RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3192/2020 **ATAS/459/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mai 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1993, a subi un accident la circulation le 9 août 2016, qui a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) par son employeur.

2. Selon un rapport de la police routière du 13 août 2016, le véhicule de l'assurée a eu le flanc gauche endommagé lors de l'accident.

3. Dans un rapport établi le 19 août 2016, le docteur B_____, médecin généraliste exerçant à Gex, a indiqué que l'assurée déclarait avoir subi un choc latéral au niveau de sa portière alors qu'elle conduisait son véhicule, le 9 août précédent. L'examen mettait en évidence une fracture des os propres du nez, opérée le 12 août 2016 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), et une contusion au niveau de l'épaule, de la hanche et du tibia gauches, avec une douleur sur le moignon de l'épaule. Les blessures entraînaient une incapacité totale de travail de quinze jours, sauf complications.

4. Le 1er septembre 2016, l'assurée a indiqué à la SUVA que l'accident avait eu lieu alors qu'elle démarrait au feu vert à 10 km/h. Une autre voiture l'avait percutée sur le côté, après que son conducteur avait grillé le feu rouge. Il circulait à 70-80 km/h. Sa voiture s'était retrouvée au milieu de la chaussée sur la ligne du tram. Elle n'avait pas pu sortir de la voiture et avait dû être désincarcérée par les pompiers. Elle était à nouveau apte au travail à 100% depuis le 29 août 2016. Le traitement médical n'était pas terminé, elle avait chaque semaine des séances de physiothérapie.

5. Le 7 septembre 2016, la SUVA a alloué à l'assurée des prestations d'assurance pour les suites de son accident du 9 août 2016.

6. La doctoresse C_____, service de médecine de premier recours des HUG, a indiqué dans un rapport médical initial LAA du 18 octobre 2016 que les premiers soins avaient été donnés le 9 août 2016 et qu'il avait été constaté que l'assurée avait une fracture des os propres du nez, modérément déplacée.

7. Le 23 mai 2017, le Dr B_____ a prescrit des massages de rééducation pour l'épaule gauche de l'assurée (neuf semaines).

8. Le 1er août 2017, le Dr B_____ a encore prescrit douze séances de massages rééducation pour l'épaule gauche de l'assurée.

9. Le 24 août 2017, l'assurée a informé la SUVA que son traitement ne s'était jamais terminé. Ses tendons étaient toujours enflammés et elle effectuait une séance de physiothérapie une fois toutes les deux semaines.

10. Le 2 janvier 2018, l'assurée a informé la SUVA que son traitement médical n'était pas terminé et qu'elle avait encore une séance de massage.

11. Le 18 juin 2018, le Dr B_____ a encore prescrit neuf séances de massages rééducation pour l'épaule gauche de l'assurée.

12. Dans un rapport médical intermédiaire adressé à la SUVA le 17 septembre 2018, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée avait encore des douleurs à l'épaule gauche, précisant que des circonstances particulières n'avaient pas influencé l'évolution du traitement, qui consistait en de la kinésiothérapie une fois par semaine pour une durée prévisible de six mois.

13. Le 28 mars 2019, le Dr B_____ a prescrit neuf séances supplémentaires de massages rééducation pour l'épaule gauche de l'assurée.

14. Selon un rapport établi le 30 juillet 2019, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée avait des douleurs persistantes au long biceps et sus-épinum, avec une aggravation des douleurs et un craquement de l'épaule. Le traitement actuel était de la physiothérapie et un traitement local. Il avait demandé un bilan RX, une échographie et une arthro-IRM.

15. Le 30 juillet 2019, le Dr B_____ a prescrit neuf séances de massages rééducation de l'épaule gauche de l'assurée.

16. Dans un rapport établi suite à une radiographie et échographie de l'épaule gauche de l'assurée du 26 août 2019, le docteur D_____a indiqué que le bilan ne montrait pas de lésion de la coiffe et précisait une discrète infiltration de l'intervalle des rotateurs orientant vers une possible capsulite post-traumatique avec une discrète tuméfaction capsulo-ligamentaire acromio-claviculaire, possiblement séquellaire d'une contusion ou d'une entorse. Une IRM complémentaire pourrait être réalisée (plutôt qu'un arthro-scanner) pour préciser la situation en vue de poser une éventuelle indication d'infiltration articulaire, gléno-humérale ou acromio-claviculaire.

17. Le 7 janvier 2020, la doctoresse E_____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'aucun traitement de l'assurée n'était encore en lien avec l'événement du 9 août 2016, qui n'avait entraîné qu'une fracture des os propres du nez. Les troubles de l'épaule gauche étaient apparus près de deux ans après l'événement et n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement en cause. Le lien était tout au plus possible.

18. Par décision du 8 janvier 2020, la SUVA a informé l'assurée qu'il ressortait des pièces de son dossier médical qu'aucun lien de causalité certain ou du moins probable ne pouvait être établi entre l'événement du 9 août 2016 et ses troubles à l'épaule gauche. Par conséquent, elle ne pouvait pas lui allouer de prestations d'assurance pour ceux-ci.

19. Le 31 janvier 2020, le Dr B_____ a indiqué qu'à la suite de l'accident du 8 août 2016, l'assurée présentait toujours une gêne fonctionnelle au niveau de l'épaule gauche avec une douleur du sus-épineux gauche associée à une douleur au niveau de l'acromio-claviculaire gauche. Un bilan échographique le confirmait et une IRM

de l'épaule gauche était programmée. En conséquence, il persistait des séquelles de l'accident en cours de bilan.

20. Le 8 février 2020, l'assurée a formé opposition à la décision de la SUVA du 8 janvier 2020.

21. Le 11 mai 2020, la Dresse E_____ a procédé à une appréciation médicale du cas. Elle a résumé l'évolution de celui-ci selon les pièces communiquées jusqu'au 8 février 2020. Sous « Appréciation », elle a indiqué notamment que des examens radiologiques n'avaient été effectués qu'en août 2019, soit plus de trois ans après le traumatisme et que ceux-ci ne démontraient pas de lésion de la coiffe des rotateurs, mais une discrète infiltration de l'intervalle des rotateurs orientant vers une capsulite rétractile de l'épaule avec une discrète tuméfaction capsulo-ligamentaire acromio-claviculaire possiblement séquellaire d'une contusion d'une entorse. Une capsulite rétractile apparaissait suite à une immobilisation, une opération ou un traumatisme dans les quelques semaines, voire quelques mois après un événement traumatisant. En aucun cas elle ne pouvait apparaître trois ans après un traumatisme. D'ailleurs, il n'y avait aucune mention de l'épaule gauche dans le rapport médical initial du 9 août 2016. En conséquence, on pouvait dire que les troubles déclarés au niveau de l'épaule gauche n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 9 août 2016 et qu'ils étaient tout au plus en relation de causalité possible.

22. Le 14 mai 2020, la gestionnaire du dossier a demandé à l'Hôpital de la Tour de convoquer l'assurée pour lui faire passer une IRM et, une fois cet examen réalisé, de lui transmettre les images et le rapport correspondant.

23. Dans un courriel du 16 juin 2020 adressé à la gestionnaire du dossier auprès de la SUVA, l'assurée lui a transmis le rapport relatif à l'IRM de son épaule gauche, précisant que l'IRM constatait une, voire deux enthésopathies. Suite à de nouvelles douleurs apparentes au niveau du cou en plus de ses douleurs à l'épaule gauche, le Dr B_____ lui prescrivait à nouveau des séances de physiothérapie qui étaient dispensées par Monsieur F_____. Ce dernier soupçonnait une discographie de son rachis cervical (C5-C6 très importante et C4-C5 importante) post-traumatique due potentiellement à un coup du lapin lors de son accident, ce qui expliquerait l'enthésopathie à l'insertion du tendon du muscle deltoïde sur l'acromion postérieur. Il confirmait le doute sur une minime enthésopathie du tendon supra-épineux. Suite à cette conclusion et une nouvelle auscultation, son médecin traitant lui avait prescrit une radiographie du rachis cervical post-trauma qu'elle allait réaliser ces prochains jours. Elle allait également continuer ses séances de physiothérapie.

24. Selon un rapport établi le 26 mai 2020, suite l'IRM de l'épaule gauche de la recourante du 26 mai 2020, le docteur G_____ a conclu à une enthésopathie avec signes inflammatoires à l'insertion du tendon du muscle deltoïde sur l'acromion postérieur sans image de déchirure. Il y avait un doute sur une minime

enthésopathie du tendon supra-épineux, à la limite du significatif. Les tendons de la coiffe des rotateurs étaient sans particularité. Il n'y avait pas d'image de bursite trochantérienne, ni de signe de capsulite, mais une minime lésion dégénérative acromio-claviculaire compatible avec l'âge.

25. Le 17 juin 2020, le Dr G_____ a conclu, suite à une radiographie du rachis cervical, à une anomalie de la statique avec une petite cyphose cervicale centrée sur C5 et une discrète courbure cervicale à convexité gauche. Il y avait une ébauche ostéophytique uncarthrosique bilatérale C3-C4, sans rétrécissement significatif du canal central, mais pas de fracture mise en évidence.

26. Le 1er juillet 2020, la Dresse E_____ a considéré que les documents radiologiques apportés au dossier permettaient de retenir que l'assurée ne présentait pas au niveau de l'épaule gauche de lésion structurelle pouvant être imputée à l'événement du 9 août 2016 et que les lésions présentées étaient de nature dégénérative et par conséquent sans rapport avec l'événement en cause. L'enthésopathie était une atteinte de l'enthèse, c'est-à-dire de l'insertion tendino-capsulo-ligamentaire sur les os, dont l'origine habituelle la plus fréquente était dégénérative, liée à l'usure ou dans le cadre de maladies articulaires chroniques évolutives. Les enthésopathies constatées n'étaient pas dues à l'événement du 9 août 2016, mais à l'usure. L'assurée avait présenté tout au plus une contusion de son épaule gauche, dont aucune plainte n'était rapportée en 2016, mais uniquement dans le rapport médical du 17 septembre 2018 du médecin traitant. En l'absence de lésion structurelle de l'épaule gauche pouvant être imputée à l'événement du 9 août 2016, les découvertes radiologiques sur l'IRM du 26 mai 2020 n'étaient pas en lien de causalité, pour le moins probable, avec l'événement incriminé. L'assurée présentait encore au niveau cervical, sur le plan radiologique, une anomalie de la statique avec une petite cyphose cervicale centrée sur C5 et une discrète courbure cervicale à convexité gauche, qui n'étaient pas d'origine traumatique, mais préexistantes à l'événement du 9 août 2016. À noter également une ébauche ostéophytique uncarthrosique bilatérale C3-C4 sans rétrécissement significatif du canal central, qui était une atteinte dégénérative qui ne pouvait pas être due à l'événement du 9 août 2016, en l'absence de lésion structurelle au niveau cervical pouvant être imputée à l'événement incriminé.

    La Dresse E_____ considérait que les documents radiologiques, que ce soient l'IRM de l'épaule gauche ou les radiographies du rachis cervical, confirmaient son appréciation du 11 mai 2020. Par conséquent, les troubles dont se plaignait l'assurée, plus de deux ans après l'événement, n'étaient pas en lien de causalité, pour le moins probable, avec l'événement du 9 août 2016. Les conclusions contraires de l'assurée ne reposaient sur aucune base physio-pathologique connue sur le plan médical et n'étaient que l'interprétation pseudo-médicale de l'assurée concernant ses douleurs. Elles ne modifiaient pas non plus son appréciation médicale du 11 mai 2020, dont les conclusions restaient valables.

27. Le 10 juillet 2020, la Dresse E_____ a demandé à la gestionnaire d'obtenir les rapports radiologiques effectués aux HUG pour l'assurée en août 2016.

28. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a transmis à l'intimée un rapport établi suite à une radiographie de l'épaule de l'assurée du 10 août 2016 indiquant qu'il n'y avait pas de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible, mais un aspect de rupture du centre scapho-huméral, lié à l'incidence en rotation externe en premier lieu.

29. Le 28 juillet 2020, la Dresse E_____ a indiqué que le RX du 10 août 2016 ne mettait pas en évidence de lésions structurelles pouvant être imputées à l'événement du 9 août 2016 et qui pourraient expliquer la symptomatologie actuelle présentée par l'assurée. Les images de l'IRM du 26 mai 2020 montraient des signes d'usure au niveau insertionnel des tendons du supra-épineux et du muscle deltoïde sur l'acromion. L'événement du 9 août 2016 avait cessé de déployer ses effets au niveau de l'épaule gauche après quelques semaines, tout au plus après quelques mois. Selon le guide de réinsertion de l'ASA, une contusion de l'articulation guérissait en une semaine lorsqu'elle était légère, en trois semaines lorsqu'elle était moyenne et en six semaines lorsqu'elle était sévère. Même si l'assurée avait présenté une entorse de la coiffe des rotateurs, elle aurait guéri en six semaines si elle était légère, voire en dix semaines si on avait noté une rupture ou un blocage douloureux. Par conséquent, l'événement incriminé avait totalement cessé de déployer ses effets depuis de nombreux mois et ne pouvait être responsable des plaintes actuelles de l'assurée au niveau de son épaule gauche, lesquelles étaient liées à des atteintes dégénératives, sans lien avec l'événement incriminé.

30. Par décision sur opposition du 10 septembre 2020, la SUVA a confirmé sa décision du 8 janvier 2020. Aucun élément ne permettait de remettre en cause le bien-fondé des rapports médicaux de la Dresse E_____. L'assurance-maladie de l'assurée ne s'était pas opposée à sa décision du 8 janvier 2020 et avait ainsi admis sa responsabilité. Mal fondée, l'opposition devait être rejetée et la décision du 8 janvier 2020 confirmée.

31. L'assurée a formé recours contre la décision sur opposition de la SUVA concluant à son annulation et invoquant un possible coup du lapin.

    Elle a produit un rapport établi le 6 octobre 2020 par le Dr B_____ certifiant que les lésions décelées après les RX du rachis cervical indiquaient un début d'uncarthrose qui était la conséquence de l'accident du 9 août 2016 et non liée à l'âge ou à l'usure chez une patiente de 27 ans.

32. Par réponse du 9 novembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, relevant qu'il n'avait pas été apporté d'éléments médicaux pertinents permettant de douter du bien-fondé des appréciations de la Dresse E_____ des 1er et 28 juillet 2020 et que le rapport du 6 octobre 2020 du Dr B_____ n'avait aucune valeur probante, dans la mesure où il n'était guère motivé et ne contenait pas d'anamnèse.

33. Par réplique du 4 décembre 2020, la recourante a fait valoir que le rapport du 6 octobre 2020 du Dr B_____ avait une valeur probante, dans la mesure où il suivait son cas depuis le début de l'accident.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 10 septembre 2020 par laquelle l'intimée a dénié à la recourante le droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les troubles relatifs à son épaule gauche, faute de lien de causalité.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

   La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-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.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). 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 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insegamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgestz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60).

7. 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).

8. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la

causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

10. 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 cranio-cérébral 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; ATF 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 cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 ATF 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.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b).

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 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident » a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 et les références).

Ce critère ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles

accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3).

Il a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références).

Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4).

Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1).

Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999). Il en va de même d'une collision où un motocycliste a été projeté à une dizaine de mètres du point d'impact après avoir été percuté par un véhicule automobile (arrêt du Tribunal fédéral 8C_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 5.3.1) et d'une collision frontale violente entre un scooter et une camionnette (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3).

11. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 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 cranio-cérébral. 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 ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

12. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Admettre, dans ce cadre, le retour à *un statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_110/20165 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2).

13. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

    b. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

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. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

14. 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).

15. 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).

16. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

17. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

18. 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).

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

20. En l'espèce, la décision querellée est fondée sur une appréciation médicale établie le 7 janvier 2020 par la Dresse E_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, laquelle retenait que les troubles de l'épaule gauche de la recourante n'étaient apparus que près de deux ans après l'événement. Dans son rapport du 1er juillet 2020, elle mentionnait qu'aucune plainte n'était rapportée en 2016 s'agissant de l'épaule gauche de la recourante. Or, dans son rapport du 19 août 2016, soit dix jours après l'accident, le Dr B_____ avait déjà indiqué avoir constaté une contusion au niveau de l'épaule de la recourante. Le 23 mai 2017, il a prescrit neuf séances de massages de rééducation pour cette épaule et a ensuite régulièrement ordonné la poursuite de ce traitement. Le 1er septembre 2016, la recourante a indiqué dans un formulaire transmis par la SUVA que son traitement médical n'était pas terminé et qu'elle avait encore chaque semaine des séances de

physiothérapie. L'instruction de la cause a enfin permis d'établir que la recourante avait fait l'objet d'une radiographie de l'épaule de son épaule gauche le 10 août 2016.

Il en résulte que les appréciations de la Dresse E_____ des 7 janvier et 1er juillet 2020 reposent sur une lecture incomplète du dossier et qu'elle a retenu à tort que les troubles de l'épaule gauche de la recourante étaient apparus près de deux ans après l'événement. Ces appréciations ne sont dès lors guère probantes.

Le 28 juillet 2020, la Dresse E_____ a revu sa position et indiqué que le RX du 10 août 2016 ne mettait pas en évidence de lésions structurelles pouvant être imputées à l'événement du 9 août 2016 ou qui pourraient expliquer la symptomatologie actuelle de la recourante.

Il faut relever à cet égard que si la radiographie de l'épaule de la recourante du 10 août 2016 n'a pas mis en évidence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible, elle a permis de constater un aspect de rupture du centre scapho-huméral, lié à l'incidence en rotation externe en premier lieu.

Ce dernier constat laisse penser qu'il pourrait y avoir une lésion structurelle à l'épaule de la recourante pouvant expliquer sa symptomatologie actuelle.

En outre, le rapport établi le 26 août 2019 par le Dr D_____, sur la base d'une radiographie et échographie de l'épaule gauche de la recourante, fait mention d'une discrète infiltration de l'intervalle des rotateurs orientant vers une possible capsulite post-traumatique avec une discrète tuméfaction capsulo-ligamentaire acromio-claviculaire, possiblement séquellaire d'une contusion ou d'une entorse.

Ce rapport atteste également d'une atteinte possible à l'épaule de la recourante en lien avec l'accident du 9 août 2016.

Dans son rapport du 6 octobre 2020, le Dr B_____ considérait que les lésions décelées après les RX du rachis cervical indiquaient un début d'uncarthrose qui était la conséquence de l'accident du 9 août 2016 et qui n'était pas lié à l'âge ou à l'usure chez une patiente de 27 ans.

Cette appréciation, certes brève, est néanmoins convaincante, dès lors que le début d'une uncarthrose paraît vraisemblablement dû à une cause accidentelle, vu le jeune âge de la recourante.

Les appréciations faites les 1er et 28 juillet 2020 par la Dresse E_____ restent très théoriques et ne sont pas fondées sur un examen de la recourante. Elles sont suffisamment remises en cause par les rapports du médecin traitant de la recourante et d'imagerie pour justifier une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise par un médecin indépendant. En cas de constat d'absence d'un déficit fonctionnel organique, l'expert devra se prononcer sur l'existence d'une éventuelle lésion de l'épaule assimilable à un accident de type « coup du lapin » qui pourrait fonder une obligation de prendre le cas en charge.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 10 septembre 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
22. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas assistée d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).
23. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 10 septembre 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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