

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1628/2022

ATAS/103/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 février 2024

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Maëlle KOLLY, avocate

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, juges assesseures

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. Elle était assurée par son employeuse pour le risque accidents auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
- B. a.** Elle a subi un accident le 16 mai 2018 alors qu'elle gardait un enfant de 2 ans dans le cadre de son travail. Selon la déclaration d'accident du 11 juin 2018, en descendant des escaliers avec l'enfant dans les bras, elle avait trébuché. Pour ne pas tomber, elle s'était retenue contre le mur et avait plié brusquement le genou et 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 à l'assurance, dans un questionnaire relatif au déroulement de l'accident, 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 de la causalité naturelle n'était ainsi plus donnée et les prestations d'assurance ne lui seraient dès lors plus versées à partir du 18 août 2018.
- d.** Le 17 mai 2019, le docteur D_____, généraliste, a certifié que l'assurée était incapable de travailler à 100% dès le 17 mai 2019 pour environ 15 jours.
- e.** Selon un 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 de l'assurée du 29 mai 2019, il y avait une anamnèse traumatique à ce niveau. L'IRM révélait une rupture partielle du tendon du sus-épineux au niveau de son tiers distal avec une bursite sous-acromio-deltaïdienne, une tendinose du sous-scapulaire, un kyste intra-spongieux au niveau de la tête humérale avec un 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, à 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 même mois.

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

i. Le 4 octobre 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie 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. Vu le bilan par arthro-IRM, il retenait une indication à pratiquer une réinsertion arthroscopique du tendon de l'assurée.

j. À cette fin, une garantie pour l'hospitalisation de l'assurée a été demandée à l'assurance le 30 octobre 2019.

k. 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.

l. Selon un compte-rendu opératoire du 13 novembre 2019, le Dr E_____ avait procédé, le jour précédent, à l'arthroscopie de l'épaule droite de l'assurée.

m. 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.

n. 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.

o. Le 13 janvier 2020, le Dr E_____ a constaté une bonne évolution de l'état de l'assurée. Elle 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.

p. Le 4 mai 2020, le Dr E_____ a indiqué avoir revu l'assurée à six mois de la réparation de sa coiffe des rotateurs de l'épaule droite et qu'elle 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 de cette épaule arrivait à sa fin. Neuf séances de

physiothérapie par renforcement musculaire étaient encore prescrites et une reprise professionnelle serait théoriquement possible dès le mois de juin.

q. Une RX de l'épaule droite de l'assurée du 5 août 2020 a permis de constater 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.

r. Le 26 août 2020, le Dr D_____ a indiqué voir l'assurée tous les 15 jours. L'évolution était 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 le 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.

s. Dans une appréciation médicale du 7 septembre 2020, la docteure F_____, médecin praticien FMH – SSM - SIM, a indiqué que les troubles de l'assurée présentaient selon toute vraisemblance un lien de causalité avec l'accident. Sur la base des rapports médicaux au dossier, 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.

t. 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_____.

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

v. Par décision du 25 janvier 2021, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'au vu des conclusions des Drs C_____ et F_____, la causalité naturelle entre l'accident et ses troubles à l'épaule droite n'était pas prouvée à satisfaction de droit. Elle n'avait donc pas à lui de servir des prestations pour son épaule droite, mais elle renonçait à demander le remboursement des prestations payées à tort.

w. Le 1^{er} 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 étaient alors plus importants, et par peur de perdre son emploi. Elle avait surveillé l'intensité et l'évolution de ses douleurs et de la 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, une IRM 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. Tout son côté droit « avait pris le mur » et elle s'était servie de son bras droit pour éviter une chute plus importante et protéger l'enfant. 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.

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

y. 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 pas soulevé de motif 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.

- C. 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 son annulation, à ce que le lien de causalité soit admis entre ses troubles de l'épaule droite et l'accident du 16 mai 2018 et à ce que l'assurance soit condamnée à la poursuite du versement de ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) du 1^{er} 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, elle a produit un certificat médical établi le 5 mai 2022 par le docteur G_____, du centre médicochirurgical de Cornavin, indiquant que l'assurée l'avait consulté le 20 mai 2018, suite à son traumatisme du genou droit survenu le 18 mai 2018, lors d'une chute dans des escaliers. Elle l'avait à nouveau consulté le 21 janvier 2019, en raison de la persistance des douleurs de son épaule avec diagnostics de cervicalgie et névralgies cervico-brachiales et doute sur une tendinopathie. Un traitement symptomatique et de la physiothérapie lui avaient été prescrits initialement.

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 conclure que la lésion tendineuse à l'épaule droite 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 chambre de céans le 15 février 2023.

e. Par ordonnance du 11 mai 2023 (ATAS/322/2023), la chambre de céans a ordonné une expertise qu'elle a confiée au professeur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, considérant que le rapport d'expertise du Dr C_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a considéré :

- que le Dr C_____ distinguait la situation de lésion de la coiffe de la recourante – qui avait 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.
- que la recourante avait 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 le 21 janvier 2019, selon le rapport établi le 5 mai 2022 par le Dr G_____ le 5 mai 2022.
- qu'on pouvait 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 cette épaule.
- que l'anamnèse à laquelle avait procédé le Dr C_____ paraissait insuffisante, dès lors qu'il n'avait 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.
- que les conclusions du Dr C_____ étaient en outre remises en cause, par les rapports établis les 27 novembre 2019 et 6 juillet 2021 par le Dr E_____, qui avait 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, avait un certain poids, car elle émanait du chirurgien orthopédiste qui a procédé à l'arthroscopie de la recourante le 12 novembre 2019.
- qu'il fallait également tenir compte des déclarations de la recourante à la chambre de céans, lesquelles rendaient vraisemblable qu'elle avait pu subir une atteinte à son épaule droite lors de l'événement et avoir minimisé cette atteinte, en raison des douleurs prépondérantes de son genou droit, qui était très gonflé, ce qui rendait la marche difficile, et du fait que les antidouleurs qu'elle prenait pour son genou agissaient également sur son épaule. Cela

paraissait confirmé par le fait que la recourante avait 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.

f. Dans son rapport du 25 août 2023, le Prof. H_____ a posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs chronique, rupture du supra-épineux au niveau de son insertion à droite, microfissure du sous-épineux au niveau de son insertion à droite, clivage interstitiel et lésion haute de type I du sous-scapulaire à droite, status post réparation rupture du sus-épineux à droite, status post réparation tendinose du tendon sous-scapulaire à droite, status ténotomie du long chef du biceps, gonarthrose bilatérale chronique et status post contusion genou droit.

L'état de l'épaule droite était stabilisé avec un *statu quo sine* depuis le 1^{er} juillet 2021, date à laquelle le Dr E_____ avait estimé que la rechute était stabilisée et que l'assurée pouvait reprendre le travail.

Il y avait, selon l'expert, incontestablement un substrat anatomique relatif à l'épaule droite. Le mécanisme lésionnel lors de l'événement du 16 mai 2018 avait été qualifié de nombreuses manières par les divers intervenants. La reconstitution de l'événement, à laquelle il avait procédé, montrait que l'assurée avait eu un mouvement de protection en élévation et abduction du bras droit et qu'elle n'avait pas heurté le mur avec le moignon de l'épaule. Un mouvement réflexe brusque et violent de cette nature était tout à fait apte à entraîner une rupture de coiffe sur un tendon déjà fragilisé par une tendinopathie chronique, mais asymptomatique et infraclinique. En conclusion, il était probable à plus de 50% que le mouvement de protection soudain ait pu causer ou largement aggraver une rupture de la coiffe, qui était devenue par-là symptomatique.

Le *statu quo ante* avait été atteint le 1^{er} juillet 2021, comme cela était confirmé par le Dr E_____ pour l'épaule et dès le 17 août 2018 pour la contusion du genou sur gonarthrose préexistante.

Il existait des signes ou stigmates dégénératifs sur les examens d'imagerie. L'événement du 16 mai 2018 avait causé un mouvement brusque et violent qui avait très probablement pu produire une déchirure transfixiante du sus-épineux et une tendinopathie fissuraire sans rupture par étirement brusque sous-scapulaire, ces deux tendons étant pré-térités par des lésions dégénératives préexistantes, mais infra-cliniques et demeurant asymptomatiques jusqu'à l'événement. L'absence d'amyotrophie musculaire ou d'involution graisseuse démontrait qu'il n'y avait pas une atteinte de longue date.

g. Le 19 septembre 2023, la recourante a considéré que l'expertise du Prof. H_____ était probante et a confirmé ses conclusions en demandant l'annulation de la décision sur opposition du 14 avril 2022 et la condamnation de l'intimée au versement des prestations LAA (indemnités journalières et frais médicaux) entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2021, avec suite de frais et dépens.

h. Le 20 septembre 2023, l'intimée a émis des critiques contre le rapport d'expertise du Prof. H_____ et maintenu ses précédentes conclusions.

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 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 1^{er} janvier au 31 juin 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 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler

qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4.8 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).

4.9 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).

4.10 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).

4.11 Il faut relever à cet égard que la jurisprudence concernant les premières déclarations ou les déclarations de la première heure, devant se voir reconnaître une force probante plus élevée que les suivantes (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a), ne constitue pas une règle de droit absolue, faute de quoi elle entrerait en conflit avec le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA). De telles déclarations sont des hypothèses abstraites dont la teneur dépend notamment du taux de compréhension que peut en avoir l'assuré concerné et de la situation personnelle ou financière de celui-ci qui ne peut être considérée comme figée à l'époque de leur première émission (arrêt du Tribunal fédéral 9C_139/2010 du 29 octobre 2010 consid. 3.2).

5.

5.1

5.1.1 L'intimée conteste les conclusions de l'expert judiciaire, relevant, dans un premier grief, que pour expliquer le long délai entre l'accident du 16 mai 2018 et la première plainte de douleurs à l'épaule et l'IRM du 29 mai 2019, l'expert avait simplement indiqué que les douleurs au genou étaient prédominantes, reprenant ainsi uniquement les dires de la recourante, sans les justifier médicalement, ce qui peinait à convaincre.

5.1.2 De manière générale, les déclarations de la personne assurée sur le déroulement de l'événement et l'évolution du cas font parties des éléments sur lesquels les experts fondent leurs conclusions, pour autant qu'elles soient convaincantes et corroborées par le dossier et l'examen médical.

En l'occurrence, l'expert s'est en effet fondé sur les déclarations de la recourante, selon lesquelles son problème principal après l'événement était son genou, car il lui avait causé de vives douleurs et avait enflé, ce qui expliquait selon l'expert qu'elle n'avait mentionné que le genou à l'assurance pensant que pour l'épaule « ça allait passer ». L'expert a également relevé dans ce contexte que la paralysie n'intervenait que si l'arrachement tendineux était important, ce qui n'avait pas été le cas lors de l'événement. Il en résulte que des constats médicaux corroboraient selon lui le fait que la recourante avait pu minimiser son atteinte à l'épaule.

5.2

5.2.1 L'intimée a encore fait valoir que le mécanisme de l'accident tel qu'établi par le Prof. H_____ par sa reconstitution n'était pas détaillé auparavant dans le dossier. La recourante avait en particulier indiqué dans le questionnaire du 20 juin 2018 qu'elle avait chuté et eu un choc du genou contre le mur et les Drs G_____ et H_____ avaient également évoqué une chute. On ne pouvait ainsi reprocher à ses médecins-conseils d'avoir retenu le mécanisme d'une chute.

5.2.2 Si la recourante a évoqué une chute dans les escaliers dans le questionnaire du 20 juin 2018, il ressort de la déclaration d'accident du 11 juin 2018 que l'événement n'était pas décrit de la même manière, puisqu'il y était indiqué par l'employeuse qu'en descendant des escaliers avec l'enfant dans les bras, l'assurée avait trébuché et que « pour ne pas tomber », elle s'était retenue contre le mur et avait plié brusquement le genou et ressenti une grosse douleur.

Le déroulement exact de l'événement est ainsi sujet à interprétation et la version des faits retenue par le Prof. H_____, telle qu'elle ressort de sa reconstitution, correspond à la première description faite par la recourante à son employeur, de sorte qu'elle est convaincante. De plus, il faut relever que la description de l'accident faite par le Dr C_____ relève de l'hypothèse, puisqu'il retenait une contusion de l'épaule « qui avait pu survenir » au moment de l'accident et qu'une contusion de l'épaule n'a pas été constatée, à teneur des premiers rapports médicaux.

5.3

5.3.1 L'intimée a encore relevé qu'en ce qui concernait la notion de dégénérescence, l'expert avait à peine évoqué l'âge de la recourante (53 ans) ainsi que son obésité, qui impliquait avec le diabète des dégénérescences.

5.3.2 L'expert judiciaire a résumé la littérature concernant la clinique de la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs, en citant des études qui se référaient au groupe d'âges des personnes analysées. Il a précisé dans son analyse du cas, en lien avec le rapport du Dr C_____ du 30 juin 2021, que l'âge de 53 ans, soit celui de l'assurée, était un âge charnière en matière de coiffes dégénératives ou traumatiques et qu'il pouvait exister l'une ou l'autre à cet âge comme le démontraient les séries cliniques. L'on ne peut ainsi reprocher à l'expert de pas avoir suffisamment tenu compte de l'âge de la recourante. L'expert a en outre évoqué le BMI de celle-ci et le fait qu'elle était diabétique. La critique peu motivée de l'intimée sur les dégénérescences impliquées par le diabète et l'obésité ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert judiciaire.

5.4 La chambre de céans a déjà considéré dans son ordonnance d'expertise que le rapport d'expertise du Dr C_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.5 L'appréciation médicale du 7 septembre 2020 de la Dre F_____, qui concluait qu'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, n'est que brièvement motivée et n'amène aucun élément qui aurait été ignoré par l'expert. Elle ne remet ainsi pas en cause les conclusions du Prof. H_____.

5.6 En conclusion, l'expert a procédé à un examen approfondi du cas et ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Son rapport doit ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante.

6. Sur cette base, il y a lieu de retenir que les troubles de la recourante à l'épaule droite étaient en relation de causalité naturelle avec l'événement du 16 mai 2018, de sorte que l'intimée doit prendre en charge son cas pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 14 avril 2022 annulée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge le cas de la recourante entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2021.

7.2 La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

7.3 Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans, au motif que le rapport d'expertise du Dr C_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise à la charge de l'intimée.

7.4 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 14 avril 2022.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge le cas de la recourante entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2021.
5. Alloue à la recourante CHF 3'000.- à titre de dépens à la charge de l'intimée.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 7'000.-, selon la facture du 25 août 2023 du professeur H_____, à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le