

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/541/2025

ATAS/702/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 22 septembre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

représentée par le Syndicat SIT, mandataire

contre

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

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974, mariée, de nationalité espagnole, travaille depuis le 18 octobre 2022 pour B_____ SA en tant que personnel d'entretien et est assurée à ce titre contre le risque accidents auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
- b.** Le 16 janvier 2024, l'assurée a chuté en descendant une marche. Elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 16 janvier 2024.
- c.** L'assurée a été licenciée pour le 30 juin 2024.
- B.** **a.** Le service des urgences de l'hôpital de La Tour a attesté le 16 janvier 2024 d'une entorse de l'épaule et du coude droits et d'une contusion de la rotule du genou droit.
- b.** Le 10 février 2024, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une bursite sous-acromiale et d'une fissuration quasi transfixiante du supra-épineux de l'épaule droite. Il a indiqué le déroulement de l'accident comme suit : « chute au travail par glissement, choc sur le bras droit et genou droit. Douleurs épaule droite, coude droit et genou droit ».
- Il a joint un rapport d'échographie de l'épaule droite du 22 janvier 2024.
- c.** Le 17 janvier 2024, le service de radiologie de l'hôpital de La Tour a constaté l'absence de lésion traumatique osseuse aiguë décelable sur ces incidences, une discrète sublucation postérieure non significative de la tête humérale et pas de fracture évidente au niveau de la clavicule distale.
- d.** La déclaration de sinistre du 22 janvier 2024 mentionne que l'assurée est tombée en descendant une marche et qu'elle s'est blessée au bras, genou et pied droits.
- e.** Une IRM de l'épaule droite du 14 mars 2024 a conclu à une désinsertion partielle du tendon infra-épineux, une tendinopathie fissuraire du tendon supra-épineux avec une fissuration non transfixiante de sa partie dorsale, une discrète bursopathie exhaustive, une arthropathie acromio-claviculaire modérée et des signes dégénératifs au niveau du labrum avec une omarthrose et apposition ostéophyttaire au niveau de la tête humérale en inférieur.
- f.** Le 11 juin 2024, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que l'accident n'avait pas causé de lésion structurelle objectivable et avait fini de déployer ses effets à trois mois. Au niveau de l'épaule droite, il y avait la présence d'un acromion crochu et une arthrose acromio claviculaire. L'IRM mettait en évidence une altération structurelle chronique intrinsèque au niveau tendineux.

g. Par décision du 20 juin 2024, la SUVA a mis fin au versement de ses prestations au 20 juin 2024, au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident était atteint trois mois après celui-ci.

h. Le 28 juin 2024, le Dr C_____ a indiqué que les douleurs et la désinsertion tendineuse de l'épaule droite n'étaient apparues qu'après l'accident du 16 janvier 2024. La décision de la SUVA était totalement injustifiée, alors qu'une opération de l'épaule était prévue

Un ultrason de l'épaule droite de 2021 (échographie du 12 novembre 2021) avait conclu clairement à l'absence de lésion du tendon infra-épineux alors que le tendon du long chef du biceps affecté en 2021 était décrit comme normal après l'accident.

i. Le 8 juillet 2024, l'assurée, représentée par le syndicat SIT, a fait opposition à la décision précitée. Une opération était prévue le 30 août 2024 en raison d'une pathologie en lien avec l'accident et non pas à une évolution d'un état pathologique antérieur.

j. Le 2 mai 2024, l'assurée a bénéficié d'une infiltration sous acromiale de corticoïdes.

k. Le 10 juillet 2024, les Drs E_____ et F_____ ont proposé une arthroscopie de l'épaule droite. L'assurée avait présenté un traumatisme avec impact direct de son épaule droite et présentait depuis des douleurs persistantes. L'IRM du 14 mars 2024 retrouvait une lésion de la coiffe postéro-supérieure au niveau bursal et subluxation médiale du long chef du biceps.

l. Le 30 août 2024, l'assurée a été opérée par les docteurs E_____ et F_____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), par arthroscopie de l'épaule droite : suture sus-épineux, infra-épineux ; suture sous-scapulaire ; ténodèse long chef du biceps ; résection du centimètre externe de clavicule ; acromioplastie antérolatérale.

m. Le 26 septembre 2024, le département de chirurgie des HUG (dont le Dr E_____) a attesté d'un arrêt de travail pour accident du 30 août au 30 septembre 2024.

n. Un ultrason de l'épaule droite du 29 octobre 2024, en raison de douleurs et limitations des mouvements à deux mois post-arthrosique, a conclu à un *status* post suture du tendon du sus-épineux avec signes de tendinopathie sans évidence de ré-rupture tendineuse, à des signes échographiques faisant suspecter une capsulite rétractile, et à un *status* post ténotomie et probable ténodèse du tendon du long chef du biceps.

o. Le 6 décembre 2024, le département de chirurgie des HUG a attesté d'une évolution peu favorable avec la persistance d'importantes douleurs et un manque de mobilité.

p. Le 10 janvier 2025, le Dr D_____ a rendu une appréciation médicale.

La description de la chute et la réception avec choc direct sur l'hémicorps droit n'était pas susceptible de léser la coiffe des rotateurs. Il a confirmé ses conclusions du 11 juin 2024.

q. Par décision du 14 janvier 2025, la SUVA a rejeté l'opposition, le *statu quo* étant intervenu trois mois après le sinistre.

C. a. Le 17 février 2025, l'assurée, représentée par le syndicat SIT, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à la prise en charge par l'intimée des frais médicaux et au versement de l'indemnité journalière, au-delà du 20 juin 2024, en faisant valoir l'avis de son médecin traitant, les examens radiologiques pratiqués et l'intervention nécessaire du 30 août 2024.

b. Le 28 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Le 22 avril 2025, la recourante a répliqué. L'intervention du 30 août 2024 et la physiothérapie avaient permis de rétablir progressivement l'état de son épaule. Une IRM du 12 mars 2025 attestait de troubles persistants en lien de causalité avec l'accident.

Elle a communiqué :

- un rapport du 28 février 2025 du département de chirurgie des HUG, attestant d'une problématique de l'épaule droite à la suite d'un traumatisme début 2024 et d'une absence de franche amélioration, avec des douleurs persistantes de l'épaule droite ;
- un rapport d'IRM de l'épaule droite du 12 mars 2025, concluant à « pas d'involution graisseuse ou atrophie musculaire significative ; supra-épineux classé SUGAYA 2 ; infra-épineux classé SUGAYA 2 ; sous-scapulaire d'aspect post-opératoire sans rupture ; lame de liquide dans la BSAD ; arthrose acromio-claviculaire modérée ; lame d'épanchement gléno-huméral » ;
- un rapport du 18 mars 2025 du département de chirurgie des HUG, attestant d'une imagerie rassurante et d'une amélioration des symptômes depuis environ trois semaines ; il persistait une limitation des amplitudes ;
- un rapport du 8 avril 2025, du docteur G_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, attestant d'une lente évolution favorable.

d. Une IRM du 16 mai 2025 de l'épaule droite a conclu à une confirmation de la suspicion clinique avec des signes de capsulite ; une capsulo-distention pourrait être réalisée suivie d'une physiothérapie.

e. Par projet de décision du 6 juin 2025, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 juillet 2025, au motif que sa capacité de travail était nulle dès le 16 janvier 2024, et de 100% dans une activité adaptée dès le 7 avril 2025.

f. Le 29 juillet 2025, le Dr D_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle il maintenait que l'épaule était déjà affectée, en était la preuve l'atteinte et le rapport d'ultrason du 12 novembre 2021 qui mettait en évidence une tendinite calcifiante du long chef du biceps, mais également une bursopathie exsudative modérée, qui permettait de mettre en évidence, d'une part, un problème intrinsèque aux structures tendineuses par la calcification et, d'autre part, une composante extrinsèque mise en évidence par la bursopathie pouvant entrer en conflit avec la coiffe des rotateurs, d'autant plus que l'articulation acromio-claviculaire présentait une arthrose.

g. Le 30 juillet 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

h. Le 25 août 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission d'expertise judiciaire au Professeur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert.

i. Le 29 août 2025, le recourant a indiqué qu'il était d'accord avec la mission d'expertise.

j. Le 15 septembre 2025, la SUVA a requis la récusation du Prof. H_____, au motif qu'il était tenant d'une thèse controversée défendue par le Groupe d'experts de la chirurgie de l'épaule et du coude de Swiss Orthopaedics (ci-après : le groupe d'experts) en matière de choc direct et a proposé les noms d'autres experts.

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières et au remboursement de ses frais de traitement au-delà du 26 juin 2024, à la suite de son accident du 16 janvier 2024.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 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 ; 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

3.2 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

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.

3.3 Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

3.4

3.4.1 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). 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).

3.4.2 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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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

3.4.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

3.4.4 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).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

3.4.5 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 ; 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).

3.4.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.5 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3.6 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).

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).

3.7 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 I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

3.8 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGa constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la

nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

4.

4.1 En l'occurrence, l'intimée a fondé la décision litigieuse sur les appréciations du Dr D_____ des 12 juin 2024 et 7 janvier 2025, lequel a confirmé sa position le 9 juillet 2025.

La recourante conteste ces appréciations, en faisant valoir l'avis de son médecin traitant, le Dr C_____ (28 juin 2024), ainsi que celui des Drs F_____ et E_____ (notamment avis du 10 juillet 2024). Or, ceux-ci estiment que les lésions présentes à l'épaule droite de la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 16 janvier 2024.

En présence d'avis médicaux contradictoires et, en conséquence, d'un doute sur la valeur probante de l'avis du médecin-conseil de l'intimée, il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire orthopédique, étant rappelé que s'il existe un doute, même minime, sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin d'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires.

4.2 La chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait désigner le Prof. H_____ comme expert.

L'intimée demande la récusation du Prof. H_____, au motif qu'on devait présumer que celui-ci soutiendra l'opinion défendue par le groupe d'experts, soit qu'un traumatisme direct de l'épaule sans extension du bras peut générer une lésion de la coiffe des rotateurs, alors que le Tribunal fédéral ne l'admet pas.

À cet égard, il convient de relever ce qui suit.

4.2.1 L'art. 29 al. 1 Cst. prévoit que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. S'agissant de l'impartialité et de l'indépendance requises

d'un expert, cette disposition assure une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. (ATF 127 I 196 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_352/2017 du 31 janvier 2018 consid. 4.1 ; 5A_981/2015 du 12 avril 2016 consid. 3.2.1), qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH (ATF 129 V 196 consid. 4.1 ; 128 V 82 consid. 2a ; 127 I 196 consid. 2b).

Cette garantie permet au plaideur d'exiger la récusation d'un juge - respectivement d'un expert judiciaire - dont la situation ou le comportement est de nature à faire naître un doute sur son impartialité ; elle tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de sa part ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 116 Ia 135 consid. 2 ; cf. ég. ATF 144 I 159 consid. 4.3 ; 142 III 732 consid. 4.2.2 ; 142 III 521 consid. 3.1.1 ; 140 III 221 consid. 4.1 ; 140 I 240 consid. 2.2 ; 138 I 1 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_645/2024 du 10 mars 2025 consid. 3.1). L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2022 du 12 avril 2023 consid. 4.2.3 et 4.2.4).

Enfin, le fait que l'expert soit un tenant déclaré d'une étude de pensée ou d'un courant scientifique particulier ne suffit pas à fonder un soupçon de prévention, sauf s'il apparaît dès le départ que l'expert va soutenir une opinion plutôt qu'une autre (DUPONT / MOSER-SZELESS, Commentaire de la LPGA 2018, p. 552).

4.2.2 En l'occurrence, l'intimée estime que le Prof. H_____ est partial car on doit présumer qu'il soutiendra l'avis du groupe d'experts dont il fait partie, selon lequel un traumatisme direct de l'épaule, sans extension du bras, peut générer une lésion de la coiffe des rotateurs, alors que cet avis est réfuté par le Tribunal fédéral.

L'intimée part tout d'abord du principe que l'assurée a été victime d'un traumatisme direct de l'épaule sans chute sur son bras tendu. Or, selon les éléments au dossier, en particulier ceux que l'on doit considérer comme des déclarations de la première heure, la chute de la recourante n'a pas entraîné un choc direct sur son épaule droite mais a concerné son bras, son genou et son pied droits. En effet, selon la description des circonstances et du mécanisme de l'accident mentionnée dans la déclaration de sinistre du 22 janvier 2024, la recourante est tombée en descendant une marche et s'est blessée aux bras, genou et pied droits. Un choc direct sur l'épaule n'est pas mentionné, alors que le bras est cité comme partie lésée. Cette version a été confirmée par la recourante dans

son courrier à l'intimée du 8 juillet 2024 (pièce 74 intimée), dans lequel elle rappelle qu'elle est tombée et a reçu un impact sur son bras, son genou et son pied droits, en cohérence avec sa première déclaration. Par ailleurs, le Dr C_____ a indiqué le 10 février 2024 une chute au travail par glissement avec un choc sur le bras droit et des douleurs au coude, au genou et à l'épaule droits, ce qui permet plutôt de retenir que la recourante a été victime d'un accident avec chute sur le bras et non pas d'un traumatisme direct de l'épaule, sans extension du bras. Dès lors, l'intimée échoue à démontrer que le cas d'espèce correspond en tous points aux cas jurisprudentiels qu'elle cite (arrêts du Tribunal fédéral 8C_446/2019 du 22 octobre 2019 ; 8C_740/2020 du 7 avril 2021 consid. 4.2 ; 8C_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.5). Dans ces conditions, le motif invoqué à l'appui de la demande de récusation n'est pas pertinent.

Au surplus, l'intimée se contente de mentionner que, selon son expérience, le Prof. H_____ est tenant de la thèse controversée du groupe d'experts, sans étayer son affirmation, ce qui est insuffisant pour considérer que le Prof. H_____ adhérerait sans discernement à la thèse précitée, ni même que celle-ci serait dans tous les cas où un choc direct sur l'épaule s'est produit, non pertinente.

Quoi qu'il en soit, l'intimée n'apporte aucun élément concret qui pourrait faire penser que le Prof. H_____, même favorable à la thèse évoquée, soutiendrait dès le départ cette opinion médicale.

Au vu de ce qui précède, la demande de récusation du Prof. H_____ sera rejetée.

Enfin, une question 1.1 est ajoutée à la mission d'expertise.

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

Statuant préparatoirement

- I. Rejette la demande de récusation du Prof. H_____.
- II. Ordonne une expertise médicale de A_____. La confie au Prof. H_____,
CENTRE MÉDICAL I_____, avenue J_____, _____ Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la
personne expertisée, notamment les Drs E_____ et F_____ des HUG.
- C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions
suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

- 1.1. Décrire les circonstances et le mécanisme de l'accident

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

- 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

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

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

- 4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

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

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

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

5.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

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

6. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

6.1.1 Dates d'apparition

7. **Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8. **Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. Atteinte à l'intégrité

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité

10. Appréciation d'avis médicaux du dossier

Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr D_____ (11 juin 2024, 16 janvier 2025 et 29 juillet 2025) ? En particulier avec le constat que l'accident du 16 janvier 2024 n'a pas causé de lésion structurelle objectivable et qu'il a fini de déployer ses effets à trois mois ? Si non, pourquoi ?

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

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

IV. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance 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. La présente ordonnance et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être jointes à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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