

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/234/2025

ATAS/1041/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Thomas BÜCHLI, avocat

contre

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

intimée

représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

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

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____1968, employée aux B_____
(ci-après : B_____), a été victime d'un accident non professionnel le 21 décembre 2021.
- b.** Selon la déclaration de sinistre complétée par les B_____, transmise le 3 janvier 2022 à la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée), l'assurée s'adonnait à la pratique de l'équitation dans un centre équestre lorsqu'elle a été désarçonnée de son cheval en plein galop. En chutant, sa tête avait heurté le sol. Sous la rubrique « Blessure », la déclaration mentionnait un traumatisme crânien et des cervicales.
- c.** La SUVA a alloué des prestations en prenant provisoirement en charge l'incapacité de travail totale et le traitement médical consécutifs à cet événement.
- B.**
- a.** Dans un rapport du 22 décembre 2021, ayant pour objet une CT (*computerized tomography*; tomographie assistée par ordinateur) cervicale, motivée par des douleurs en C2-C3, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué qu'il n'y avait pas de tassement vertébral ni de fracture visible. Il notait toutefois qu'il existait une discopathie modérée cervicale basse, une uncarthrose étagée modérée, ainsi que des remaniements des plateaux vertébraux en lien avec les discopathies.
- b.** Le 8 février 2022, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie a réalisé une échographie de l'épaule droite de l'assurée. Il a noté que le tendon infra-épineux présentait un aspect irrégulier et hypoéchogène, compatible avec une tendinopathie. Pour le reste, l'examen du jour ne montrait pas de signe de déchirure transfixiante. Les autres tendons de la coiffe des rotateurs ne montraient pas d'anomalie visible. Il n'y avait pas de tendinopathie significative, de calcification interne ou de déchirure. Le tendon du long chef du biceps était bien en place dans la gouttière et sans signe d'anomalie significative de sa structure interne. Le Dr D_____ notait enfin la présence d'une atteinte dégénérative débutante acromio-claviculaire, qui était sans signe d'instabilité décelable à l'échographie du jour.
- c.** Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale du 8 février 2022, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie a estimé que les données cervicales étaient sans argument en faveur d'un tassement vertébral, d'une fracture osseuse d'allure récente du processus odontoïde et de l'arc neural, d'une lésion ligamentaire, ou encore d'une déchirure de la musculature paracervicale. Pour le reste, le bilan effectué illustre une spondylodiscarthrose modérée de C4-C5 à C6-C7, compliquée d'une sténose foraminale modérée C5-C6 droite, d'origine disco-uncarthrosique et d'une sténose foraminale modérée C6-C7 gauche secondaire à une protrusion discale focale

C6-C7 intra foraminale gauche venant au contact intime avec la portion intra foraminale de la racine C7 gauche, sans qu'il y ait de franche compression radiculaire objectivable. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une hernie discale ou d'un canal cervical étroit.

d. Dans un rapport du 4 mars 2022, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, a établi une brève anamnèse en mentionnant que l'assurée, après avoir chuté en avant, s'était réceptionnée sur le crâne avec une déviation de la nuque sur la droite et un craquement. Depuis lors, elle se plaignait de douleurs qui avaient été d'abord cervicales (avec raideur) et qui s'étaient progressivement propagées sur le membre supérieur droit (avec apparition d'une capsulite et d'une tendinite de l'épaule) puis, plus bas, sur le dos et la hanche gauche (exacerbation de la tendinite de la hanche gauche). Elle décrivait, en outre, un manque de force de la main avec lâchage d'objets, un manque de sensibilité au niveau du pouce et, dans une moindre mesure, de l'index. Le Dr F_____ notait cependant que l'IRM cervicale, qui était plutôt rassurante, montrait une sténose foraminale C5-C6 droite et C6-C7 gauche. Évoquant le status neurologique de la nuque et des membres supérieurs, ce médecin a indiqué que la première était bloquée en raison des douleurs avec une limitation des amplitudes articulaires douloureuse. Quant aux seconds, leur inspection, comprenant le tonus musculaire, s'était révélée sans particularité. Leur sensibilité superficielle et profonde était conservée, à l'exception d'un doute au sujet d'une discrète hypoesthésie subjective de la face dorsale du pouce droit. Cependant, l'électroneuromyographie (ci-après : ENMG) s'était révélée normale pour le membre supérieur droit et ne montrait, en particulier, aucun signe de dénervation dans l'ensemble des myotomes C5 à Th1. Ce résultat n'excluait pas la possibilité d'une radiculalgie purement irritative, étant rappelé que l'IRM précitée laissait apparaître la présence d'une sténose foraminale C5-C6 droite.

e. Le 17 mars 2022, lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA, l'assurée a expliqué qu'elle n'allait pas mieux. Rappelant qu'elle était tombée de cheval la tête la première, elle a précisé qu'elle était « toute bloquée du côté droit », avec une tendinite et une capsulite à l'épaule droite, ainsi qu'une tendinite à la hanche droite. À cela s'ajoutaient des douleurs vertébrales et cervicales. Elle n'arrivait pas à se lever le matin et était sujette à des vertiges en se baissant.

f. Le 25 avril 2022, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une arthrographie et une arthro-IRM de l'épaule droite avec infiltration. Il a relevé, sur le plan tendineux et ligamentaire, une déchirure transfixiante dans la région de l'insertion postérieure du sus-épineux s'étendant sur environ 2 cm dans le plan du tendon et sur 1 cm dans le plan antéropostérieur avec une discrète rétraction tendineuse. Il relevait l'intégrité du tendon du sous épineux, du sous-scapulaire et du long chef du biceps. Ce dernier était bien en place dans sa gouttière et continu. En outre, la trophicité musculaire était conservée. En

revanche, il existait une importante arthropathie acromio-claviculaire avec hyperostose des berges articulaires ainsi qu'une ébauche d'omarthrose.

g. Dans un rapport du 11 mai 2022 adressé au docteur H_____, médecin adjoint agrégé au service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, le docteur I_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a posé les diagnostics d'état inflammatoire de l'épaule droite sur lésion subtotale du tendon sus-épineux (avec extension dans la partie haute de ce tendon) et de suspicion d'une capsulite rétractile débutante en phase 1. Sur le plan anamnestique, la région nuque-trapèze était fortement douloureuse depuis la contusion/entorse de la nuque survenue lors de la chute avec réception sur la tête. Quatre semaines après cet événement, les douleurs s'étaient étendues vers l'épaule droite et jusqu'à la main avec un crescendo rapide. Actuellement, les douleurs étaient présentes en permanence et augmentaient de manière momentanée à la mobilisation et aux activités contraignantes du bras droit. À cela s'ajoutaient des douleurs nocturnes régulières. Vu la pathologie, le Dr I_____ était d'avis qu'il n'était pas nécessaire d'attendre l'évolution de la capsulite rétractile avant de procéder à une suture tendineuse. La période de récupération qui en découlerait pourrait facilement durer 18 mois.

h. La SUVA a soumis le dossier à son médecin-conseil, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a rendu une brève appréciation le 8 août 2022. Invité à dire si l'état de santé de l'assurée au niveau de la région corporelle affectée par l'accident était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà affectée avant l'accident de manière asymptomatique ou manifeste, ce médecin a répondu « oui très grosse arthrose acromio-claviculaire ». En revanche, l'accident du 21 décembre 2021 avait causé, au degré de la vraisemblance prépondérante, une atteinte du sus-épineux et une capsulite rétractile. Invité à dire à partir de quand les suites de l'accident ne joueraient plus de rôle au degré de la vraisemblance prépondérante, il a indiqué qu'il fallait « se donner jusqu'à fin septembre ».

i. Dans un rapport du 12 août 2022, adressé au Dr I_____, le Dr H_____ a rappelé que l'assurée avait été victime d'un traumatisme consécutif à une chute de cheval. Elle avait présenté une commotion cérébrale et le développement de douleurs à son épaule avec un diagnostic de capsulite rétractile. Au bilan, on retrouvait également une lésion transfixiante de la coiffe supérieure. À l'examen clinique du jour, la douleur était localisée « à la grande tubérosité à la gouttière bicipitale ». Les mobilités articulaires étaient limitées avec une élévation active à 120°. Le bilan radiologique ne montrait « aucune lésion transfixiante du sus-épineux avec des signes de remaniement au niveau bicipital ». Le Dr H_____ avait discuté, ce jour, de l'indication à une arthroscopie de l'épaule droite avec réinsertion de coiffe et ténodèse du long chef du biceps.

j. Dans un compte-rendu opératoire du 21 octobre 2022, relatif à une intervention du 19 octobre 2022 ayant consisté, sous arthroscopie de l'épaule droite, en une réinsertion du sus-épineux et une ablation de moignon tendino-intra-articulaire, le

Dr H_____ a posé les diagnostics de rupture partielle articulaire du sus-épineux et de rupture préalable du long chef du biceps avec moignon intra-articulaire. La rééducation pourrait commencer trois semaines après cette intervention.

k. Dans un rapport IRM de l'épaule du 30 janvier 2023, les docteurs K_____ et L_____, respectivement médecin chef de clinique et médecin interne auprès du service de radiologie des HUG, ont noté à trois mois de l'intervention du 19 octobre 2022, qu'il existait :

- des stigmates de réinsertion du tendon supra-épineux droit avec lésion transfixiante d'environ 1 cm de la portion antérieure de ce tendon, de type IV selon la classification de Sugaya ;
- une tendinopathie non fissuraire du tendon sous-scapulaire ;
- une discrète amyotrophie du muscle supra-épineux, présentant un œdème musculaire à son insertion proximale, vraisemblablement d'origine mécanique ;
- une dégénérescence graisseuse de Goutallier I de l'ensemble de la musculature de la coiffe des rotateurs.

l. Le 21 février 2023, le Dr H_____ a délivré un arrêt de travail à 100% à l'assurée, valable jusqu'au 19 mars 2023.

m. Le 14 mars 2023, le Dr J_____ a pris position sur une série de questions de la SUVA à la suite de l'opération du 19 octobre 2022. Invité à dire si l'accident du 21 décembre 2021 avait entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, « d'autres lésions structurelles objectivables », celui-ci a répondu « une atteinte sus-épineux une capsulite rétractile ».

À la question de savoir si le dommage sur lequel avait porté l'opération précitée était imputable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident, il a indiqué « oui probablement ».

Enfin, il était nécessaire que la SUVA se procure « la fiche de poste ». Compte tenu de l'activité d'assistante administrative de l'assurée, il était en effet possible qu'une reprise à temps partiel fût possible.

n. Le 21 mars 2023, le Dr H_____ a prolongé l'arrêt de travail complet de l'assurée jusqu'au 19 avril 2023.

o. Les 3, 4 et 19 avril 2023, la SUVA a reçu :

- un rapport du 17 octobre 2022 du docteur M_____, spécialiste FMH en radiologie, relatif à une angio-IRM pratiquée le même jour. Sous « indication », ce médecin mentionnait que depuis sa chute sur la tête en décembre 2021, l'assurée ressentait une sensation vertigineuse positionnelle avec nausées, asthénie et troubles de la mémoire. Après analyse des images, il a constaté que l'artère vertébrale gauche présentait un aspect filiforme, pouvant être compatible avec une dissection artérielle. Pour le surplus, il n'y

avait pas d'hémorragie intracrânienne, ni de lésion ischémique, inflammatoire ou évolutive décelable. Cependant, le Dr M_____ recommandait de recueillir l'avis d'un neurologue :

- un courrier du 22 février 2023 du Dr H_____, adressé à la docteure N_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, dans lequel ce chirurgien orthopédiste indiquait avoir revu l'assurée le 31 janvier 2023 après la réalisation d'une IRM qui confirmait l'intégrité de la réparation chirurgicale. Dans ce contexte, le Dr H_____ était d'avis que l'étiologie des douleurs inhabituelles était éventuellement attribuable à un début de *complex regional pain syndrom* (syndrome régional douloureux complexe : ci-après : CRPS). Cependant, dans la mesure où l'assurée présentait tout de même une symptomatologie sous forme de paresthésies et d'engourdissement de la main, il existait une possible pathologie systémique, d'ordre rhumatologique, à investiguer. Sur la base de ces éléments, le Dr H_____ proposait d'effectuer un contrôle avec « nos spécialistes de [la] réhabilitation », ajoutant qu'il serait probablement bénéfique d'envisager de compléter l'approche par une thérapie par TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* ; neurostimulation électrique transcutanée) ;
- un rapport d'examen neuropsychologique du 16 mars 2023 de O_____, docteure en psychologie et spécialiste en neuropsychologie FSP, relatif à une évaluation de l'assurée effectuée le 17 février 2023. Les antécédents étaient marqués par un facteur V de Leiden (coagulation plus rapide du sang) et de migraines récurrentes depuis toujours, une maladie de Menière (vertiges et acouphènes) depuis 10 ans, une Covid-19 ayant entraîné des difficultés de mémoire et pour trouver ses mots le 7 novembre 2020 et, depuis le 22 décembre 2021, par une commotion cérébrale consécutive à un accident de cheval avec perte de connaissance d'une minute, mais sans amnésie circonstancielle, ni hospitalisation. Il n'y avait pas eu de tassement vertébral mais un nerf avait été légèrement écrasé. Sur le plan des habitudes, l'assurée, qui consommait de l'alcool en quantités raisonnables dans un contexte festif, n'en consommait plus depuis l'accident, en raison des migraines que cela lui causait. En outre, alors qu'elle s'occupait sans difficulté de l'ensemble des repas et tâches ménagères avant l'accident, tel n'était plus le cas aujourd'hui dans la mesure où elle avait besoin d'aide pour toutes les tâches demandant un effort physique. Quant aux tâches administratives, elle les gérât avec l'aide de son compagnon afin de ne pas faire d'erreur et de ne rien oublier. Par ailleurs, elle ne lisait quasiment plus en raison de la fatigue importante que cette activité générait. En outre, elle ne conduisait que lorsqu'elle n'avait pas d'autre choix et sur des trajets n'excédant pas 20 minutes. Depuis son accident, elle avait beaucoup de mal à rester sur les écrans en raison d'une fatigue trop importante. Enfin, elle était relativement isolée sur le plan social, en ce sens qu'elle ne voyait quasiment plus ses amis. En revanche, elle était

bien entourée par sa famille. Sur le plan des plaintes cognitives, émotionnelles et comportementales, le langage de l'assurée était caractérisé par une difficulté à trouver ses mots depuis l'infection à la Covid-19 en 2020. L'accident de 2021 avait toutefois exacerbé cette symptomatologie. Sur le plan mnésique, elle décrivait des difficultés à se souvenir des dates et de ce qu'elle devait faire. Elle avait du mal à enregistrer de nouvelles informations mais n'avait pas de problème pour se rappeler de souvenirs plus anciens. Sur le plan attentionnel et exécutif, elle avait du mal à rester concentrée depuis son accident. En outre, alors qu'elle n'avait jamais eu de problème d'organisation, elle avait besoin, depuis cet événement, de l'aide de son téléphone pour s'organiser au quotidien. Enfin, l'accident avait eu des effets sur le plan thymique (anxiété et tristesse) et de la fatigue, qu'elle décrivait comme étant chronique, avec « un brouillard permanent » et des « périodes confusionnelles régulières ». Après avoir fait passer les tests neuropsychologiques à l'assurée, la neuropsychologue O_____ a conclu que le bilan mettait en évidence des troubles sévères sur le plan exécutif (inhibition, planification, flexibilité mentale, auto-activation), attentionnel (vitesse de traitement, intensité) et de la mémoire de travail (mise à jour, empans verbaux à l'envers et en ordre croissant possiblement déficitaires). Le reste du tableau se situait dans les normes, compte tenu de l'âge, du sexe et du nombre d'années d'études (ECG à l'adolescence et deux ans d'études commencées à l'âge de 40 ans, achevées par l'obtention d'un CFC de commerce). Sur un plan clinique, elle semblait non seulement triste et ralentie, mais aussi fatiguée au bout de deux heures d'examen (bâillements), demandant si le rendez-vous serait bientôt terminé. En l'absence d'évidence pour une autre étiologie, ces troubles semblaient compatibles avec les séquelles de la chute survenue le « 22.12.2021 » (*recte* : 21 décembre 2021) et du probable traumatisme craniocérébral (ci-après : TCC) subi par cette assurée connue pour ses migraines chroniques. À plus d'un an de l'accident, les troubles étaient encore marqués et le tableau était quelque peu hétérogène (mémoire épisodique dans les normes supérieures ; fonctions exécutives fortement déficitaires).

p. Dans un rapport du 24 mai 2023, relatif à une consultation du 2 mai 2023, le Dr H_____ a indiqué que les problèmes qui subsistaient au premier plan à sept mois de l'intervention du 19 octobre 2022 consistaient d'une part, en engourdissements et paresthésies de la main droite et d'autre part, en douleurs à l'épaule droite. À l'examen clinique de cette dernière, la palpation mettait en évidence des douleurs au niveau de l'acromio-claviculaire, avec une élévation antérieure n'atteignant que 90° en actif mais avec une bonne marge de progression au vu du passif. La continuation du suivi, sous forme de traitement conservateur, serait assurée par la docteure P_____, spécialiste FMH en médecine physique et de réadaptation, le but étant d'effectuer un travail en physiothérapie portant sur l'amplitude et la mobilisation, complété, cas échéant, par une thérapie de type TENS.

q. Dans un rapport du 26 mars 2023, la docteure Q_____ (ci-après : la Dre Q_____), spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que le bilan réalisé par la neuropsychologue O_____ avait mis en évidence des troubles sévères sur le plan exécutif, attentionnel et de la mémoire de travail et que sur le plan clinique, l'assurée semblait triste et ralentie. L'origine des troubles était très probablement multifactorielle, mais la cause principale était constituée par le TCC et l'entorse cervicale consécutifs à la chute survenue le « 22.12.2022 » (*recte* : 21 décembre 2021). À cela s'ajoutaient les vertiges sur maladie de Menière qui avaient été exacerbés depuis la chute. Leur participation aux troubles était probable, car les mécanismes de compensation centrale engendraient une fatigue et très fréquemment des troubles cognitifs. Enfin, les troubles évoqués s'expliquaient également par un état anxio-dépressif réactionnel qui semblait présent.

r. Le 16 mai 2023, les B_____ ont transmis à la SUVA une description de l'activité d'assistante administrative que l'assurée y exerçait.

s. Le 7 juillet 2023, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

t. Dans un rapport du 11 juillet 2023, relatif à une radiographie de l'épaule du 2 mai 2023, les docteurs AB_____ et AC_____, respectivement chef de clinique et médecin interne auprès du service de radiologie des HUG, ont indiqué que le status post-ténodèse du supra-épineux était à corrélérer à l'IRM de janvier 2023. Ils ne relevaient pas de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aigüe visible, notamment pas de luxation ni de fracture. L'espace sous-acromial était préservé, la tête humérale centrée sur la glène mais il existait une arthrose acromio-claviculaire débutante.

u. Invité une nouvelle fois par la SUVA à se déterminer, le Dr J_____ a indiqué le 4 août 2023 qu'il avait déjà donné ses réponses au sujet des diagnostics et qu'en l'état, il lui manquait, entre autres, le rapport neurologique de la Dre Q_____. Par ailleurs, un avis du neurologue conseil de la SUVA lui paraissait souhaitable, de même qu'un séjour de l'assurée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).

v. Dans une note du 1^{er} septembre 2023, relative à un entretien téléphonique avec la SUVA, l'assurée a indiqué qu'elle était d'accord de se rendre à la CRR mais trouvait la durée du séjour prévue (entre trois et six semaines) trop longue. En effet, elle avait une fille en bas âge et son mari était soumis à des horaires de travail irréguliers.

w. Le 20 septembre 2023, la Dre Q_____ a adressé à la Dre N_____ un avis neurologique basé sur un rapport de consultation du 7 novembre 2022 et une discussion du cas. L'assurée avait présenté un TCC, responsable d'une entorse cervicale, sans lésions post-traumatiques sur l'IRM cervicale et cérébrale du 17 octobre 2022. Il n'y avait pas non plus d'anomalie de la circulation vasculaire à l'écho-Doppler carotido-vertébral du 7 novembre 2022. L'aspect filiforme de

l'artère vertébrale gauche visualisé sur l'angio-IRM correspondait aux flux d'une artère hypoplasique, sans aucun signe en faveur d'une dissection. À la suite de ce traumatisme, il persistait, après 11 mois, des cervicalgies, des troubles de la concentration, de la fatigue, des vertiges (qui étaient probablement d'origine mixte, soit cervicale et oto-rhino-laryngologique [ci-après : ORL] sur maladie de Menière « ± cupulolithiase ? »). À cela s'ajoutait également le problème de l'épaule droite, post-traumatique, même si la Dre Q_____ reconnaissait n'avoir pas beaucoup d'informations à ce sujet.

x. Par appréciation du 15 novembre 2023, la docteure R_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin conseil de la SUVA, a estimé, après examen des pièces du dossier, que les troubles relatés par la neuropsychologue O_____ semblaient incompatibles avec les séquelles de la chute survenue le « 22.12.2021 » (*recte* : 21 décembre 2021) encore décrits et marqués plus d'un an après l'accident. L'assurée avait été ensuite « bilantée » également par la Dre Q_____ qui décrivait un tableau mixte également exacerbé par la maladie de Menière préexistante. Invitée à indiquer notamment s'il y avait lieu d'attendre, au degré de la vraisemblance prépondérante, de traitements supplémentaires une amélioration de l'état de santé résultant de l'accident, la Dre R_____ a indiqué qu'elle ne pouvait pas se prononcer en l'état, y compris sur une éventuelle atteinte à l'intégrité corporelle ainsi que la capacité de travail résiduelle à la suite des séquelles de l'accident, tant que le dossier ne serait pas complété par une nouvelle IRM cérébrale et le rapport du docteur S_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. En l'état, elle pouvait néanmoins affirmer qu'en cas de présence d'une lésion structurelle liée à l'événement initial, corroborée par un bilan « en ce temps-là », la stabilisation pouvait intervenir dans un délai de deux ans. En revanche, si la nouvelle IRM cérébrale montrait une absence de lésion structurelle, une stabilisation interviendrait plus tôt.

y. Le 24 novembre 2023, la SUVA a reçu un rapport du 11 mars 2022 du Dr S_____. Celui-ci avait vu l'assurée à sa consultation à la suite d'un traumatisme rachidien cervical dont elle gardait des symptômes douloureux. Survenue le 21 décembre 2021, la chute de cheval dont elle avait été victime avait causé un TCC, responsable d'une entorse cervicale avec sensation de craquement. Il avait pu rassurer l'assurée quant à l'absence d'atteinte neurologique, de syndrome radiculaire important et de syndrome déficitaire. Les réflexes étaient présents et symétriques sans signe d'atteinte de la lignée pyramidale. Le syndrome rachidien était modéré, avec une mobilité contrariée, mais principalement en raison d'une appréhension à la mobilité. Après avoir examiné l'IRM de la colonne cervicale, il considérait que la situation était rassurante, qu'il n'y avait pas de traumatisme vertébral osseux, ligamentaire ou discal, bien qu'il existât des signes d'une cervicarthrose, jugée classique dans cette tranche d'âge, avec tout de même une sténose foraminale C5-C6 droite, susceptible d'expliquer quelques irradiations en direction du moignon de l'épaule. Par acquis de conscience, une

ENMG avait été réalisée. Celle-ci ne montrait aucune lésion radiculaire. Il n'y avait pas d'indication de prise en charge neurochirurgicale à la suite de ce traumatisme cervical. Au vu de l'évolution symptomatique lente et incomplète, il conseillait de prendre un avis complémentaire orthopédique pour l'optimisation du traitement des tendinopathies multiples et de la capsulite. Pour sa part, le Dr S_____ n'avait pas prévu de revoir l'assurée.

z. Le 19 février 2024, la SUVA a noté que l'assurée était d'accord d'effectuer un séjour de trois jours à la CRR. Il convenait en conséquence de contacter cet établissement et d'organiser le séjour.

C. a. Invitée à donner son avis sur un tel séjour, la Dre R_____ a indiqué le 21 février 2024 qu'elle n'avait pas demandé que l'on envoyât l'assurée à la CRR. Cette proposition émanait possiblement de son confrère orthopédiste. D'un point de vue neurologique, elle estimait, pour sa part, qu'un nouveau bilan par IRM cérébrale « et le consilium » seraient largement suffisants.

b. Le 22 février 2024, le Dr J_____ a indiqué que si la Dre R_____ n'avait pas besoin d'une telle évaluation à la CRR, celle-ci se résumait à un problème orthopédique et fonctionnel. Aussi le Dr J_____ a-t-il estimé qu'il convenait de demander à la Dre P_____ de fournir un « rapport actuel récapitulatif détaillé ».

c. Le 15 mars 2024, la SUVA a reçu :

- un rapport du 16 janvier 2024 du docteur T_____, spécialiste FMH en radiologie, relatif à une IRM cérébrale et des troncs supra-aortiques pratiquée le même jour. Ce médecin a rappelé en préambule que la SUVA lui avait demandé d'effectuer un examen comparatif de cette IRM avec celle du 17 octobre 2022, ce en vue de déterminer, d'une part, si on était en présence d'une dissection ou d'une hypoplasie de l'artère vertébrale gauche et, d'autre part, si on notait la présence de lésions de type hémorragique post-traumatiques, consécutives à la chute de cheval du « 27.12.2021 » (*recte* : 21 décembre 2021). Livrant son analyse de l'IRM du jour, le Dr T_____ a indiqué notamment qu'il n'y avait pas d'anomalie de signal en diffusion pour une atteinte ischémique d'allure récente. Par ailleurs, la séquence T2 n'avait pas mis en évidence d'éléments en hyposignal, évocateurs d'une lésion micro-hémorragique de type lésion axonale diffuse. En conclusion, il n'y avait pas d'anomalie pour une atteinte ischémique ou hémorragique d'allure récente ou ancienne. Il n'y avait pas non plus d'argument pour une séquelle post-traumatique, notamment pas d'image évocatrice de lésion axonale diffuse, ni de prise de contraste pathologique, ni de lésion sur le polygone de Willis. L'analyse des troncs supra-aortiques ne démontrait pas d'élément pour une dissection, mais une hypoplasie constitutionnelle de l'artère vertébrale gauche. En tant que l'IRM du 17 octobre 2022 suspectait une possible dissection de l'artère vertébrale gauche, ce diagnostic n'était pas retenu ce jour. L'aspect était en faveur d'une hypoplasie constitutionnelle de cette artère vertébrale ;

- un rapport du 13 mars 2024 du Dr T_____, ayant pour objet le « consilium du 28.12.2023 ». Ce médecin a rappelé à titre liminaire qu'on lui demandait de faire une relecture de l'IRM du 17 octobre 2022 et de déterminer si l'on était en présence d'une dissection ou plutôt d'une hypoplasie de l'artère vertébrale gauche. À la lumière de la relecture qu'il avait effectuée, le Dr T_____ ne retenait pas d'argument en faveur d'une dissection. En effet, l'artère vertébrale gauche semblait se terminer en « PICA » (*Postero-inferior cerebellar artery*; artère cérébelleuse postéro-inférieure), ce qui expliquait son hypoplasie constitutionnelle.

d. Par appréciation du 19 mai 2024, la Dre R_____ a estimé que d'un point de vue « neuro-neurochirurgical », l'assurée avait recouvré sa capacité de travail à 100% trois mois après l'accident du 21 décembre 2021. À l'appui de cette conclusion, elle a indiqué qu'il ressortait du rapport du 11 mars 2022 du Dr S_____ que le syndrome radiculaire était modéré et qu'il n'y avait objectivement pas d'atteinte neurologique ni de syndrome déficitaire. L'ENMG réalisée « ne demande » (*recte* : « ne montrait ») aucune lésion radiculaire et le Dr S_____ retenait l'absence d'indication de prise en charge neurochirurgicale à la suite du traumatisme cervical subi, tout en réservant un avis complémentaire orthopédique au sujet des tendinopathies et de la capsulite. Quant au Dr T_____, celui-ci avait exclu une dissection ou une autre atteinte structurelle après l'IRM cérébrale et des troncs supra-aortiques du 16 janvier 2024.

e. Également invité à faire part de son appréciation, le Dr J_____ a rappelé le 21 mai 2024 qu'il avait besoin des rapports de la Dre P_____ couvrant la période 2023-2024. Si ceux-ci n'existaient pas, il était probable qu'un examen devînt nécessaire, car il lui était impossible de répondre objectivement aux questions purement somatiques.

f. Le 22 mai 2024, le secrétariat des HUG a informé la SUVA que la Dre P_____ n'avait jamais vu l'assurée en consultation.

g. Le 24 mai 2024, la SUVA a reçu un rapport du 24 juillet 2023 du docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, relatif à une infiltration acromio-claviculaire et de la bourse sous-acromiale droite qu'il avait réalisée à la demande du Dr H_____. Sur les clichés réalisés avant l'injection, il notait une discrète arthropathie acromio-claviculaire. En revanche, la congruence articulaire gléno-humérale était conservée.

h. Le 3 juin 2024, la SUVA a informé le Dr J_____ que l'assurée n'avait pas consulté la Dre P_____. Elle lui a par ailleurs soumis l'appréciation du 19 mai 2024 de la Dre R_____ ainsi que le rapport du 24 juillet 2023 du Dr G_____, ce aux fins d'examiner la « causalité des troubles avec cervicales + épaule ». Sur quoi, le Dr J_____ s'est déterminé comme suit : « oui sur l'articulation acromio-claviculaire mais ce sont des douleurs au décours Mais la totalité de ce que vous demandez a été répondu en ce qui concerne les troubles neurologiques dans la

réponse du Pr R_____ le 19 05 2024 y compris sur la capacité de travail, s'y rapporter... » (*sic*).

i. Le 4 juin 2024, le Dr J_____ a complété son appréciation de la veille. Invité à dire quelle était la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle, compte tenu des lésions de l'articulation acromio-claviculaire, ce médecin a estimé qu'en ce qui concernait « le métier d'assistante administrative [tel qu'il était décrit par les B_____] et l'épaule strictement, en sachant par ailleurs que l'assurée ne s'était pas rendue en 2023 en rééducation aux HUG et [n'avait] jamais vu la [Dre] P_____ comme le demandait le Dr H_____ [à] maintenant 18 mois de l'intervention sur la coiffe des rotateurs[,] le cas [était] stabilisé et l'exigibilité [était] maintenant de 100% sans perte de rendement dans le métier antérieurement exercé d'assistante administrative [...] ».

j. Le 14 juin 2024, le Dr J_____ a également émis une appréciation en lien avec les troubles du dos. Se fondant sur le CT cervical du 22 décembre 2021 du Dr C_____, l'IRM cervicale du 8 février 2022 du Dr E_____, le rapport du 4 mars 2022 du Dr F_____ et le rapport du 11 mars 2022 du Dr S_____, ce médecin-conseil a estimé que l'état de santé du dos était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altéré avant l'accident du 21 décembre 2021 dans la mesure où il existait une unco-cervico-discarthrose. Invité à dire si cet accident avait, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées, le Dr J_____ a répondu par la négative, en précisant qu'aucune atteinte n'était retrouvée et décrite, ni cliniquement, ni sur les examens complémentaires. Sur ces bases, l'événement du 21 décembre 2021 avait cessé de déployer ses effets au 21 décembre 2022, au degré de la vraisemblance prépondérante.

k. Par pli du 1^{er} juillet 2024, la SUVA a fait savoir à l'assurée qu'au vu de son dossier médical et de l'avis des médecins-conseils, elle n'avait plus besoin d'un traitement médical pour les suites de son accident. Par ailleurs, les séquelles de celui-ci ne diminuaient pas significativement sa capacité de travail. Partant, il serait mis fin aux prestations avec effet au 14 juillet 2024 au soir. Sur le plan neurologique, elle avait recouvré une capacité de travail entière trois mois après l'accident et, sur le plan orthopédique, l'exigibilité était à présent entière, sans perte de rendement, dans son activité habituelle d'assistante administrative.

l. Par décision du 2 juillet 2024, la SUVA a mis fin au versement des prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 14 juillet 2024 au soir et clos le cas à cette même date, au motif que l'état de santé de l'assurée avait atteint, le 21 décembre 2022 au plus tard, l'état qui aurait été le sien sans l'accident du 21 décembre 2021.

m. Le 17 mai 2024, l'assurée a formé opposition à cette décision en faisant grief à la SUVA d'avoir effectué une évaluation incomplète prenant en considération ses seuls maux de dos, négligeant ainsi d'autres séquelles significatives. En raison de

l'atteinte qu'elle avait subie à l'épaule, elle avait de grandes tensions cervicales et dorsales qui lui causaient de fréquents maux de tête et des nausées. À cela s'ajoutaient des difficultés à écrire et à effectuer certains mouvements, ainsi que des contractions douloureuses au biceps. En second lieu, sa chute sur la tête était à l'origine de troubles cognitifs qui affectaient grandement sa vie sociale et quotidienne et provoquaient une grande fatigue. En outre, l'accident avait eu pour conséquence une aggravation de la maladie de Menière (vertiges et acouphène sévères très handicapants dans la vie quotidienne et les déplacements) et une dépression sévère en réaction aux douleurs constantes, aux maux de tête vertiges et problèmes de concentration.

Se référant à des rapports déjà produits (rapport d'examen neuropsychologique du 16 mars 2023 de la neuropsychologue O____ ; rapport du 26 mars 2023 de la Dre Q____), elle a versé au dossier, en outre, un rapport du 17 mai 2024 des docteurs U____ et V____, respectivement chef de clinique et médecin adjoint auprès du service d'anesthésiologie des HUG. Ces médecins ont indiqué qu'ils suivaient l'assurée pour ses omalgies droites depuis le 3 avril 2023. Celles-ci étaient apparues à la suite de l'accident du 21 décembre 2021 et étaient actuellement localisées au niveau du muscle deltoïde et le long du biceps. Elles s'exprimaient au toucher, à la palpation et à la mobilisation. Il existait une notion d'allodynie et de sensation de pression. Leur intensité oscillait entre 2/10 et 10/10, ce qui correspondait aux meilleurs, respectivement aux pires moments. L'assurée arrivait à se laver et s'habiller seule mais péniblement et n'arrivait pas à soulever de lourdes charges. Elle présentait, par ailleurs, des difficultés d'endormissement et la douleur, qui la réveillait plusieurs fois par nuit, entraînait un sommeil de mauvaise qualité et non réparateur. En conclusion, les omalgies présentaient une composante neuropathique possiblement en lien avec une atteinte d'une branche sensitive « (du nerf pectoral latéral) ». Cependant, une composante mécanique n'était pas exclue, mais non identifiée selon les rapports à disposition. Il n'existait pas, pour l'instant, d'indication à une reprise chirurgicale ou à un autre traitement spécifique, hormis une ergothérapie de désensibilisation. Enfin, les Drs U____ et V____ ont proposé :

- des examens complémentaires : évaluation par un spécialiste en médecine physique et réadaptation (ci-après : MPR) ainsi qu'un bloc au nerf pectoral médial à visée diagnostique ;
- de la physiothérapie active : celle-ci était à poursuivre et à optimiser par un MPR ; un « enseignement TENS » serait organisé au cours des prochains contrôles ;
- de l'ergothérapie : celle-ci était à poursuivre et à optimiser par un MPR ;
- sur le plan psychologique : l'assurée ne voulait pas substituer, pour l'instant, son antidépresseur par un autre antidépresseur pouvant aussi moduler les

composantes douloureuses neuropathique ou nociplastique (ex. : duloxétine, amitriptyline ou venlafaxine) ;

- sur le plan médicamenteux : prescription de prégabaline ;
- sur le plan interventionnel (en « 3^{ème} intention ») : une neuromodulation ou neurolyse des branches sensibles du nerf supra-scapulaire et du nerf axillaire pectoral latéral.

n. Invité une nouvelle fois par la SUVA à se prononcer sur l'épaule droite, notamment à la lumière du rapport du 17 mai 2024 des Drs U_____ et V_____, le Dr J_____ a estimé, le 30 octobre 2024, que l'assurée présentait, avant l'accident du 21 décembre 2021, une « très grosse arthrose acromio-claviculaire ». Invité à dire si l'arthroscopie de l'épaule droite réalisée le 19 octobre 2022 était en lien de causalité avec cet accident, le Dr J_____ a répondu par l'affirmative en précisant qu'il s'agissait d'une « aggravation déterminante sur des atteintes préalables, en particulier de cette importante acromio-claviculaire qui elle-même peut être, et sur un début d'omarthrose qui sont les témoins d'une dégénérescence progressive de l'épaule, et qui en ce qui concerne l'acromio-claviculaire, peut entrer en conflit avec la coiffe des rotateurs mais que nous avons admis comme situation en aggravation déterminante » (*sic*). Interrogé sur la survenance du *statu quo sine*, le Dr J_____ a indiqué qu'usuellement, même en présence d'une capsulite rétractile et d'une algodystrophie, l'évolution allait dans le sens d'une stabilisation deux ans au maximum après l'opération, même en présence d'une éventuelle atteinte neurologique (telle que suggérée dans le rapport du 17 mai 2024 des Drs U_____ et V_____). On pouvait donc retenir la date du 19 octobre 2024 comme stabilisation du cas pour l'épaule droite.

o. Par décision sur opposition du 3 décembre 2024, la SUVA a considéré, en substance, que même s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles dont l'assurée invoquait la persistance dans son courrier d'opposition (troubles cognitifs, dépression sévère et aggravation de la maladie de Menière), l'appréciation du 19 mai 2024 de la Dre R_____ n'en retenait pas moins qu'il n'y avait pas de lésion structurelle objectivable. Dans ce cas, le lien de causalité adéquate de ces troubles avec l'événement dépendait de la réalisation de plusieurs critères qui, en l'espèce, n'étaient pas réalisés pour cet accident de gravité moyenne *stricto sensu*. Partant, faute de relation de causalité adéquate, la SUVA était fondée à nier tout lien de causalité entre les troubles psychiques, neuropsychologiques et neurologiques persistants et l'accident du 21 décembre 2021. S'agissant des troubles au niveau cervical, les investigations menées (CT cervical du 22 décembre 2021, IRM du 8 février 2022 à l'épaule droite, rapports du 4 mars 2022 du Dr F_____ et du 11 mars 2022 du Dr S_____) avaient permis de constater que « l'état de santé de l'assurée relatif aux douleurs situées sur le plan dorsal et cervical » était déjà affecté avant l'accident du 21 décembre 2021 par une uncocervicodiscarthrose et qu'aucun des examens effectués n'avait révélé une nouvelle atteinte dans la région du dos qui aurait été causée par

l'événement assuré. Dans ces conditions, il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'avis du 14 juin 2024 du Dr J_____, selon lequel l'accident avait cessé de produire ses effets sur le plan cervical le 21 décembre 2022. S'agissant enfin des troubles à l'épaule droite, il convenait de se référer aux appréciations successives du Dr J_____, étant précisé que la dernière en date, du 30 octobre 2024, permettait de retenir qu'une stabilisation du cas était intervenue le 19 octobre 2024 s'agissant de l'épaule droite. En conséquence, il convenait de modifier la décision (initiale) du 2 juillet 2024 en ce sens que les prestations seraient versées, non pas jusqu'au 14 juillet 2024, mais jusqu'au 19 octobre 2024. Pour le surplus, la décision du 2 juillet 2024 était entièrement confirmée. Enfin, l'effet suspensif était retiré à un éventuel recours contre la décision sur opposition.

- D. a.** Le 23 janvier 2025, l'assurée, représentée par un avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, principalement, à son annulation, au versement d'une rente pour une incapacité de travail de 100% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 30 à 50% et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a également conclu, préalablement, à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neuropsychologique, orthopédique, oto-neurologique et psychiatrique) et, sur effet suspensif, au rétablissement de celui-ci ainsi qu'au versement des prestations légales durant la procédure de recours.

À l'appui de ses conclusions, elle a versé à la procédure :

- Un rapport du 21 janvier 2025 de la Dre Q_____, indiquant que l'accident du « 22.12.2021 » (*recte* : 21 décembre 2021) avait causé un « *mild traumatism brain injury* de catégorie 1 (selon classification TBI de l'EFNS », un « *whiplash grade 2* (selon *Quebec Task Force classification of grades of whiplash associated disorders*) ». Relatant la consultation donnée le 20 janvier 2025, cette spécialiste n'avait relevé aucune amélioration depuis la précédente consultation donnée le 24 mars 2023. La recourante était épuisée par les douleurs multiples persistantes (à l'épaule, à la nuque, à la face antérieure du bras et au crâne, sous forme de céphalées), par les vertiges, les troubles cognitifs et la baisse de moral. Selon la Dre Q_____, il existait, sur le plan neurologique, une relation directe entre l'accident, les céphalées, la fréquence accrue des migraines et les troubles cognitifs. Concernant ces derniers, elle admettait toutefois, à l'instar de la Dre R_____, qu'il existait une origine plurifactorielle. Dans ces conditions, une évaluation pluridisciplinaire permettrait de déterminer quelle était la part des troubles cognitifs attribuables aux conséquences de l'accident. S'agissant de la colonne cervicale, le Dr F_____ avait évoqué la possibilité d'une radiculalgie purement irritative en relation avec la sténose foraminale C5-C6 droite. Cependant, l'évolution avait parlé en défaveur de cette hypothèse et orienté vers une pathologie de l'épaule. À noter que c'était le Dr S_____ qui avait suggéré de recueillir un

avis complémentaire orthopédique. Sur le plan orthopédique précisément, la Dre Q_____ se disait frappée par l'absence d'utilisation spontanée de l'épaule droite. Lors de la consultation du 20 janvier 2025, elle avait retrouvé, à l'instar du Dr H_____ en août 2023, une allodynie de la face antérieure de l'épaule et du bras droit. Le dernier rapport du Dr H_____, d'août 2023, ne concluait pas à une stabilisation du cas. Enfin, l'anamnèse et l'examen clinique du 20 janvier 2025 allaient également dans le sens d'une persistance des douleurs et de la limitation fonctionnelle du membre supérieur droit. En conséquence, la Dre Q_____ a estimé que la problématique de l'épaule droite ne semblait pas stabilisée et qu'un nouvel examen orthopédique détaillé lui paraissait nécessaire pour évaluer la situation actuelle et déterminer les conséquences directes de l'accident. Sur le plan ORL, il y avait eu, à la suite de l'accident, une aggravation des vertiges d'origine périphérique (maladie de Menière). L'évaluation des vertiges ne relevait pas du domaine de la neurologie. Il n'y avait pas eu, à sa connaissance, d'évaluation oto-neurologique récente et il était difficile de savoir quelle était la part des conséquences de l'accident sur l'aggravation des vertiges. Sur le plan psychiatrique, un état dépressif était apparu à la suite de l'accident. Cet état était actuellement qualifié de sévère par la docteure X_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Même si l'évaluation de cet état dépressif ne relevait pas de sa spécialité, la Dre Q_____ n'en estimait pas moins qu'il pouvait avoir pour conséquence une « attitude de retrait » et des difficultés à trouver l'énergie pour donner suite à certaines thérapies proposées, notamment sur le plan orthopédique. Une évaluation psychiatrique permettrait d'évaluer cet aspect. Enfin, la Dre Q_____ était d'avis que lorsqu'elle avait vu la recourante à sa consultation les 7 novembre 2022, 24 mars 2023 et 20 janvier 2025, sa capacité de travail était de 0% ;

- un rapport du 30 septembre 2024 du docteur Y_____, spécialiste en ORL, à l'OAI, indiquant que l'intensité des acouphènes s'était amplifiée depuis l'accident. Il en allait de même des vertiges chroniques, qui étaient devenus fréquents et plus intenses, entraînant des troubles de l'équilibre et une diminution de l'autonomie et affectant la capacité à travailler dans les environnements nécessitant des déplacements ou de la vigilance constante. À ce jour, l'état de santé semblait stationnaire avec des symptômes chroniques. Invité à dire quelles limitations fonctionnelles découlaient des diagnostics ayant un effet durable sur la capacité de travail, le Dr Y_____ a indiqué que les acouphènes sévères et les vertiges chroniques limitaient la concentration de la recourante, son équilibre et sa capacité à effectuer des tâches nécessitant une attention prolongée, des mouvements réguliers et des interactions sociales. Du point de vue ORL, la capacité de travail était nulle depuis le 21 décembre 2021 dans l'activité habituelle. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, le Dr Y_____ a

indiqué que les vertiges et acouphènes pouvaient limiter toutes les activités professionnelles, même adaptées, selon l'intensité des symptômes ;

- un rapport du 2 décembre 2024 de la Dre X_____ à l'OAI, concluant à la présence d'un épisode dépressif grave depuis août 2024. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était nulle depuis l'été 2024 mais a priori pas durable.

Tirant argument des pièces produites à l'appui de son écriture, la recourante a soutenu, pour l'essentiel, que s'agissant des troubles cognitifs, l'appréciation du 19 mai 2024 de la Dre R_____ ne pouvait être suivie en tant qu'elle retenait l'absence de lésions organiques en lien avec l'accident et leur incompatibilité avec les séquelles de cet événement. En effet, l'appréciation de la Dre R_____ reposait sur une analyse incomplète, ne tenant pas compte de l'aggravation de l'état clinique sur le plan ORL. Concernant l'épaule droite, il était constant que celle-ci avait subi une altération structurelle en lien avec l'accident, comme cela ressortait notamment du rapport du 17 mai 2024 des Drs U_____ et V_____. Les investigations médicales devaient se poursuivre et il apparaissait vraisemblable que de tels examens permettraient de réduire les douleurs et, ainsi, d'augmenter la capacité de travail qui était nulle en l'état. En conséquence, l'état de l'épaule n'était pas stabilisé. S'agissant enfin des troubles au niveau cervical, la recourante contestait également l'avis du Dr J_____ dans la mesure où celui-ci estimait que la chute avait cessé de produire ses effets le 21 décembre 2022. Les éléments au dossier ne permettaient pas de déterminer l'origine exacte des douleurs à la nuque qui pouvaient provenir des omalgies, de l'atteinte neuropathique à l'épaule, voire également du CRPS (*Complex regional pain syndrom* ; syndrome douloureux régional complexe) au niveau de l'épaule. Seule une expertise pluridisciplinaire fournirait les éléments pour apprécier les origines de l'atteinte et les conséquences sur la capacité de travail.

b. Par réponse du 7 février 2025, l'intimée, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours. Renvoyant pour l'essentiel au raisonnement développé dans la décision litigieuse, elle a ajouté qu'elle disposait de tous les faits pertinents pour lui permettre de trancher le litige et que, dans la mesure où les griefs émis par la recourante n'étaient pas de nature à jeter le doute sur le bien-fondé des appréciations des Drs R_____ et J_____, une expertise n'avait pas lieu d'être ordonnée. Au demeurant, la Dre Q_____ indiquait dans son rapport du 21 janvier 2025 qu'elle partageait l'impression de la Dre R_____ sur le fait que la totalité des troubles ne semblait pas être en lien direct avec l'accident et que l'origine des troubles cognitifs était certainement plurifactorielle. Ce faisant, la Dre Q_____ se ralliait à l'avis de la Dre R_____, à ceci près qu'elle évoquait un caractère plurifactoriel. Sur ce dernier point, il y avait toutefois lieu de rappeler que l'intimée n'était tenue de verser des prestations que lorsqu'un lien de causalité pouvait être établi entre l'atteinte et l'événement assuré. Elle n'avait « pas pour

vocation d'instruire un dossier médical afin de connaître la source des douleurs émises par l'un de ses assurés ».

c. Le 12 mars 2025, la recourante a répliqué et fait grief à l'intimée de ne pas avoir soumis le rapport du 21 janvier 2025 de la Dre Q_____ aux Drs R_____ et J_____.

d. Par arrêt incident du 15 avril 2025, la chambre de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif et réservé la suite de la procédure.

e. Par envoi spontané du 16 avril 2025, la recourante a produit :

- un rapport du 18 mars 2025 de la Dre P_____, posant les diagnostics d'omalgie droite avec rupture du sus-épineux, sur atteinte préalable du long chef du biceps (ci-après : LCB), non résolue par réinsertion du sus-épineux et ablation du moignon intra-articulaire du long chef du biceps (19.10.22) ; douleurs d'allure mixte, « mécanique (cicatrice LCB ?) et neuropathique (atteinte pectorale latérale ? + CRPS ?) » ; kinésiophobie sévère ; troubles neuropsychologiques suite à un TCC concomitant à une chute à cheval ;
- un courriel du 15 avril 2025 de la Dre N_____ à l'avocat de la recourante, évoquant l'ajout d'une note au dossier de cette dernière, le 11 avril 2025, par la Dre P_____, à la suite d'une échographie. Lors de la consultation du 14 avril 2025, la Dre P_____ avait indiqué que l'échographie montrait une coiffe des rotateurs intacte, mais des signes indirects de capsulite rétractile au carrefour des rotateurs.

Commentant les pièces produites, la recourante a indiqué que la persistance de sa capsulite rétractile allait à l'encontre de l'appréciation du 5 novembre 2024 du Dr J_____, en tant que ce médecin y retenait que, même en cas de capsulite rétractile et d'algodystrophie, l'évolution allait vers une stabilisation du cas au plus tard deux ans après l'opération.

f. Par pli du 29 avril 2025, la recourante a produit un rapport d'échographie du 31 mars 2025 du Dr D_____, suspectant une capsulite d'épaule.

g. Le 15 mai 2025, l'intimée a dupliqué en faisant valoir qu'aucun des arguments cités par la recourante à l'appui de sa réplique ne contenait d'éléments dont les Drs R_____ et J_____ n'auraient pas tenu compte dans leurs appréciations.

h. Par pli du 26 mai 2025, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle avait pris rendez-vous avec le docteur Z_____, médecin adjoint au sein de l'Unité de médecine physique et réadaptation, le 17 juillet 2025, sur conseil de la Dre P_____. En conséquence, elle a invité la chambre de céans, d'une part, à suspendre l'instruction de la procédure jusqu'à l'obtention du rapport du Dr Z_____ et, d'autre part, à interpeller les « médecins internes de la SUVA » à se déterminer sur les divers nouveaux rapports produits dans la procédure et à examiner cliniquement la recourante avant toute prise de position.

i. Par courrier du 28 mai 2025, la chambre de céans a accordé un délai à l'intimée pour interpellier ses médecins internes, leur demander de se déterminer sur les nouveaux rapports produits dans la procédure et faire part de leur détermination à la chambre de céans.

j. Dans le délai prolongé à cet effet, l'intimée a versé à la procédure, le 16 juillet 2025 :

- une appréciation du 19 juin 2025 du Dr J_____, sous forme de réponses à des questions de l'intimée. Il n'existait pas de lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'accident du 21 décembre 2021 et l'allodynie de la face antérieure de l'épaule et du bras droit, diagnostiquée par la Dre Q_____. Il était bien plus probable que cette allodynie fût d'origine cervicale neuro-irritative (atteinte radiculo-cervicale, potentiellement sur sténose foraminale C5-C6, susceptible d'expliquer quelques irradiations en direction du moignon de l'épaule). Invité à dire si les atteintes à l'épaule droite justifiaient de retenir des limitations fonctionnelles, comme le soutenait la Dre Q_____, le Dr J_____ a répondu par l'affirmative en précisant que seules certaines atteintes, strictement mécaniques et orthopédiques pouvaient être prises en considération. En effet, il existait une capsulite rétractile et les limitations fonctionnelles étaient en rapport avec cette dernière. Sous réserve de l'appréciation de la Dre R_____ sur le plan neurologique, les limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte à l'épaule étaient « classiques » d'un point de vue orthopédique. Il convenait de ne pas travailler au-dessus du plan des épaules et « de ne pas lever de façon fréquente et/ou rapide jusqu'à l'horizontale et en porte-à-faux en soulevant des poids ». Toutefois, ces limitations fonctionnelles n'affectaient ni la capacité de travail, ni le rendement dans l'activité habituelle d'assistante administrative. Invité à dire si les diagnostics posés par la Dre P_____ dans son compte-rendu du 18 mars 2024, notamment la capsulite rétractile, étaient en lien de causalité avec l'accident, le Dr J_____ a répondu par l'affirmative s'agissant de la capsulite rétractile, en précisant que son lien probable avec cet événement ne limitait pas, pour autant, la capacité de travail et le rendement dans l'activité d'assistante administrative. Interrogé sur le point de savoir si l'avis de la Dre P_____ ainsi que l'échographie du 31 mars 2025 du Dr D_____ étaient de nature à modifier ses propres appréciations des 8 août 2022, 4 juin 2023 et 30 octobre 2024, le Dr J_____ a répondu que l'échographie précitée confirmait, certes, la capsulite rétractile mais mettait aussi en évidence la bonne tenue de la chirurgie réalisée. Si pour le surplus, les images ne permettaient pas de visualiser le long chef du biceps, cela s'expliquait par l'atteinte subie le 21 décembre 2021 par ce tendon (*cf.* rapport du Dr I_____ du 11 mai 2022) et sa résection au cours de l'intervention. Dans son appréciation du 8 août 2022, le Dr J_____ avait noté préalablement qu'il existait une grosse arthrose acromio-claviculaire mais que l'événement avait

consisté en une atteinte du sus-épineux avec capsulite rétractile. Enfin, le Dr J_____ a indiqué, en substance, qu'il confirmait également ses appréciations des 4 juin 2024 (stabilisation de l'épaule à 18 mois de l'opération) et 30 octobre 2024 (stabilisation de l'épaule à 24 mois de l'opération, même en cas de capsulite rétractile, d'algodystrophie et d'atteinte éventuellement neurologique) ;

- une appréciation du 24 juin 2025 de la Dre R_____, sous forme de réponses à des questions de l'intimée. Invitée à dire si les examens radiologiques réalisés mettaient en évidence une lésion organique sur le plan cérébral à la suite de l'accident, la Dre R_____ a répondu par la négative en renvoyant au rapport du 16 janvier 2024 et au consilium du 28 décembre 2023 du Dr T_____, se prononçant en faveur d'une absence de dissection de l'artère vertébrale gauche. Interrogée sur le point de savoir si l'accident avait, comme le soutenait la Dre Q_____, causé un *mild traumatism brain injury* de catégorie 1 et un *whiplash grade 2*, la Dre R_____ a rappelé, en résumé, que le Dr F_____ – qui avait été consulté par la recourante à la demande du Dr S_____ dans le contexte de cervicobrachialgies droites – avait confirmé l'absence de déficit avec un électromyogramme du membre supérieur droit dans la norme, sans aucun signe de dénervation dans l'ensemble des myotomes C5 à Th1, tout en n'excluant pas la possibilité d'une radiculgie purement irritative en présence d'une sténose foraminale C5-C6 droite. La Dre R_____ a souligné également que le rapport IRM de la colonne cervicale du 8 février 2022 du Dr E_____ n'avait pas montré de lésion structurelle liée à l'événement initial (ni tassement vertébral, ni fracture osseuse ni lésion ligamentaire ou déchirure de la musculature par-cervicale), mais une spondylodiscarthrose modérée de C4-C5 à C6-C7, compliquée d'une sténose foraminale modérée C5-C6 droite, d'origine disco-uncarthrosique et d'une sténose foraminale modérée C6-C7 gauche secondaire à une protrusion discale focale C6-C7 infra-foraminale gauche sans franche compression radiculaire objectivable. Selon la Dre R_____, il résultait de ces éléments qu'à la suite de l'événement du 21 décembre 2021, la recourante n'avait pas présenté de lésion structurelle, que ce soit au niveau cérébral ou de la colonne cervicale. Selon le Dr H_____ (rapport du 12 août 2022) et la neuropsychologue O_____ (rapport du 16 mars 2023), la recourante avait présenté une commotion cérébrale, avec perte de connaissance d'une minute mais sans amnésie circonstancielle ni hospitalisation. En conséquence, la Dre R_____ a estimé sur la base des documents à disposition que la recourante avait subi un TCC léger (*Glasgow coma scale* 15/15). S'agissant de l'éventualité d'un *Whiplash injury* (coup du lapin), ce type de diagnostic était généralement posé au service des urgences, en fonction d'un tableau de questions détaillées et après réalisation d'un examen neurologique. En l'absence de trouble neurologique chez la recourante, la Dre R_____ pouvait « assumer (*sic*) une *Whiplash injury grade 2* : douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires »

(y compris une baisse de mobilité et des douleurs ponctuelles à la pression). Interrogée sur le point de savoir s'il existait, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre les troubles cognitifs et les céphalées d'une part, et l'accident du 21 décembre 2021 d'autre part, la Dre R_____ a indiqué qu'en l'absence de lésion structurelle liée à cet événement et selon les lignes directrices de l'AWMF (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.*) et d'autres associations médicales, l'absence de lésion structurelle radiologique et l'absence de déficit neurologique étaient en faveur d'un trouble fonctionnel, sans explication sur le plan « somatique neurologique ». Selon les lignes directrices de l'AWMF (table 4.1), chez une personne assurée sans lésion structurelle à l'imagerie, une atteinte temporaire (entre deux semaines et huit mois) pouvait être admise pour les plaintes subjectives post-TCC sans lésion structurelle. Au-delà de cette durée, les plaintes ne s'expliquaient plus d'un point de vue somatique, au degré de la vraisemblance prépondérante. Invitée enfin à dire si la recourante présentait, à la suite de l'accident, un CRPS, la Dre R_____ a rappelé que l'ENMG (citée par le Dr S_____) était normal et que le syndrome CRPS ne concernait pas sa spécialité médicale (neurologie et neurochirurgie) mais l'orthopédie.

Tirant argument des dernières prises de position des Drs R_____ et J_____, l'intimée a souligné qu'aucune des pièces produites par la recourante n'était de nature à modifier sa position, de sorte qu'elle maintenait entièrement le raisonnement développé dans son mémoire de réponse ainsi que les conclusions prises dans cette écriture.

k. Le 15 août 2025, la recourante a produit :

- des « notes de suite » du 17 juillet 2025, concernant le suivi de la recourante par le Dr Z_____, mentionnant les doléances actuelles et faisant le point sur les thérapies possibles. L'examen clinique des membres supérieurs montrait, entre autres, une élévation antérieure à 150° contre 180° du côté gauche, une rotation externe à 20° contre 80° du côté gauche, une douleur antérieure au test du palm up, un déficit de force en rotation externe et des contractures importantes au niveau « trapèze/sterno-cléido-mastoïdien/levator scapulae/scalène/petit pectoral » ;
- un rapport du 13 août 2025 dans lequel le Dr Z_____ a rappelé avoir reçu la recourante à des fins de rééducation et de réadaptation dans les suites de sa chirurgie de réinsertion du supra-épineux et de nettoyage du biceps (suite à une auto-ténodèse) de l'épaule droite, réalisée le 19 octobre 2022 à la suite de l'accident du 21 décembre 2021. Consécutivement à cet événement, mais avant la chirurgie, la recourante avait développé un CRPS post-traumatique du membre supérieur droit. Sur le plan pratique, les limitations décrites dans les notes de suite du 17 juillet 2025 faisaient qu'il était difficile pour la recourante de soulever plus de 2 kg avec le bras droit en élévation, notamment au-dessus

de l'horizontale, et a fortiori de manière répétée. Les mouvements répétés de rotation externe ou d'antépulsion, même limités à une dizaine de degrés pour cette dernière, étaient susceptibles de réactiver la symptomatologie douloureuse. La répétition de micromouvements de rotation interne et externe de l'épaule, comme ceux classiquement réalisés devant un ordinateur (lors de l'utilisation du clavier et de la souris) constituait un autre exemple de situation susceptible d'entretenir les douleurs. Il convenait de noter que, même si la situation orthopédique devait s'améliorer, c'était surtout la persistance de la composante douloureuse mixte dans les activités de la vie quotidienne qui limiterait fortement l'utilisation du membre supérieur droit. Cette situation était principalement liée à la présence d'un CRPS qui s'était déclaré dans un intervalle court après l'accident. Ce CRPS n'était pas imputable à l'arthroscopie, car les éléments en faveur de ce syndrome semblaient présents dans les courriers des collègues orthopédistes, antérieurement à la chirurgie. Ce CRPS était et restait positif (mais dans une moindre mesure ce jour) pour les caractères cardinaux vasomoteurs, douloureux (incluant la composante neuropathique), œdémateux, et trophiques, et dont la persistance réduisait de façon importante les performances fonctionnelles. Une prise en charge au centre de la douleur avait été tentée pour réduire ces phénomènes, mais sans succès. Comme on pouvait fréquemment l'observer dans ce type de tableau, l'intéressée présentait une fatigabilité importante et une douleur croissante au fil de la journée, facilement exacerbée par l'activité mécanique, même lorsqu'elle était réduite au minimum. Les pauses ne procuraient que peu de répit, en raison de l'effet rémanent de la douleur une fois celle-ci installée. Une sténose canalaire des racines cervicales moyennes pouvait être évoquée, mais l'examen clinique orientait davantage vers des séquelles neuropathiques liées au CRPS qu'à une atteinte cervicale isolée. L'ENMG réalisée ne révélait pas d'anomalie, alors même que le tableau clinique semblait patent. L'état actuel ne paraissait pas complètement stabilisé, mais il semblait peu probable qu'une amélioration significative permette une reprise professionnelle dans des conditions satisfaisantes. Les traitements poursuivis avaient donc pour objectif principal l'amélioration du confort de vie. Dans cette perspective, une évaluation fonctionnelle en situation serait utile pour affiner l'appréciation de l'état réel de l'épaule. Les possibilités locales à Genève semblaient limitées pour réaliser un tel bilan avec la précision nécessaire. La CRR pourrait en revanche constituer une option pertinente et permettrait d'obtenir un portrait fidèle des capacités fonctionnelles, grâce à des mesures répétées à différents moments de la journée. En conclusion, le Dr Z_____ a estimé, du point de vue de sa spécialité, que la combinaison des limitations fonctionnelles orthopédiques strictes, de la composante douloureuse neuropathique et nociceptive, ainsi que des répercussions posturales sur le reste du membre supérieur droit et sur les cervicales, rendait peu envisageable la reprise d'un poste administratif. La perte de rendement réel de ce membre supérieur devrait

être déterminée plus en détail par les enquêtes futures, dans le cadre d'évaluations spécifiques sus-décrites.

l. Le 26 septembre 2025, la recourante a encore produit un certificat délivré le 25 septembre 2025 par AA_____, docteur en chiropratique. La recourante la consultait depuis le 9 septembre 2025 dans le cadre de séquelles douloureuses d'une chirurgie de l'épaule (capsulite et syndrome post-opératoire avec réinsertion des tendons postérosupérieurs et du biceps), à la suite d'une chute de cheval survenue en décembre 2021.

m. Par écriture du 15 octobre 2025, l'intimée a nié que les critères d'un CRPS fussent remplis. Quant au certificat produit par la chiropraticienne AA_____, l'intimée prenait note que la raison principale du suivi était en lien avec les douleurs cervicales. Sur ce point, le Dr J_____ avait souligné que la recourante n'avait subi aucune atteinte aux cervicales à la suite de la chute du 21 décembre 2021. En conséquence, le suivi en raison des douleurs persistantes dont se plaignait la recourante n'était manifestement pas à la charge de l'intimée, faute de lien de causalité.

n. Le 20 novembre 2025, l'intimée a versé au dossier un rapport du 4 novembre 2025, dans lequel le Dr J_____ a estimé, en synthèse, qu'un possible CRPS serait arrivé au terme de son évolution le 19 octobre 2024 et ne modifierait ni la stabilisation du cas à cette date, ni l'exigibilité à plein temps, sans diminution de rendement, de l'ancienne activité d'assistante administrative. Il ne pouvait pas suivre les conclusions du Dr Z_____, dont l'approche était centrée sur le CRPS et faisait abstraction de la sténose cervicale, contrairement à son analyse qui intégrait une approche plus globale de toutes les atteintes présentant un lien de causalité naturelle avec l'accident. En contradiction avec le Dr Z_____, le Dr J_____ rattachait la symptomatologie actuelle à l'état antérieur arthrosique dégénératif (arthrose acromio-claviculaire), surtout cervical (sténose cervicale), pour la majorité des symptômes présentés.

o. Par pli du 4 décembre 2025, la recourante a dénié toute valeur probante au rapport du 4 novembre 2025 du Dr J_____ et estimé qu'en conséquence, l'intimée, qui supportait le fardeau de la preuve, devait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en vue d'une évaluation globale – incluant l'atteinte cognitive – pour départager les avis médicaux divergents.

p. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à l'octroi de prestations d'assurance-accidents avec effet au 19 octobre 2024 au soir, pour les suites de l'accident du 21 décembre 2021.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non, 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).

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées aux lettres a à h (dont les déchirures du ménisque et les déchirures de tendons), pour autant que celles-ci ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

3.2 Dans un ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

3.3 En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 21 décembre 2021 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins

figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que, si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1 ; ci-après : consid. 4.1.3 et 4.1.4).

4. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 21 décembre 2021.

4.1 En relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

4.1.1 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 ; 142 V 435 consid. 1). Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul 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. 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 (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

4.1.2 En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; arrêt du Tribunal fédéral U 471/06 du 5 novembre 2007 consid. 4.1). Si la jurisprudence relative aux lésions de type « coup du lapin » exige que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans la période de 72 heures suivant l'accident pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être admis, il n'est pas nécessaire, en revanche, que les autres troubles caractéristiques du tableau clinique apparaissent dans ce laps de temps (SVR 2007 UV n° 23 p. 75 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral U 471/06 du 5 novembre 2007 consid. 4.1).

4.1.3 Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - *Complex regional pain syndrome* en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n. 18 p. 69).

Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en

temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.2 et les références).

La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest », qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs / œdème, moteurs / trophiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

On précisera enfin que le CRPS est une affection neurologique, orthopédique et traumatologique qui entraîne une atteinte organique ou physique à la santé (arrêts du Tribunal 8C_123/2018 du 18 septembre 2019 consid. 4.1.2 ; 8C_232/2012 du 27 septembre 2012 consid. 5.3.1 ; 8C_1021/2010 du 19 février 2011 consid. 7).

4.1.4 En cas d'acouphènes, on distingue les acouphènes objectifs (bruits dans les oreilles résultant de modifications anatomiques pathologiques et en principe audibles pour les personnes extérieures, éventuellement à l'aide d'appareils techniques) et les acouphènes subjectifs. (ATF 138 V 248 consid. 5.7.2). Dans le second cas, il s'agit principalement d'un symptôme (ATF 138 V 248 consid. 5.8.2). Sur la portée de cette distinction : cf. ci-après : consid. 4.2.

4.1.5 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).

4.1.6 Sous la note marginale « concours de diverses causes du dommage », l'art. 36 al. 1 LAA dispose que 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).

4.2 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 129 V 177 consid. 3.2 et la référence).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 403 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_559/2023 du 19 février 2024 consid. 3.2). À noter que la jurisprudence qualifie d'objectivables les résultats d'examen qui sont reproductibles et indépendants de la personne qui effectue l'examen et des indications du patient. On ne peut donc parler de séquelles d'accident organiquement objectivables que lorsque les résultats obtenus ont été confirmés par des examens d'appareillage/d'imagerie et que les méthodes d'examen utilisées à cet effet sont scientifiquement reconnues (ATF 138 V 248 consid. 5.1).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme craniocérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen de la causalité adéquate se fait sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a) ; toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb).

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une *contusio cerebri* est nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger (*commotio cerebri*), l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 et les références ; sur la distinction médicale entre une *commotio cerebri* et une *contusio cerebri*, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

Quant aux acouphènes, ils ne font pas partie des troubles généralement attribués aux traumatismes de type « coup du lapin » à la colonne cervicale et aux affections traitées de la même manière sous l'angle de la causalité adéquate. Même si plusieurs arrêts rendus dans des affaires de traumatisme cervical mentionnaient également des acouphènes, ceux-ci ne constituaient pas pour autant un critère pertinent pour l'applicabilité de la pratique du coup du lapin (cf. les arrêts 8C_168/2011 du 11 juillet 2011 consid. 4.2 ; 8C_43/2010 du 8 juin 2010 consid. 4 ; 8C_266/2008 du 22 août 2008 consid. 3.2.1 ; U 218/04 du 3 mars 2005 consid. 3 et 5). Ainsi, lorsque des acouphènes s'inscrivent dans un tableau clinique dépourvu non seulement de séquelles organiques objectivement établies, mais aussi de troubles typiques du coup du lapin, le lien de causalité adéquat doit être évalué selon les principes développés pour les troubles psychiques consécutifs à un accident (pratique sur les conséquences psychiques des

accidents ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 6.1 et 6.2 non publiés, à l'ATF 138 V 248).

Selon la pratique du coup du lapin, l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du coup du lapin – dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« *ärztlichen Behandlung insgesamt* ») une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (André NABOLD, in STAUFFER/ CARDINAUX [éd.], *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG*, 5^e éd. 2024, ad art. 6, p. 63). En revanche, en cas d'application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

5.

5.1 Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme craniocérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme craniocérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 117 V 359 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se

cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêts du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 ; U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme craniocérébral, si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé

indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2), il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

5.2 En pratique, les chutes d'une hauteur comprise entre environ deux et quatre mètres sont qualifiées d'accidents de gravité moyenne *stricto sensu* (arrêts du Tribunal fédéral 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 5.2 ; 8C_437/2015 du 5 septembre 2015, consid. 3.5 avec d'autres références ; *cf.* également arrêt du Tribunal fédéral U 192/01 du 17 janvier 2002 E. 4b/aa).

6.

6.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

6.2 L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En

principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme craniocérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n. U 470 p. 531).

6.3 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

6.3.1 Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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

6.3.2 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

6.3.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.3.4 Concernant les avis émis par des personnes ne disposant pas du titre de médecin, le Tribunal fédéral a considéré dans un arrêt du 23 mai 2025 que l'évaluation d'une psychothérapeute, licenciée en philosophie, ne constituait pas une appréciation médicale et qu'une évaluation médicale spécialisée de l'état de santé et de la capacité de travail ne pouvait en principe être infirmée que sur la base d'une autre évaluation médicale spécialisée divergente. On ne peut toutefois en déduire qu'un rapport rédigé par une psychothérapeute est d'emblée dépourvu

de toute pertinence. Au contraire, le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA) oblige les tribunaux cantonaux des assurances à examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle que soit leur origine, puis à décider si les documents disponibles permettent une évaluation fiable du droit litigieux. À défaut, la maxime inquisitoire (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA) oblige l'administration et le tribunal des assurances sociales à établir d'office les faits pertinents jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'appréciation du droit litigieux soient suffisamment clairs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_515/2024 [destiné à la publication] du 23 mai 2025 consid. 4.3 et 4.4).

7.

7.1 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).

7.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

7.3 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (*cf.* ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

7.4 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).

8.

8.1 En l'espèce, il ressort en synthèse du dossier qu'après avoir été désarçonnée d'un cheval au galop le 21 décembre 2021, la recourante a heurté le sol avec sa tête et subi une commotion cérébrale ainsi qu'un traumatisme de type « coup du lapin », sans lésions post-traumatiques sur l'IRM cervicale et cérébrale et sans anomalie de la circulation vasculaire (*cf.* rapports du 20 septembre 2023 de la Dre Q_____ et du 24 juin 2025 de la Dre R_____). Ce même événement a également été la cause d'atteintes structurelles objectivables du côté droit, à savoir une atteinte du sus-épineux (traitée chirurgicalement le 19 octobre 2022), une capsulite rétractile, toujours présente fin mars 2025 (*cf.* rapports du 31 mars 2025

du Dr D_____ et du 19 juin 2025 du Dr J_____) et un CRPS (*Complex regional pain syndrome* ; syndrome douloureux régional complexe ou algodystrophie ; cf. rapport du 13 août 2025 du Dr Z_____) qui, s'il existait, serait arrivé au terme de son évolution le 19 octobre 2024, soit à la même date que les autres atteintes à l'épaule droite, celles-ci n'étant plus à mettre sur le compte de l'accident deux ans après l'opération, aux dires du Dr J_____ (cf. les appréciations des 30 octobre 2024 et 4 novembre 2025 de ce médecin). Toujours sur le plan orthopédique, le Dr J_____ a estimé que s'agissant des troubles du dos (vertèbres cervicales), l'accident du 21 décembre 2021 avait cessé de déployer ses effets le 21 décembre 2022, au degré de la vraisemblance prépondérante, soit un an après sa survenance (cf. appréciation du 14 juin 2024). Enfin, sur le plan « neuro-neurochirurgical », la Dre R_____ ne s'est pas prononcée, dans un premier temps, sur la survenance d'un éventuel *statu quo sine* mais seulement sur la capacité de travail, qu'elle estimait à nouveau entière trois mois après l'accident (cf. appréciation du 19 mai 2024). Cette neurologue a toutefois indiqué, le 24 juin 2025, que l'accident du 21 décembre 2021 avait cessé de déployer ses effets dans un intervalle compris entre deux semaines et huit mois. D'avis contraire, la Dre Q_____ indique dans son rapport du 21 janvier 2025, relatif à une consultation donnée un jour plus tôt, n'avoir remarqué aucune amélioration depuis le 24 mars 2023 et retenir la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer « les conséquences directes de l'accident au milieu d'un tableau clinique complexe [neurologique, ORL, psychiatrique et orthopédique] où se mêlent plusieurs pathologies, certaines interdépendantes, certaines présentes avant l'accident et d'autres pas, chacune des pathologies [influençant] l'état de santé actuel » (pièce A recourante, p. 4).

8.2 Dans la décision litigieuse, l'intimée constate qu'il persistait, le 19 octobre 2024, des troubles psychiques, neuropsychologiques et neurologiques (cf. p. 8, dernier §). En outre, l'intimée a examiné (et nié) la causalité adéquate entre les troubles psychiques, neuropsychologiques et neurologiques – persistant au-delà du 19 octobre 2024 – et l'accident du 21 décembre 2021 en application de la pratique du coup du lapin, c'est-à-dire sans opérer de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes. Le choix de cette méthode d'analyse de la causalité adéquate par l'intimée implique donc, en principe, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre, le 19 octobre 2024 au soir, d'amélioration notable de l'état de santé de la recourante par la poursuite du traitement médical relatif notamment aux troubles typiques du coup du lapin (cf. ci-dessus : consid. 4.2), étant précisé que le propre de ceux-ci est de n'être souvent pas visibles ni objectivables (cf. ATF 134 V 109 consid 8.4). On rappellera toutefois qu'en cas d'accident ayant entraîné un TCC et un traumatisme de type « coup du lapin » – comme cela a été admis, en l'espèce, par la Dre R_____ –, le dossier doit contenir suffisamment de renseignements médicaux permettant d'établir si, au moment déterminant, les troubles non objectivables encore présents doivent être considérés comme faisant partie du tableau clinique typique d'un tel traumatisme ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et

distincte du tableau clinique. De la réponse à ces questions dépend, en effet, le point de savoir quels critères déterminants le juge doit appliquer pour se prononcer sur la causalité adéquate. C'est pourquoi la jurisprudence préconise en principe la mise en œuvre d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période (six mois environ après le début des plaintes), sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai (arrêt du Tribunal fédéral 8C_384/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7 ; cf. aussi ci-dessus : consid. 6.2).

On précisera qu'il est nécessaire de disposer de renseignements médicaux fiables pour pronostiquer s'il n'y a plus lieu d'attendre, au degré de la vraisemblance prépondérante, une amélioration notable des troubles causés par l'accident. En revanche, lorsque le tableau clinique se compose pour l'essentiel de symptômes étrangers à l'accident, ceux-ci ne font pas obstacle à une clôture du cas, étant donné qu'une amélioration de ceux-ci demeurerait sans effet sur la fixation du degré d'invalidité découlant de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_322/2008 du 18 août 2008 consid. 3.2.2 ; Thomas FLÜCKIGER, in FRÉSARD-FELLAY, LEUZINGER, PÄRLI [éd.], *Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz*, 2019, n. 9 et 14 *ad* art. 19 LAA et les références). Étant donné l'importance attachée à l'amélioration de la capacité de travail, le cas est généralement clos lorsque la personne assurée peut reprendre son activité professionnelle à temps plein, car une amélioration supplémentaire de son état de santé n'aurait plus d'incidence sur sa capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2013 du 29 octobre 2013, consid. 2.2. Il en va de même lorsque la personne assurée ne peut plus exercer son activité habituelle mais dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 5.2.1. À titre exceptionnel, une amélioration peut encore être attendue lorsqu'aucune augmentation de la capacité de travail n'est prévisible, mais qu'un traitement stationnaire promet par exemple une nette amélioration de l'état de santé (arrêt du tribunal fédéral 8C_970/2012 du 31 juillet 2013, consid. 3.4 ; Thomas FLÜCKIGER, *op. cit.*, n. 11 *ad* art. 6 LAA).

À la lumière de ces explications, il convient donc d'examiner ci-après si l'instruction médicale mise en œuvre par l'intimée sur le plan neurologique et orthopédique repose sur des appréciations médicales suffisamment fiables pour déterminer si la recourante a présenté, dans les 72 heures suivant l'accident, des troubles à la nuque ou à la colonne cervicale et – sans que ce soit nécessairement dans ce même délai –, un tableau clinique typique d'un TCC et/ou traumatisme de type « coup du lapin » (cf. ci-dessus : consid. 4.1.2) et, dans l'affirmative, si son état de santé, incluant les atteintes physiquement objectivables à l'épaule droite, était stabilisé le 19 octobre 2024.

8.2.1 Il ressort en l'espèce du rapport du 4 mars 2022 du Dr F_____ qu'après sa réception sur le crâne avec déviation de la nuque sur la droite et craquement, la recourante s'est plainte, depuis ce moment, de douleurs cervicales avec raideur

qui, progressivement, se sont propagées sur le membre supérieur droit, avec l'apparition d'une capsulite et d'une tendinite de l'épaule (dossier intimée, p. doc. 43, p. 2). Elle a par conséquent présenté des troubles à la nuque ou à la colonne cervicale dans un délai de 72 heures après l'accident. De plus, le tableau clinique décrit par les médecins est également marqué par de multiples plaintes entrant dans le tableau clinique dit « typique » pour les accidents de type « coup du lapin » ou de TCC sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. La neuropsychologue O_____ et la Dre Q_____ évoquent en effet des plaintes, consécutives à l'accident, qui concernent la thymie (anxiété et tristesse), des céphalées, très fréquentes, des vertiges (connus depuis la maladie de Ménière mais en augmentation), des troubles de la mémoire et de la concentration, des nausées et vomissements, des difficultés de mémoire, de la fatigue, etc. (cf. dossier intimée, doc. 116, p. 2 ; pièce A, p. 1 recourante). La Dre Q_____ précise également dans son appréciation du 21 janvier 2025 – qui est donc postérieure à la clôture du cas le 19 octobre 2024 – que l'état de santé de la recourante ne présente aucune amélioration depuis la consultation du 24 mars 2023 et que les troubles encore présents s'expliquent au moins partiellement, voire totalement par l'accident. Cette spécialiste explique à cet égard qu'elle retient, sur le plan neurologique, une relation directe entre cet événement et l'apparition de céphalées de tension et cervicogènes et l'augmentation de la fréquence des migraines, ainsi qu'un lien de causalité partiel entre l'accident et les troubles cognitifs. Elle précise qu'il y a eu, sur le plan ORL, après l'accident, une aggravation des vertiges d'origine périphérique (maladie de Ménière), qu'une évaluation de ces vertiges ne relève pas du domaine de la neurologie mais nécessiterait une évaluation oto-neurologique pour déterminer la part des conséquences de l'accident sur l'aggravation des vertiges. Elle ajoute qu'il y a eu, sur le plan psychiatrique, l'apparition d'un état dépressif à la suite de l'accident et que même si l'évaluation de l'atteinte à la santé psychique et de son lien avec l'accident n'est pas du domaine de la neurologie, l'état dépressif pourrait avoir comme conséquence une « attitude de retrait » et des difficultés à trouver l'énergie pour donner suite à certaines des thérapies proposées, notamment sur le plan orthopédique (cf. pièce A recourante).

Pour sa part, la Dre R_____ fait valoir, en substance, dans son appréciation du 24 juin 2025, que si tant est qu'il existe un lien de causalité entre l'accident du 21 décembre 2021 d'une part et les céphalées et troubles cognitifs d'autre part, cette causalité aurait cessé dans un délai de deux semaines à huit mois tout au plus, vu l'absence de lésion structurelle cérébrale et au niveau de la colonne cervicale. À cet égard, elle se réfère au point 4.1 des lignes directrices de l'AWMF allemande (*Schädel-Hirntrauma ohne Nachweis einer substanzialen Hirnschädigung* ; TCC sans preuve d'une atteinte cérébrale substantielle).

La chambre de céans considère que cette appréciation de la Dre R_____ n'emporte pas la conviction pour plusieurs raisons. Premièrement, celle-ci laisse

de côté les aspects psychiques (totalement incapacitants depuis l'été 2024) et ORL du cas évoqués par les Drs Q_____, X_____ et Y_____ (cf. pièces A, B et C recourante). Cela est certes compréhensible, de la part d'une neurologue, s'agissant de disciplines qui ne la concernent pas, mais n'est pas admissible de la part de l'intimée, du point de vue de la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA). Deuxièmement, cette neurologue-conseil axe son argumentation uniquement sur l'absence de lésion structurelle objectivable au niveau cérébral et des vertèbres cervicales, alors que le propre des troubles typiques du « coup du lapin » (ou *Whiplash injury*, dont la Dre R_____ a admis la survenance) est de n'être souvent pas visibles ni objectivables (cf. ATF 134 V 109 consid 8.4 précité). Troisièmement, le point 4.1 précité des lignes directrices de l'AWMF ne fait aucune référence aux traumatismes de type « coup du lapin ». Or, il est communément admis que ces traumatismes constituent une atteinte différente d'un TCC et que leur évolution ne prend pas nécessairement fin après quelques mois. Il arrive en effet « dans de rares cas, que les symptômes deviennent chroniques, ce qui peut engendrer des handicaps permanents » (cf. <https://www.hirslanden.ch/fr/corporate/description-pathologies/coup-du-lapin.html>).

Il résulte donc de ces éléments que l'appréciation de la Dre R_____, incomplète (car laissant de côté les aspects ORL et psychiatriques) et centrée sur l'absence de lésion structurelle objectivable, ne permet pas de considérer, en l'état du dossier, qu'il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 21 décembre 2021 ne constituait plus la cause – ne serait-ce que partielle (cf. ci-dessus : consid. 4.1.6) – des troubles du tableau clinique post-traumatique complexe (neurologique, ORL, psychiatrique et orthopédique) que la recourante présentait toujours lors de sa consultation du 20 janvier 2025 avec la Dre Q_____, et qui était toujours jugé totalement incapacitant à cette date (cf. pièce A recourante).

8.2.2 Concernant les atteintes ayant fait l'objet d'une appréciation orthopédique, il sied de rappeler que s'agissant du dos (cervicales), le Dr J_____ a estimé le 14 juin 2024 que dès lors que cette partie du corps était déjà altérée, avant l'accident, par une unco-cervico-discarthrose et que cet événement n'avait pas non plus causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées, l'événement du 21 décembre 2021 avait cessé de déployer ses effets, au niveau cervical, un an après sa survenance. Le rapport du 11 mars 2022 du Dr S_____ ne se prononce pas sur ce dernier aspect mais va néanmoins dans le sens de l'appréciation du 14 juin 2024 du Dr J_____, dans la mesure où il ne rapporte aucun traumatisme vertébral osseux, ligamentaire ou discal mais des signes d'une cervicarthrose liée à l'âge « avec tout de même une sténose foraminale C5-C6 droite, susceptible d'expliquer quelques irradiations en direction du moignon de l'épaule » (dossier intimée, doc. 171, p. 2).

S'agissant, ensuite, de l'atteinte à l'épaule droite, pour laquelle le Dr J_____ admet que l'événement du 21 décembre 2021 a causé une atteinte du sus-épineux et une capsulite rétractile, ce médecin a estimé dans un premier temps, soit le 4 juin 2024, qu'à 18 mois de l'intervention à l'épaule du 19 octobre 2022, le cas était à présent stabilisé et que la recourante pouvait reprendre à plein temps son activité habituelle d'assistante administrative sans diminution de rendement. Le 17 mai 2024, les Drs U_____ et V_____ ont rapporté des douleurs chroniques, prenant notamment la forme d'omalgies droite post-traumatiques (persistantes après l'opération du 19 octobre 2022, avec composante neuropathique [« possible atteinte branche sensitive pectoral médial latéral ? »] et appelant, entre autres, des examens complémentaires, tels qu'une évaluation par un MPR et un bloc au nerf pectoral à visée diagnostique. Sur quoi, le Dr J_____ a quelque peu modifié sa précédente appréciation le 30 octobre 2024, en ce sens que « usuellement, même en cas de capsulite rétractile et d'algodystrophie, l'évolution se fait vers une stabilisation à la deuxième année post-opératoire même en cas d'atteinte éventuellement neurologique comme suggéré ». À l'appui d'une stabilisation du cas le 19 octobre 2024, il a également invoqué une importante arthrose acromio-claviculaire dont l'influence n'est pas exposée de manière grammaticalement compréhensible (cf. partie « en fait », point C, let. n.). Dans son rapport du 21 janvier 2025, la Dre Q_____ relate un rapport établi en « août 2023 » par le Dr H_____, selon lequel « les suites » avaient été compliquées par le développement d'un CRPS puis d'une décompensation d'une arthropathie acromio-claviculaire ; à quoi s'ajoutait une allodynie de la face antérieure de l'épaule et du bras droit, également retrouvée par la Dre Q_____ à l'examen du 20 janvier 2025 qui avait révélé une absence d'utilisation spontanée de l'épaule droite et à des douleurs limitant visiblement sa mobilisation. Ces observations ont été complétées par un rapport du 18 mars 2025 de la Dre P_____, évoquant des douleurs d'allure mixte, mécaniques (éventuellement en lien avec la cicatrice du long chef du biceps) et neuropathique (provenant d'une éventuelle atteinte pectorale et d'un CRPS). Après avoir pris connaissance des rapports des Dres Q_____ et P_____, le Dr J_____ a maintenu le 19 juin 2025 que le cas était stabilisé le 19 octobre 2024 concernant l'épaule droite. Il a toutefois concédé qu'il existait des limitations fonctionnelles, dites « classiques » (pas de travail au-dessus du plan des épaules, etc.) en rapport avec la seule capsulite rétractile, qui étaient compatibles avec l'exercice à plein temps et sans diminution de rendement de l'activité habituelle d'assistante administrative. Enfin, après examen du rapport du 13 août 2025 du Dr Z_____, concluant à un CRPS post-traumatique du membre supérieur droit, le Dr J_____ a estimé le 4 novembre 2025 qu'un éventuel CRPS n'aurait empêché ni la stabilisation du cas le 19 octobre 2024, ni conduit à d'autres limitations fonctionnelles.

La chambre de céans rappelle, à titre liminaire, qu'une expertise médicale sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen

personnel de l'assuré. Par ailleurs, l'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues (ci-dessus : consid. 6.3.2). Cela étant précisé, on constate que le rapport que le Dr H_____ a établi en août 2023, lors de son dernier examen orthopédique, ne figure pas au dossier et qu'il n'est ni mentionné ni discuté par le Dr J_____. Il ressort toutefois des précisions apportées par la Dre Q_____ en janvier 2025 que le Dr H_____ évoquait, en août 2023, les notions de CRPS, de décompensation d'une arthropathie articulaire et d'une allodynie importante sur le sujet de l'épaule droite, sans que l'on connaisse pour autant les effets précis de ces éléments, leur étiologie ainsi que leurs éventuelles interactions. On sait, en revanche, que la Dre Q_____ concluait, à l'instar du Dr H_____, en août 2023, à une problématique de l'épaule droite non stabilisée et à la nécessité d'un nouvel examen orthopédique détaillé, dans le but de déterminer les conséquences directes de l'accident. Dans le même ordre d'idées, les Drs U_____ et V_____ ont mentionné, dans leur rapport du 17 mai 2024, que les omalgies présentaient une composante neuropathique possiblement en lien avec une atteinte d'une branche sensitive du nerf pectoral latéral – laquelle était à investiguer – mais qu'une composante mécanique, non identifiée, n'était pas exclue. On note également que ces questionnements étaient toujours d'actualité en 2025 (cf. rapport du 18 mars 2025 de la Dre P_____). Ainsi, dans ce contexte marqué par des interrogations persistantes et la nécessité de procéder à des investigations médicales nouvelles, l'importance d'un examen personnel de la recourante par le Dr J_____ ou des experts revenait au premier plan. Dès lors qu'un tel examen n'a jamais eu lieu en quatre ans, pas plus qu'un séjour à la CRR, pourtant « vivement conseillé » en août 2023 par ce médecin-conseil (dossier intimée, doc 136), le fait que celui-ci anticipe le résultat des investigations en cours en retenant, le 30 octobre 2024, une stabilisation du cas deux ans après l'opération « même en cas de de capsulite rétractile [...] d'algodystrophie [et] d'atteinte éventuellement neurologique comme suggéré » (dossier intimée, doc. 277) constitue un raccourci peu convaincant, dont la valeur probante est de surcroît affaiblie par des considérations économique-administratives non pertinentes :

« Nous n'avons jamais évacué le syndrome de CRPS, mais nous devons nous limiter à la juste évaluation des conséquences du traumatisme de ce CRPS et non à une extension des symptômes d'origine neurologique notamment comme évoqués par la Dre Q_____ auxquels notre collègue neurologue a répondu, et ne pas en faire du seul CRPS une description isolée pour ne pas stabiliser le cas... » (appréciation médicale du 4 novembre 2025, p. 3).

La chambre de céans relève, enfin, que s'agissant des diagnostics d'allodynie (rapport du 21 janvier 2025 de la Dre Q_____) et de CRPS (rapport du 13 août 2025 du Dr Z_____), le fait de départager les appréciations du Dr J_____ et les

avis divergents de ces médecins nécessiterait, en tout état, la mise en œuvre d'une expertise et, dans ce cadre précis, une analyse du CRPS à la lumière des critères dits « de Budapest » (*cf.* ci-dessus : consid. 4.1.3).

8.3 Il résulte, en synthèse, de ce qui précède qu'en l'absence d'instruction médicale pluridisciplinaire portant à la fois sur l'épaule droite et l'étiologie des symptômes pouvant relever du traumatisme du type « coup du lapin » et de spécialités médicales laissées de côté par l'intimée (ORL, psychiatrie), cette dernière ne disposait pas d'informations suffisamment fiables pour retenir, dans la décision litigieuse, qu'on ne pouvait plus attendre, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'amélioration notable des troubles causés par l'accident le 19 octobre 2024. La clôture du cas et l'examen de la causalité adéquate à cette date, en application de la pratique du coup du lapin, apparaissent dès lors prématurés au regard des renseignements médicaux disponibles.

9.

9.1 Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire neuropsychologique, orthopédique, oto-neurologique et psychiatrique – incluant un examen du CRPS à la lumière des critères de Budapest – et, cela fait, rende une nouvelle décision.

9.2 La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités de procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5 10.003).

9.3 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 partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 3 décembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée, pour instruction complémentaire au sens de considérants et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'500.-, à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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