

GE_GERICHTE ATAS/1045/2018 vom 13. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1045_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1045/2018 du 13 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1045/2018 del 13 novembre 2018

Erwägungen

E. 30

Le 2 octobre 2018, la chambre de céans a communiqué chacune de ces écritures à l'adverse partie. EN DROIT 1. Dans l'ordonnance d'expertise du 16 janvier 2018, la chambre de céans a déjà tranché les questions de sa compétence, de la recevabilité du recours, du droit applicable et de l'objet du litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points. 2. Aux termes de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

A/3465/2016 - 11/20 - a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Une causalité partielle suffit pour admettre l'existence d'un tel lien de causalité (ATF 117 V 360 consid. 4b in fine ; RAMA 1996 n° U 264 p. 287 ss consid. 3a). b. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre

l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2014 du 23 novembre 2015 consid. 2.2). 3. a. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque

A/3465/2016 - 12/20 - 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) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). b. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). c. Dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), 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 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). 4. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des

assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/3465/2016 - 13/20 - 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des

A/3465/2016 - 14/20 - éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce

dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 5. En l'espèce, la recourante présente trois troubles différents, à savoir une entorse acromio-claviculaire gauche, une lésion du labrum gauche de type SLAP II et une uncodiscarthrose étagée de C4 à C7 avec hernie discale C5-C6 et C6-C7 accompagnée de neuropathie déficitaire sensitive C6 et C7. Ces diagnostics ne sont contestés ni par les divers médecins, ni par les parties. Seul est litigieux le lien de causalité entre l'accident du 27 octobre 2015 et la lésion du labrum gauche d'une part et l'uncodiscarthrose étagée d'autre part avec hernie discale et neuropathie déficitaire. Il n'est pas davantage contesté par les parties que ledit accident a provoqué une entorse acromio-claviculaire gauche, qui a guéri par un traitement conservateur ayant permis une reprise du travail à 100 % dès le 1er avril 2016. S'agissant de la lésion du labrum de type SLAP II, elle a été révélée par l'arthro-IRM du 25 novembre 2015, qui a fait l'objet de deux interprétations approfondies dans le cadre des deux expertises, l'une par le Dr K_____ et l'autre par le Dr O_____. Dans son rapport du 2 mai 2016, le Dr K_____ mentionne une anomalie de morphologie et de signal du labrum gléno-huméral supérieur. Il relève la présence sur les images d'un récessus sous-labral (image 10 de la série 5), de sorte que la fissure labrale supérieure se surajoute à cette variante anatomique. Ladite fissure évoque un processus subaigu avec kyste paralabral en voie de formation. Au vu du délai d'un mois entre l'imagerie et le traumatisme, la nature post-traumatique de la fissure lui semble peu probable et il favoriserait une origine dégénérative, ce d'autant plus que l'orientation de cette fissure – qui s'étend médialement – parle en faveur d'une atteinte dégénérative par opposition aux lésions purement traumatiques qui s'étendent classiquement latéralement. Toutefois, en l'absence de

A/3465/2016 - 15/20 - lésion associée des tendons de la coiffe des rotateurs ou des surfaces cartilagineuses gléno-humérales, il ne peut pas affirmer avec certitude sa nature dégénérative. Dans son rapport du 30 mars 2018, le Dr O_____ constate également sur les images la présence au niveau du labrum d'un récessus sous-labral avec kyste et d'anomalies du signal avec irrégularité de la base glénoïde du labrum. Cette désinsertion minimale postérieure lui semble pathologique. Il estime que le récessus sous-labral présente une petite distension kystique antérieure d'origine micro-traumatique chronique mais que les anomalies de la partie postérieure du labrum lui font suspecter une désinsertion partielle débutante donnant un aspect de lésion de type SLAP II C (antéro-postérieure) en raison du récessus sous labral distendu et de la lésion II B postérieure. Il lui semble indiscutable que la recourante présente un récessus sous-labral physiologique, qui est fréquent au niveau des épaules. La distension kystique antérieure est probablement secondaire à une hyper sollicitation chronique, alors que la lésion labrale postéro-supérieure lui semble davantage s'intégrer dans le cadre d'une lésion acquise traumatique aiguë compatible avec l'anamnèse. Par conséquent, il conclut à une origine mixte, à savoir physiologique et dégénérative pour le récessus sous-labral avec distension kystique antérieure et fort probablement traumatique pour la lésion labrale postéro-supérieure avec des anomalies du signal en faveur d'une désinsertion. Il ressort de ces deux rapports qu'il y a unanimité entre les radiologues quant au caractère physiologique du récessus sous-labral et à l'origine

dégénérative du kyste. En revanche, ils divergent sur l'origine de la lésion labrale. Le Dr O_____ constate également des anomalies des parties postéro-supérieure et antéro-postérieure du labrum alors que le Dr K_____ ne mentionne que des anomalies de la partie antéro-supérieure du labrum. Cette différence d'interprétation des mêmes images de l'arthro-IRM du 25 novembre 2015 explique leurs conclusions divergentes, étant précisé qu'il y a lieu de privilégier l'interprétation du Dr O_____, qui est plus complète. Dans son rapport d'expertise du 3 mai 2016, le Dr J_____ diagnostique une découverte fortuite d'une lésion dégénérative de type SLAP II A avec petit kyste paralabral. Il estime que le lien de causalité naturelle avec l'accident n'est que possible. Il justifie son point de vue par le fait que les lésions traumatiques à ce niveau surviennent généralement lors du lancer d'un objet en élévation de l'épaule et que la simple contusion postéro-latérale subie n'était pas propre à solliciter la partie supérieure du labrum au-delà de son point de rupture. La nature dégénérative des lésions SLAP II est bien documentée surtout chez les personnes sollicitant leur épaule de façon répétitive. Cette lésion est parfois difficile à distinguer d'une variante anatomique normale (récessus, foramen, sublabral ou complexe de Buford) dont la prévalence augmente avec l'âge jusqu'à se retrouver chez 95 % des individus de plus de 60 ans. Dans le cas de la recourante, cette lésion labrale lui paraît plutôt comme la découverte fortuite d'une lésion dégénérative.

A/3465/2016 - 16/20 - Dans son rapport d'expertise reçu le 11 juin 2018, le Dr M_____ retient à ce sujet un diagnostic de lésion de type SLAP II C de l'épaule gauche actuellement guérie suite à l'intervention du mois de mai 2016. Il considère que cette lésion a été causée par l'accident de manière certaine. Il justifie son appréciation divergeant de celle du Dr J_____ quant à l'origine de la lésion SLAP, indépendamment de l'analyse radiologique, par le fait que la recourante est âgée de 38 ans et n'a pas d'antécédent et qu'on observe très exceptionnellement des troubles dégénératifs du labrum. Selon lui, l'apparition de douleurs à la suite d'un traumatisme violent chez une personne totalement asymptomatique avant l'accident, l'évolution stationnaire de ces troubles sans traitement, puis leur guérison rapide en moins de quatre mois après l'intervention du 10 mai 2016 démontrent très clairement la nature traumatique de cette lésion. Par conséquent, les deux experts s'opposent sur l'étiologie de ces troubles. Le Dr J_____ justifie l'origine dégénérative de cette lésion notamment par le type de traumatisme qui, selon lui, n'est pas propre à provoquer une lésion de ce type. Toutefois, cette appréciation est contredite par le Dr E_____ dans son rapport du 8 août 2016, qui retient, au contraire, que l'origine traumatique est tout à fait compatible avec une chute sur l'épaule accompagnée d'un mouvement d'hyperextension de celle-ci. De plus, l'appréciation du Dr J_____ invoque une origine dégénérative bien documentée chez les personnes sollicitant leur épaule de façon répétitive. Or, l'activité professionnelle de la recourante est une activité de bureau qui n'entraîne pas une telle sollicitation. De plus, dans son rapport d'expertise, le Dr J_____ mentionne dans l'anamnèse professionnelle que la recourante pratique la course à pied, la danse et le fitness, soit des activités qui ne sollicitent pas particulièrement l'épaule de façon répétitive. Dès lors, la justification par le Dr J_____ de l'origine dégénérative de la lésion SLAP II ne repose pas sur des éléments avérés, de sorte qu'elle n'est pas fiable. L'intimée soutient que les conclusions de l'expert judiciaire orthopédiste quant à l'origine traumatique de la lésion SLAP n'ont pas de valeur probante, au motif que les experts passent d'une suspicion d'une petite désinsertion à une probabilité, puis à une certitude. En l'occurrence, les anomalies de signal de la partie postérieure du labrum faisant suspecter une petite désinsertion ne remettent pas en question l'existence d'une lésion de type SLAP II qui est admise par tous

les médecins, mais plutôt l'étendue de celle-ci et sa localisation précise. Sur les images de l'arthro-IRM, le Dr O_____ constate des anomalies des parties antéro-postérieures et postéro-supérieures du labrum alors que le Dr K_____ ne fait état d'anomalies que de la partie antérieure du labrum. S'il est vrai que le Dr O_____ indique que les anomalies de la partie postérieure du labrum lui font suspecter une petite désinsertion partielle débutante, il n'en conclut pas moins que ces anomalies évoquent une lésion de type SLAP II C dont le caractère traumatique récent est fort probable. En utilisant le terme suspecter, il n'invoque pas une hypothèse mais utilise le langage interprétatif du

A/3465/2016 - 17/20 - radiologue qui ne peut être certain de son interprétation qu'au vu des constats du chirurgien opérateur. C'est dans cette logique qu'il conclut à un caractère traumatique fort probable. Or, le Dr L_____, qui a opéré la recourante le 10 mai 2016, confirme que la lésion de type SLAP est d'origine traumatique. Par conséquent, il n'y a aucune contradiction dans les conclusions du Dr O_____. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient l'intimée, la motivation de l'expert ne repose pas sur le seul principe post hoc ergo propter hoc, puisque ce dernier fonde son appréciation également sur le dossier radiologique, l'âge de la recourante, le type de traumatisme et la rareté des troubles dégénératifs du labrum. Dans son rapport d'expertise, le Dr M_____ a répondu à toutes les questions posées dans l'ordonnance d'expertise, exécuté le mandat d'expertise sur la base d'un dossier médical et radiologique complet, en prenant l'avis du Dr O_____, procédé à un examen de la recourante et tenu compte de ses plaintes ainsi que de l'anamnèse. Il motive ses réponses et explique pourquoi il se distance de l'appréciation du Dr J_____. Étant donné que la motivation du Dr M_____ repose sur des éléments objectifs, ne contient pas de contradiction et est confirmée par les Drs E_____ et L_____, il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, la chambre de céans suivra ses conclusions. Il reste encore à examiner le lien de causalité entre les troubles discaux et l'accident. 6. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du

A/3465/2016 - 18/20 - 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). 7. S'agissant de l'uncodiscarthrose étagée de C4 à C7 avec hernie discale C5-C6 et C6-C7 accompagnée de

neuropathie déficitaire sensitive C6 et C7, le Dr N_____ conclut dans son rapport d'expertise, qu'à l'instar des autres médecins, il considère les troubles discaux de la recourante comme étant d'origine dégénérative. Il motive son appréciation par les IRM préopératoires, l'absence d'association à des lésions des tissus mous, les saillies ostéophytiques qui témoignent d'une évolution lente plutôt en faveur d'un phénomène dégénératif, ainsi que la perte de lordose et l'installation d'une cyphose cervicale progressive, qui évoquent également une atteinte dégénérative progressive sur plusieurs années. Au vu de la coexistence fréquente de troubles de l'épaule et du rachis cervical, il est d'avis que l'accident a tout de même pu faciliter l'expression clinique de ces lésions d'hernies discales. Il précise qu'il ne peut pas affirmer que l'accident n'a joué aucun rôle dans le développement de la symptomatologie clinique, dans la mesure où, sans l'accident, l'expression de ces saillies discales aurait peut-être été beaucoup plus tardive. En définitive, l'expert conclut que l'accident a pu jouer un rôle d'accélération de la manifestation clinique de ces troubles discaux. Étant donné que ses conclusions reposent sur la seule possibilité d'un tel rôle accélérateur de l'accident, celui-ci n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requise en assurances sociales. Par conséquent, il y a lieu de retenir qu'il n'y a aucun lien de causalité entre l'accident et les lésions discales de la recourante.

8. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). 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. L'application de l'art. 36 LAA ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est

A/3465/2016 - 19/20 - pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3a; ATF 121 V 326 consid. 3; SVR 2010 UV n° 31 p. 125 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2014 consid. 2.3).

b. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

c. En l'espèce, eu égard aux conclusions de l'expertise judiciaire orthopédique, l'incapacité de travail est liée du 1er au 9 mai 2016 à parts égales aux troubles discaux et à la lésion de type SLAP II, puis elle est due à 100 %

uniquement à cette dernière du 10 mai au 25 août 2016. Or, bien que l'expert neurologue admette que l'accident a pu accélérer l'expression clinique des lésions discales, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident a occasionné une accélération des troubles discaux de la recourante, propre à influencer sur sa capacité de travail (cf. supra consid. 7). Par conséquent, il y a également lieu de suivre les conclusions de l'expert orthopédiste sur l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante en lien avec la lésion de type SLAP II et avec les troubles discaux. Contrairement à ce que soutient la recourante, il ne ressort d'aucun rapport médical que la justification de son incapacité de travail entre décembre 2015 et mai 2016 serait majoritairement voire exclusivement due à l'accident au regard des douleurs ayant justifié l'opération du 10 mai 2016. Ainsi, il incombe à l'intimée de continuer à prendre en charge du 1er mai au 25 août 2016 l'indemnité journalière à raison d'une incapacité de travail de 50 % du 1er au 9 mai 2016, puis de 100 % du 10 mai au 25 août 2016, ainsi que les frais de traitement de la recourante en relation avec la lésion de type SLAP II. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 13 septembre 2016 annulée au sens des considérants et la cause renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations dues. La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 3'000.- 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, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3465/2016 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.