, car elle émane du chirurgien orthopédiste qui a procédé à l'arthroscopie de la recourante le 12 novembre 2019.

5.7 Il faut également tenir compte des déclarations de la recourante à la chambre de céans, laquelle a rendu vraisemblable qu'elle a pu subir une atteinte à son épaule droite lors de l'évènement et avoir minimisé cette atteinte, en raison des douleurs prépondérantes de son genou droit, qui était très gonflé, ce qui rendait la marche difficile. Comme elle prenait des antidouleurs pour son genou, ceux-ci agissaient également sur son épaule. Cela paraît confirmé par le fait que la recourante a indiqué avoir été consulter pour la première fois un médecin pour son épaule à la permanence de Cornavin, car elle avait de plus en plus mal et que les antidouleurs ne faisaient plus d'effet.

6.

6.1 Il résulte des considérations qui précèdent que le rapport d'expertise du Dr C_____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant rappelé qu'il suffit d'un doute minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, pour qu'il se justifie de faire procéder à des investigations complémentaires. Par conséquent, il se justifie d'ordonner une expertise orthopédique.

6.2 La question supplémentaire posée par l'intimée sera intégrée à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale de la recourante.

II. La confie au professeur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, _____, 1224 Chêne-Bougeries.

III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'expertisée.

C. Examiner l'expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de l'expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics** en lien avec l'atteinte et les plaintes de l'expertisée relatives à son épaule droite

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de l'expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de l'expertisée relatives à son épaule droite correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 Au vu des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus, comment a évolué la capacité de travail de la personne expertisée, compte tenu de ses atteintes à l'épaule droite, entre le 16 mai 2018 et le 31 juillet 2021 ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes à l'épaule droite de l'expertisée sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?

5.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint s'agissant de l'épaule droite de l'expertisée (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.3 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant à l'épaule droite de l'expertisée ?

Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint s'agissant de l'épaule droite de l'expertisée (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

6.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ (rapports des 30 juin 2021 et 5 septembre 2022) ? Pour quels motifs ?

6.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse F_____ (rapport du 7 septembre 2020) ? Pour quels motifs ?

6.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ (rapports les 27 novembre 2019 et 6 juillet 2021) ? Pour quels motifs ?

7. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles

IV. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires **dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise** auprès de la chambre de céans.

V. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le