



POUVOIR JUDICIAIRE

A/541/2025

ATAS/494/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} juin 2026

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 ; Yves MABILLARD et Teresa SOARES,
juges assesseurs.

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.** Une échographie de l'épaule droite de l'assurée du 12 novembre 2021 a conclu à une tendinite calcifiante du long chef du biceps et une bursopathie exsudative modérée.
- c.** 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.
- d.** 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 subluxation 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 ostéophytaire 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. Par ordonnance du 22 septembre 2025, la chambre de céans a confié une mission d'expertise judiciaire au Professeur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle a relevé ce qui suit :

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.

S'agissant du mécanisme de l'accident, elle a mentionné ce qui suit :

L'intimée part 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.

i. Le 9 février 2026, le Prof. H_____ a rendu son rapport d'expertise.

Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de pseudoparalysie post-traumatique, *status* post lésion de la coiffe des rotateurs, lésion partielle bursale coiffe postéro-supérieure, instabilité médiale long chef du biceps, lésion haute du sous-scapulaire, arthropathie acromio-claviculaire symptomatique, *status* post contusion, *status* post contusion de la rotule, *status* post réparation sus-épineux, sous-scapulaire, ténodèse biceps, acromioplastie antérolatérale et exérèse centimètre externe de clavicule et évolution vers capsulite rétractile post-traumatique.

L'état n'était pas stabilisé car la capsulite nécessitait de la physiothérapie et de l'antalgie. Il n'était pas exclu qu'une arthrolyse de l'épaule soit envisagée.

Les atteintes étaient en lien probable avec l'accident.

L'ultrason du 12 novembre 2021 montrait qu'il n'existait aucune anomalie structurelle de la coiffe des rotateurs et il était improbable que des lésions dégénératives de la coiffe se soient développées entre le 12 novembre 2021 et le 16 janvier 2024. D'ailleurs, l'assurée avait augmenté ses heures de travail dès le 31 janvier 2023, ce qui ne correspondait pas à un état pathologie chronique et symptomatique de l'épaule droite.

Le mécanisme de la chute était compatible avec une lésion du sous-scapulaire. L'assurée avait chuté, depuis une marche, sur son bras droit, heurtant son épaule, son coude et son genou droits. Il ne s'agissait pas d'une chute directe sur l'épaule. Vu l'absence d'atrophie et de dégénérescence des muscles de la coiffe des rotateurs, l'hypothèse d'une pathologie tendineuse de longue date pouvait être infirmée.

L'intervention du 30 août 2024 avait mis en évidence des lésions compatibles avec un état post-traumatique et notamment une déchirure de la partie supérieure du sous-scapulaire entraînant une instabilité du long chef du biceps.

Les lésions tendineuses étaient objectivables. Il n'y avait pas d'état maladif préexistant hormis une calcification dans le tendon du long biceps disparue depuis.

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que tout geste impliquant une élévation ou une abduction de 90° ou plus n'était pas possible ; le port de charge à droite devait être limité à 3 kg, non répétitif ; le travail sur

échelle, escabeau ou échafaudage était exclu ; le travail prolongé nécessitant attention et concentration soutenues n'était pas possible au vu des douleurs chroniques exacerbées par la mobilisation du membre supérieur droit.

La capacité de travail était nulle comme nettoyeuse et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. On pouvait s'attendre à une lente amélioration de la mobilité et à une diminution des douleurs de l'épaule droite grâce à la continuation du traitement conservateur et au passage du temps ; la durée jusqu'à une amélioration significative de l'état douloureux et de la mobilité de l'épaule droite était spéculative et pouvait s'étendre sur plusieurs années.

Il existait une atteinte à l'intégrité de 15%.

j. Le 26 février 2026, la recourante a estimé que l'expertise judiciaire était probante et a confirmé ses conclusions.

k. Le 2 avril 2026, l'intimée a confirmé sa position et estimé que le rapport d'expertise judiciaire n'était pas probant.

L'expert s'écartait du mécanisme de l'accident tel que décrit initialement (chute simple avec réception sur le côté droit du corps) et retenait une chute avec impact direct sur le bras et le coude, suivie d'un geste de protection et d'un roulement sur le membre supérieur droit. L'expert aurait dû retenir une chute sur l'épaule droite qui ne pouvait créer un traumatisme de la coiffe des rotateurs. Le Prof. H_____ ne suivait pas la jurisprudence du Tribunal fédéral et confirmait l'existence d'une rupture post-traumatique de l'épaule en présence d'un simple traumatisme direct. Enfin, il minimisait le cadre dégénératif décrit par le médecin-conseil.

l. Le 14 avril 2026, la recourante a observé que la description de l'accident faite par l'expert H_____ précisait celle réalisée par les premiers médecins consultés et ne les contredisait pas.

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 Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un

renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

3.5 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en oeuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

3.6

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

3.6.2 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 LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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

3.6.3 Le juge ne s'écarter 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).

3.6.4 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 SUVA 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).

3.6.5 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).

3.6.6 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).

3.7 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).

3.8 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 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). 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).

3.9 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).

3.10 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. En l'occurrence, l'intimée a considéré que l'accident n'avait pas causé de lésion structurelle objectivable et avait cessé de déployer ses effets après trois mois. La recourante avait chuté directement sur son hémicorps droit, ce qui n'était pas susceptible de léser la coiffe des rotateurs et l'épaule droite de la recourante était en souffrance avant l'accident.

Quant à la recourante, elle fait valoir que les lésions subies sont uniquement traumatiques.

La chambre de céans a estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire par le biais d'une expertise orthopédique judiciaire, qu'elle a confiée au Prof. H_____.

4.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse avec examen du mécanisme de la chute, la description des plaintes de la recourante, un examen clinique, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs, analysant de façon convaincante la causalité des diagnostics avec l'accident, en s'appuyant également sur la littérature médicale, le rapport d'expertise du Prof. H_____ répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

La recourante estime que les conclusions de l'expertise judiciaire sont convaincantes.

L'intimée considère que ce rapport d'expertise doit être écarté, au motif que l'expert, d'une part, s'écarte du déroulement de l'accident tel qu'il ressort du

dossier, lequel n'était pas apte à créer les lésions subies et, d'autre part, minimise le cadre dégénératif décrit par le Dr D_____.

4.2 Les griefs émis par l'intimée à l'encontre du rapport d'expertise judiciaire ne sont pas à même de faire douter de la valeur probante de celui-ci.

4.2.1 S'agissant du déroulement de l'accident, l'expert H_____ l'a décrit comme suit : « en sortant de la cabine elle glisse et chute de la marche de 20-30 cm placée devant la porte du container pour sortir et entrer dans la cabine radio. Ces cabines radio sont en fait des containers préfabriqués d'environ 4x5 m de surface au sol selon Mme A_____. Il faut passer la marche de 20-30 cm pour entrer et sortir de la cabine. Le nettoyage se fait à l'aide d'outils de nettoyage disposés sur un chariot et les sorties de poubelles (essentiellement des déchets de papiers) se font également à l'aide d'un chariot. À noter que la marche pour entrer et sortir de la cabine n'est pas équipée de rampe. Son travail de nettoyage accompli, elle sort de la cabine radio en tenant dans la main droite un chiffon de nettoyage et dans la main gauche un récipient en plastique contenant un agent nettoyant. Avec ces objets dans les mains, elle trébuche, glisse et tombe de la marche sur le bras, heurtant l'épaule, le coude et le genou droits. Il est à noter que selon Madame A_____, elle se réceptionne directement sur le bras et le coude, esquisse un geste de protection puis pour éviter de se heurter la tête, roule par terre sur son membre supérieur droit. Il s'agit d'une chute d'une marche d'escalier de 20-30 cm et pas directement de sa hauteur. Un collègue l'aide à se relever en lui tendant la main droite qu'elle attrape avec sa main gauche, ne pouvant pas bouger son bras droit douloureux » (rapport d'expertise judiciaire, p. 2).

Cette version, contrairement à l'avis de l'intimée, correspond aux déclarations de la première heure de la recourante, puisque la déclaration d'accident du 22 janvier 2024, établie seulement six jours après l'accident, mentionne « qu'en sortant d'une cabine, elle est tombée en descendant la marche. Elle s'est blessée au bras, genou et pied droit ». Il n'est en particulier pas mentionné dans la déclaration d'accident que la recourante a chuté sur son épaule droite, laquelle n'est pas citée à ce stade comme partie lésée, contrairement au bras. Cette version a ensuite 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.

La description détaillée de l'accident effectuée par le Prof. H_____ complète ainsi celle effectuée initialement et n'est pas – comme le souligne de façon erronée l'intimée – en contradiction avec la déclaration de la première heure de la recourante.

L'intimée fait valoir que la dynamique de l'accident, soit une chute sur l'épaule droite sans chute sur le bras, est établie dans le dossier, en se référant à la déclaration de sinistre, au rapport de consultation à l'Hôpital de la Tour du 16 janvier 2024 (pièce 11 intimée) et à l'écriture de recours.

À cet égard, le rapport du 16 janvier 2024 de l'Hôpital de la Tour mentionne, dans le rappel anamnestique, que la recourante « était sur une plateforme de 50 cm avec réception sur l'hémicorps droit. Trauma coude, épaule et genou droit ».

Or, une chute sur l'hémicorps droit, soit la moitié droite du corps, n'exclut pas un choc sur le bras droit, ce d'autant que le coude est cité dans le rapport du 16 janvier 2024 comme partie lésée et qu'aucune chute directe sur l'épaule droite n'est relevée. Quant à la déclaration de sinistre, il a déjà été vu ci-dessus qu'elle est en totale cohérence avec la description plus détaillée de l'accident fournie par le Prof. H_____. Enfin, la mention dans le recours que « la recourante est tombée en descendant une marche et s'est réceptionnée sur son épaule droite » (recours pp. 3 et 9), d'une part, n'est pas une déclaration de la première heure de la recourante, d'autre part, se réfère à la pièce 1 de la recourante, soit la décision sur opposition de l'intimée, laquelle ne constitue pas une pièce déterminante pour établir comment l'accident a eu lieu.

Au demeurant, la description de l'accident telle que précisée par le Prof. H_____ doit être suivie, soit une chute avec réception sur le bras droit, à même de causer des lésions structurelles à l'épaule droite (une rupture de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire, une lésion partielle bursale de la coiffe postéro-supérieure avec fissuration du tendon sus-épineux, une désinsertion partielle de l'infra-épineux proche de sa jonction avec tendon supra-épineux, une instabilité médiale du long chef du biceps, une aggravation post-traumatique d'une arthrose acromioclaviculaire asymptomatique ou muette, une bursite sous-acromiale et une capsulite post-traumatique sévère). En particulier, le Prof. H_____ a relevé que la rupture du sous-scapulaire était une lésion typiquement traumatique, entraînant une instabilité du long chef du biceps.

L'intimée s'est bornée à contester le lien de causalité des lésions avec l'accident au-delà d'un délai de trois mois, en partant du principe que la chute avait eu lieu sans choc direct sur le bras droit, de sorte qu'elle n'était pas susceptible de léser la coiffe des rotateurs (appréciation du Dr D_____ du 7 janvier 2015).

L'intimée n'émet en revanche pas de critique sur le raisonnement du Prof. H_____ dans l'hypothèse où l'accident s'est produit comme celui-ci l'a décrit.

Tout au plus, relève-t-elle que « le cadre dégénératif » a été minimisé par le Prof. H_____.

4.2.2 À cet égard, le Prof. H_____ s'est au contraire longuement expliqué sur la nature des lésions constatées à l'ultrason du 12 novembre 2021 et a relevé que la calcification de petite taille présente à l'époque avait disparu suite à une

infiltration et n'avait laissé aucune séquelle. Les tendons étaient par ailleurs décrits d'épaisseur normale et homogène, tout comme l'articulation acromio-claviculaire. La bursopathie exsudative modérée était en lien avec l'état inflammatoire induit par la calcification. Il n'y avait aucune anomalie structurelle de la coiffe des rotateurs (rapport d'expertise judiciaire, p. 25). La recourante avait augmenté son taux d'activité en janvier 2023, ce qui allait aussi dans le sens de l'absence d'un état de pathologie chronique.

En l'absence d'une arthropathie ou d'une dégénérescence des muscles de la coiffe des rotateurs, il a exclu la présence d'une pathologie tendineuse de longue date. L'arthropathie de l'acromio-claviculaire existait préalablement mais était asymptomatique. En conclusion, il n'y avait pas d'état malade préexistant à l'accident hormis la calcification, disparue depuis (rapport d'expertise judiciaire, p. 26).

Le Prof. H_____ a ensuite donné des réponses précises aux arguments du Dr D_____, d'une part, quant à la présence d'un acromion, lequel était plutôt plat et non crochu, de sorte qu'il n'était pas « agressif », seul un acromion crochu pouvant créer une lésion de la face bursale du sus-épineux (rapport d'expertise judiciaire, p. 31) et, d'autre part, quant à la présence d'une arthrose acromio-claviculaire qui se voyait chez la majorité des sujets et restait asymptomatique. Les lésions objectivables étaient tendineuses et ne guérissaient pas dans les trois mois. La rupture du sous-scapulaire était une lésion typiquement traumatique. En somme, l'accident avait causé un dommage structurel tendineux qui n'existait pas antérieurement, au vu de l'ultrason du 21 novembre 2021.

Au demeurant, les explications du Prof. H_____, convaincantes, doivent être suivies, cela d'autant plus que l'avis du Dr D_____ sur lequel se fonde l'intimée revient à considérer que chaque assuré qui présente une ancienne pathologie, guérie sans laisser de séquelle, ainsi qu'une arthrose asymptomatique présente chez la plupart des assurés, ne peut se voir reconnaître l'existence de lésions traumatiques durables, argumentation qui n'emporte pas la conviction.

4.3 S'agissant de la stabilisation de l'état de santé, le Prof. H_____, compte tenu de l'évaluation de la situation vers une capsulite rétractile post-traumatique, a considéré que l'état de santé n'était pas stabilisé ; l'assurée nécessitait de la physiothérapie et de l'antalgie, une éventuelle arthrolyse de l'épaule droite était à envisager et la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50% seulement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Compte tenu des limitations fonctionnelles décrites, de l'incapacité de travail encore en cours, soit de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, ainsi que du traitement prodigué (même si celui-ci consiste essentiellement en de la physiothérapie et des antalgiques), il y a lieu de constater que l'état de santé n'était pas stabilisé au jour de la décision litigieuse le 17 février 2025. À cet égard, le Prof. H_____ a cité de la littérature indiquant que

l'apparition d'une épaule gelée post-traumatique est associée à une durée d'incapacité de travail significative plus longue (rapport d'expertise judiciaire, p. 22). Or, compte tenu du fait que l'assurance-accidents sociale est, de par sa conception, axée sur les personnes exerçant une activité lucrative, la notion de « sensible amélioration de l'état de l'assuré » doit être interprétée comme se référant notamment – mais pas exclusivement – à l'amélioration ou la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 - David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, HAVE/REAS 4 2023 p. 314)

L'absence de stabilisation de l'état de santé de la recourante n'est d'ailleurs pas contestée par l'intimée.

En conséquence, la recourante a droit au remboursement de ses frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière.

5. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit aux prestations de l'intimée, dans le sens des considérants.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Pour le surplus, l'avis du Dr D_____ ayant été contesté de façon pertinente par les Drs C_____, F_____ et E_____, une instruction médicale complémentaire a été nécessaire, de sorte qu'il se justifie de mettre les frais de l'expertise judiciaire en CHF 8'000.- à charge de l'intimée.

La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Dit que la décision de l'intimée du 14 janvier 2025 est annulée.
4. Dit que la recourante a droit aux prestations de l'intimée, dans le sens des considérants.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 8'000.-, selon la facture du 9 février 2026 du Prof. H_____, à charge de l'intimée. * et alloue à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à charge de l'intimée. ***Rectification d'une erreur matérielle le 11.06.2026/MOV/gra**
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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