

GE_GERICHTE ATAS/414/2018 vom 15. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_414_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/414/2018 du 15 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/414/2018 del 15 maggio 2018

Erwägungen

E. 26

Le 15 septembre 2016, le Dr F_____ a indiqué à l'assurée que la reprise de travail était prévue pour le 30 juillet 2016 ; l'assuré avait été en incapacité de travail totale du 18 août au 14 décembre 2015 et de 50% du 14 décembre 2015 au 29 juillet 2016.

A/3714/2017 - 5/23 -

E. 27

Le 12 décembre 2016, l'assurée a précisé que lors de l'accident, elle n'était pas tombée mais avait repoussé le chariot de toutes ses forces, lequel lui était tombé dessus.

E. 28

Le 24 janvier 2017, le docteur I_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un avis sur dossier et estimé que le mécanisme décrit par l'assurée était tout à fait compatible avec une lésion de la coiffe des rotateurs.

E. 29

Le 7 mars 2017, l'assurée, représentée par B_____ S.A, a fait opposition à la décision du 6 juillet 2016, notifiée à B_____ le 7 février 2017 en faisant valoir qu'elle avait repoussé le chariot ce qui était de nature à provoquer la lésion subie ; les prestations devaient être servies au-delà du 15 septembre 2015 ou l'instruction médicale reprise.

E. 30

Le 9 juin 2017, le Dr H_____ a considéré que l'argumentation du Dr I_____ du 24 janvier 2017 n'apportait pas de modification quant à son évaluation du 4 mars 2016. Dans le cadre de cette dernière, la situation avait été analysée minutieusement. De son point de vue, la conclusion mentionnée dans sa prise de position du 4 mars 2016 restait valable.

E. 31

Par décision du 18 juillet 2017, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que l'avis du Dr I_____ ne comportait aucune argumentation médicale détaillée et se basait sur un état de fait incohérent, car à aucun moment lors de ses premières déclarations l'assurée avait indiqué qu'elle aurait chuté. De plus, les diagnostics de déchirure méniscale interne et de lésion chondrale au genou gauche retenus par le Dr I_____ ne correspondaient nullement aux lésions subies par l'assurée à l'épaule gauche. Au vu de ces imprécisions factuelles, l'avis médical du Dr I_____ du 24 janvier 2017 ne pouvait par conséquent pas se voir reconnaître une valeur probante suffisante. Les constatations du Dr I_____ n'étaient par conséquent pas susceptibles de soulever un quelconque doute quant aux prises de position fiables et pertinentes du Dr H_____. Le Dr H_____ arrivait dans ses prises de position du 4 mars 2016 et du 9 juin 2017 à la conclusion que le fait de recevoir un chariot

sur l'épaule entraînait simplement une contusion traumatique. Le fait qu'un chariot bascule sur une personne n'était biomécaniquement pas susceptible de provoquer une lésion tendineuse à l'épaule. Cette lésion tendineuse était plutôt, selon un degré de vraisemblance prépondérante, le résultat d'un processus dégénératif chronique sur une période prolongée. Une situation tout à fait typique pour la catégorie d'âge de l'assurée au vu de l'IRM du 21 août 2015 ne montrant que des modifications dégénératives. On pouvait donc conclure que le statu quo sine avait été atteint trois mois après l'événement du 15 juin 2015.

E. 32

Le 20 juillet 2017, l'assurée a annoncé à Visana service SA un cas maladie, après le refus du cas LAA le 15 mars 2016 ; son contrat de travail avait été résilié le 31 août 2016.

A/3714/2017 - 6/23 -

E. 33

Le 5 septembre 2017, le Dr I_____ a précisé qu'au vu du poids du chariot (avec les petits-déjeuners) et de la chute de celui-ci, il fallait une forte contraction musculaire pour retenir ledit chariot. Ceci était de nature à causer une rupture du tendon.

E. 34

Le 12 septembre 2017, l'assurée, représentée par B_____ S.A a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'assureur du 12 juillet 2017 en concluant à son annulation et au versement des prestations au-delà du 15 septembre 2017 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'assureur pour instruction complémentaire ; enfin l'assureur devait être condamné à la prise en charge des honoraires du Dr I_____ de CHF 325.-. Le Dr H_____ n'avait pas été à même de fournir les références médicales sur lesquelles il appuyait son avis, selon l'échange de courriels entre B_____ SA et l'assureur (entre le 8 décembre 2016 et le 24 janvier 2017) ; une expertise médicale était nécessaire ; le Dr H_____ considérait, à tort, qu'elle avait subi une simple contusion à l'épaule gauche et ne pouvait se contenter d'affirmer qu'elle présentait des troubles dégénératifs dus à l'âge.

E. 35

Le 10 octobre 2017, le docteur J_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'assureur, a rendu un avis sur dossier. Le Dr F_____ n'était pas renseigné sur l'état antérieur de l'épaule gauche de l'assurée et cet état aurait dû être mentionné sur la demande de l'arthro-IRM du 21 août 2015 ; celle-ci ne révélait que des changements postopératoires en lien avec l'intervention du 11 janvier 2007 ainsi que des lésions dégénératives peu graves. L'examen d'imagerie du 21 août 2015 ne montrait par contre aucune lésion récente qui pourrait découler du traumatisme du 15 juin 2015. De plus, il fallait souligner que, sur la base de considérations biomécaniques ni une contusion directe de l'épaule ni le fait de repousser avec force un chariot de plateaux alimentaire n'étaient aptes à provoquer une lésion de la coiffe des rotateurs. Ceci était corroboré par les conclusions de l'arthro-IRM du 21 août 2015 qui n'avaient pas mises en évidence de modifications articulaires parlant en faveur d'un traumatisme récent. Par conséquent, un status quo sine morphologique pouvait déjà être fixé à la date de l'arthro-IRM, à savoir au 21 août 2015. Les traitements médicaux, les limitations fonctionnelles ainsi que les incapacités de travail attestées après cette date étaient exclusivement à mettre en rapport de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante avec les facteurs dégénératifs susmentionnés.

E. 36

Le 24 novembre 2017, l'assureur a conclu au rejet du recours ; préalablement il a requis la production du dossier de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) et de celui de Visana assurance SA concernant l'indemnité journalière maladie.

A/3714/2017 - 7/23 - Elle avait obtenu le CD-Rom de l'arthro-IRM du 21 août 2015 et de l'IRM du 14 décembre 2006 ; le Dr J_____ les avait examinés pour rendre son avis du 10 octobre 2017. Le status quo sine avait été atteint le 21 août 2015 selon les avis du Dr J_____ et H_____ ; c'était seulement plus d'un an et demi après l'événement que l'assurée avait indiqué qu'elle avait repoussé le chariot de toutes ses forces sans chuter et qu'elle l'avait soulevé et sorti de l'ascenseur, de sorte que ces nouvelles déclarations ne pouvaient être retenues ; l'avis du Dr I_____ était fondé sur un état de fait erroné ; il n'était donc pas probant.

E. 37

Par ordonnance du 12 décembre 2017, la chambre de céans a requis de Visana assurance SA et de l'OAI une copie de leur dossier concernant l'assurée.

E. 38

Le 27 décembre 2017, l'assurée a répliqué ; ses deux descriptions de l'accident des 7 décembre 2015 et 12 décembre 2016 se complétaient mais n'étaient pas contradictoires ; le Dr I_____ avait eu connaissance des circonstances précises de l'accident le Dr F_____ concernant l'état antérieur de son épaule gauche puisqu'il l'avait examinée le 9 octobre 2015 ; le Dr J_____ n'écartait pas clairement la version de la fissure ; il n'expliquait pas en quoi le mouvement effectué pour retenir et repousser le chariot n'était pas de nature à causer des lésions aux tendons de l'épaule gauche. Une expertise était nécessaire.

E. 39

Le 5 février 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : « Le 15 juin 2015, je poussais un chariot qui était plein car il était préparé pour environ trente personnes (petit déjeuner). Je suis entrée dans l'ascenseur en reculant. Comme il y avait un important décalage entre le sol et le fond de l'ascenseur, le chariot m'est tombé sur l'épaule gauche. Avec toute ma force j'ai repoussé le chariot pour le sortir de l'ascenseur. Le chariot a basculé d'un coup sur mon épaule mais ne s'est pas renversé. C'est ensuite que je l'ai repoussé pour le sortir de l'ascenseur. Je suis restée debout dans l'ascenseur et je n'ai pas chuté. J'ai pu rester debout car je me suis retenue au chariot. Je mesure 1m50 et le chariot m'arrivait à hauteur du coup, il était long, en tous les cas deux mètres. Il était donc lourd car, je le répète, rempli avec le petit déjeuner des pensionnaires dont les boissons. Pour le sortir de l'ascenseur j'ai dû le soulever et le pousser. L'opération du 11 janvier 2007 s'est très bien passée et j'ai ensuite pu reprendre le travail sans douleur. Je ne me rappelle pas si j'ai retravaillé à 100 % en août 2016 mais je ne crois pas. En fait, j'avais une reprise théorique à 100 % mais je me rappelle avoir pris des vacances en août 2016 puis avoir pris ma retraite anticipée en septembre 2016. J'ai des douleurs constantes à l'épaule mais comme je ne travaille pas cela peut aller. »

A/3714/2017 - 8/23 - Le mandataire de la recourante a déclaré : « La recourante a subi des frais de traitement dont elle a dû payer la franchise ainsi qu'un délai d'attente de trente jours pour les indemnités journalières, lequel a toutefois été pris en charge par l'employeur. Nous estimons que le cas n'a pas été investigué correctement. Le Dr I_____ est un médecin

conseil d'assurance, notamment pour l'Allianz et l'Helvetia, il connaît donc bien la problématique du statu quo et B_____ S.A le consulte régulièrement. Je précise que le Dr I_____ a eu connaissance de la description de l'accident rectifiée, c'est-à-dire sans chute, et a maintenu son avis. Il considère en particulier que le mouvement de retenir le chariot et le repousser ensuite est de nature à créer la lésion constatée. En cas de besoin je peux lui demander une confirmation écrite. » La représentante de l'intimé a déclaré : « Je précise que la recourante est assurée en LAMal auprès de Vivacare, et en LCA et LAA auprès de Visana Assurances SA, Visana Services SA étant l'organisme qui fournit les services, notamment le personnel pour Visana Assurances SA. Nous maintenons notre décision. A mon avis ce que le Dr J_____ a voulu dire dans son avis c'est que le Dr F_____ aurait dû mentionner au radiologue l'état antérieur de l'épaule de la recourante, notamment l'opération de 2007. J'ai bien relevé que selon la pièce 20 de Visana, le Dr F_____ avait eu connaissance de cet état antérieur. Le Dr I_____ se base de plus sur une description de l'accident erronée de sorte que son avis ne peut être retenu. Je n'ai pas de raison de contester la version de l'accident telle que décrite ce jour par la recourante, cette version est donc acceptée par l'intimée. »

E. 40

Le 29 mars 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise orthopédique au Professeur K_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission.

E. 41

Le 3 avril 2018, la recourante a requis la modification de deux questions.

E. 42

Le 25 avril 2018, l'intimée a requis la récusation du Prof. K_____ en faisant valoir que celui-ci, appartenait au même centre de chirurgie orthopédique de la clinique des Grangettes que le Dr F_____, médecin traitant de la recourante, et qu'il était donc un collègue direct de celui-ci. En tant que professeur ordinaire du département de chirurgie de la faculté de médecine de Genève depuis 1998, le Prof. K_____ avait, de façon plus que vraisemblable, eu le Dr F_____, né en 1974, comme élève. Le Prof. K_____ se trouvait ainsi dans la sphère d'influence de la recourante, en raison du lien particulier qu'il entretenait avec le médecin spécialiste

A/3714/2017 - 9/23 - de cette dernière, dont il sera par ailleurs amené à juger l'appréciation. Ces circonstances donnaient l'apparence de la prévention du Prof. K_____ et faisaient redouter une activité partielle de ce dernier s'il devait être nommé en qualité d'expert. Par conséquent, il était vraisemblable que le Prof. K_____ puisse avoir une opinion préconçue dans cette affaire et se montrer réticent à critiquer le rapport/travail d'un collègue de service. Le Prof. K_____ n'offrait donc pas les garanties d'impartialité pour fonctionner en qualité d'expert judiciaire dans la présente cause. Par ailleurs, l'intimée a requis que des questions complémentaires figurent dans la mission d'expertise.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit à la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 15 septembre 2015. 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au

A/3714/2017 - 10/23 - corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie

et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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

A/3714/2017 - 11/23 - plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui 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). 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). 7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

A/3714/2017 - 12/23 - Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 9. 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). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). 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).

A/3714/2017 - 13/23 - 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que

ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles

A/3714/2017 - 14/23 - 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). 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). 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. A 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, A/3714/2017 - 15/23 - 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). 12. 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

A/3714/2017 - 16/23 - (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 13. En l'occurrence, il existe une importante divergence d'appréciation entre, d'une part, les avis du Dr E_____ (des 14 juillet 2015 et 20 novembre 2015), lequel évoque des douleurs à l'épaule gauche post-traumatiques, du Dr F_____ (des 9 octobre 2015 et 14 janvier 2016), lequel atteste, suite à l'accident, d'une fissure du sus-épéroux et d'une décompensation d'une arthrose AC avec développement d'une rigidité douloureuse de l'épaule et du Dr I_____ (des 24 janvier 2017 et 5 septembre 2017), lequel relève que le mécanisme accidentel est compatible avec une lésion de la coiffe des rotateurs et que la forte contraction musculaire nécessaire pour retenir le chariot est de nature à causer une rupture du tendon, d'autre part, les avis des médecins-conseils de l'intimée, du Dr H_____ (des 16 mars 2016 et 9 juin 2017), lequel estime qu'une contusion de l'épaule gauche n'est pas de nature à déclencher une lésion de la coiffe des rotateurs et qu'il existe un état préexistant dégénératif, de sorte que le status quo sine est atteint trois mois après l'accident et du Dr J_____ (du 10 octobre 2017), lequel relève que ni une contusion directe de l'épaule, ni le fait de repousser avec force le chariot ne sont aptes à provoquer une lésion de la coiffe des rotateurs et que l'IRM du 21 août 2015 ne montre aucune lésion récente mais seulement des changements post-opératoires et des lésions dégénératives. Dans ces conditions, la chambre de céans n'est pas à même de trancher le litige et il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique. Le Professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, à Chêne-Bougeries a été proposé aux parties comme expert. L'intimée a requis la récusation du Prof. K_____. 14. a. Selon l'art. 38 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une expertise est ordonnée, l'autorité nomme un ou des experts. Un délai est imparti aux parties pour proposer, s'il y a lieu, la récusation des experts (art. 39 al. 1 LPA). En l'espèce, la demande de récusation a été déposée dans le délai imparti, de sorte qu'elle est recevable. b. Les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire, si elles représentent une partie ou ont agi dans la même affaire pour une partie, ou encore si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (cf. art. 36 al. 1 LPGA, art. 10 al. 1 let. a, c et d de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968, PA - RS 172.021). La récusation d'un expert judiciaire - qui ne fait pas partie du tribunal - s'examine au regard de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101) garantissant l'équité du procès (ATF 125 II 541 consid. 4a p. 544). Cette disposition assure au justiciable une protection équivalente

A/3714/2017 - 17/23 - à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. s'agissant des exigences d'impartialité et d'indépendance requises d'un expert (ATF 127 I 196 consid. 2b p. 198). c. Le droit cantonal n'offre pas de garantie supplémentaire. En effet, en vertu de l'art. 39 al. 2 LPA, les causes de récusation prévues pour les membres des autorités administratives s'appliquent aux experts. L'art. 15 al. 2 LPA prévoit la récusation des membres des autorités administratives, notamment, s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire (let. c) ou s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité (let. d). En

matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles), ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108 ; voir aussi ATF 139 V 349, 138 V 271). d. Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1er, 30 al. 1er Cst. et 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie 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 l'expert 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 individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (cf. ATF 134 I 20 consid. 4.2 p. 21 et les arrêts cités). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. 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. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, 123 V 175 consid. 3d ; RAMA 1999 n° U 332 p. 193, U 212/97, consid. 2a/bb et les références). Dans ce domaine, la jurisprudence exige des faits qui justifient objectivement la méfiance. Celle-ci ne

A/3714/2017 - 18/23 - saurait reposer sur le seul sentiment subjectif d'une partie; un tel sentiment ne peut être pris en considération que s'il est fondé sur des faits concrets et si ces derniers sont, en eux-mêmes, propres à justifier objectivement et raisonnablement un tel sentiment chez une personne réagissant normalement (ATF I 127/06 du 6 février 2007). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c p. 73, 125 II 541 consid. 4 p. 544). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 p. 110). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 Ia 135 consid. 3b p. 139, 126 I 168 consid. 2a p. 169; Jacques Olivier PIGUET, Le choix de l'expert et sa récusation, HAVE/REAS 2/2011 p. 133). Des sentiments d'inimitié marquée (ou d'amitié étroite) à l'égard d'une partie ou de son avocat, peuvent, en principe, justifier une demande de

récusation pour apparence de prévention (cf. arrêts 9C_366/2013 du 2 décembre 2013, 5A_756/2008 du 9 sept. 2009 consid. 2.1). En matière d'expertise médicale, le fait qu'une expertise a été réalisée par un ancien médecin traitant de l'assuré soumis à cette mesure d'instruction ne justifie pas d'exclure d'emblée une telle expertise, en l'absence d'autre circonstance objective jetant le doute sur l'impartialité de l'expert, par exemple parce qu'il n'a pas rédigé son rapport de manière neutre et factuelle (ATFA non publiés du 3 février 2006, I 832/04, consid. 2.3.1 et du 17 août 2004, I 29/04, consid. 2.2 et les références). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 125 V 353). De même, le fait qu'un médecin se soit déjà prononcé sur le cas de l'assuré ne constitue pas une circonstance de nature à susciter une apparence de prévention au sens de la jurisprudence précitée (cf. arrêt du 8 septembre 2000 cause U 291/99). Enfin, il convient de rappeler qu'il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que la partie qui demande sa récusation doit apporter la preuve permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du 27 août 2004 cause I 752/03 et doctrine citée). e. Sont de nature formelle les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA [RS 172.021] et 36 al. 1 LPGa [RS 830. 1]) parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. En revanche, les motifs de nature matérielle, dirigés contre l'expertise elle-même ou contre la personne de l'expert, ne mettent pas en cause son impartialité (arrêt 8C_510/2013 du 10 février 2014 consid. 2.1 et les références citées). De tels motifs doivent en

A/3714/2017 - 19/23 - principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 8C 541/2014 du 17 février 2015). Le fait qu'un expert choisi a longtemps travaillé pour le compte de l'assureur et que ses avis aient été contestés relève d'un motif de récusation d'ordre matériel et non pas formel (arrêt du Tribunal fédéral 9C 505/2012 du 15 janvier 2013). De même, le fait qu'un expert aurait suivi les instructions du SMR, en démontrant ainsi sa totale dépendance par rapport à celui-ci, relève d'un motif de récusation matériel (arrêt du Tribunal fédéral 9C 293/2008 du 28 janvier 2009). f. En l'occurrence, le centre de chirurgie orthopédique de la clinique des Grangettes se situe au 7, chemin des Grangettes, adresse de la clinique. Les six médecins spécialisés en chirurgie orthopédique de la clinique des Grangettes ont leur centre de consultation au 7, chemin des Grangettes. Toutefois, le Dr F_____, bien que rattaché à la clinique des Grangettes, exerce dans un cabinet situé au _____, chemin L_____, 1212 Grand-Lancy, éloigné de plus de 6km de la clinique des Grangettes. Ainsi, contrairement à l'avis de l'intimée, il n'est pas un collègue direct du Prof. K_____. Par ailleurs, l'intimée forme des suppositions non documentées sur les liens qui unissent le Prof. K_____ au Dr F_____, comme le fait que celui-ci aurait été élève du Prof. K_____ et que ces deux médecins entretiendraient un lien particulier. Un tel lien n'est pas établi. En toute hypothèse, le fait que le Prof. K_____ ait pu dispenser des cours au Dr F_____ n'est pas déterminant. On ne comprend d'ailleurs pas quelle dépendance pourrait nourrir un professeur à l'égard de ses élèves. L'expert ne donne aucune apparence de prévention ; les craintes de l'intimée, qui ne reposent sur aucun élément objectif, ne justifient pas, en conséquence, la récusation de l'expert, lequel sera désigné dans la mission d'expertise. 15. S'agissant des questions de la mission, la proposition de la recourante de supprimer la question 7, redondante, sera suivie et la question 11 a) sera complétée dans le sens que le rapport du 14 juillet 2015 du Dr M_____ sera également cité. Concernant les remarques de l'intimée, la question III a) sera complétée dans le sens que la mention du dossier

radiologique sera ajoutée, étant relevé que le dossier de la procédure comprend tous les autres dossiers cités. La question III c) ne sera pas complétée, la mission d'expertise comprenant déjà des questions exigeant de l'expert qu'il motive ses conclusions (question IV) et qu'il explique son point de vue par rapport aux autres intervenants (question IV 11). La question IV 1. sera complétée dans le sens voulu par l'intimée ; les remarques de celle-ci liées à la question IV chiffre 2 seront intégrées dans une question 5 b) supplémentaire ; la question IV chiffre 3 sera complétée ; la suggestion de la question 3 b) ne sera pas suivie, étant déjà englobée dans la question 5 a) ; tout comme celle de la question 3 c) englobée dans la question 6, laquelle sera toutefois

A/3714/2017 - 20/23 - partiellement complétée (ajout d'une question 6 a)). La question 10 sera complétée dans le sens voulu par l'intimée. La question 11 comprend déjà des exigences de motivation de la part de l'expert, de sorte qu'elle sera maintenue telle quelle ; la question 11 a) et b) sera complétée dans le sens voulu par l'intimée et il sera ajouté une question 5 c) pour répondre à la demande de complément de l'intimée formée sous question 11 e).

A/3714/2017 - 21/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise orthopédique. II. Commet à ces fins le Professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, 1224 Chêne- Bougeries. III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; y compris les documents radiologiques de la recourante ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée, notamment les docteurs E_____ et F_____ ; c) examiner et entendre l'assurée ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. IV. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas (données subjectives, plaintes de la recourante et constatations objectives de l'expert) ? 2. a. Quelles sont les circonstances de l'accident du 15 juin 2015 ? b. Quel est le mécanisme accidentel ? 3. Quels sont les diagnostics et depuis quelle date sont-ils présents ? 4. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? 5. a. Les atteintes à la santé constatées sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 15 juin 2015 ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50 % dû à l'accident), probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou certain (100 % dû à l'accident) ? Veuillez motiver le lien de causalité naturelle pour chaque diagnostic posé. b. Veuillez indiquer le degré du lien de causalité entre les atteintes à la santé constatées et l'accident dans l'hypothèse où celui-ci est décrit comme : 1) une chute de chariot sur l'épaule gauche de l'assurée 2) une chute de chariot sur l'épaule gauche de l'assurée suivi d'un mouvement de celle-ci pour repousser le chariot, en le soulevant, pour l'extraire de l'ascenseur. c. L'arthro-IRM du 21 août 2015 montre-t-elle des lésions traumatiques récentes, pouvant être mise en lien avec l'accident du 15 juin 2015 ?

A/3714/2017 - 22/23 - 6. L'assurée présentait-elle de façon probable (probabilité de plus de 50%) un état maladif préexistant à l'accident et asymptomatique ? Si oui : a) Décrire précisément cet état maladif. b) L'accident a-t-il décompensé cet état maladif ? c) Une symptomatologie due à l'état maladif se serait-elle, même sans l'accident, de toute façon manifestée ? Si oui, à quelle date ? d) Si l'accident a décompensé un état maladif préexistant, à quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de l'assurée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ? 7. Quel est le traitement prodigué ? Quel est le traitement

encore nécessaire ? 8. Quel est le pronostic ? 9. La ou les atteintes à la santé en lien au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident entraîne (nt)-t-elle : a) Une incapacité de travail durable ? Si oui, à partir de quelle date et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? Une activité adaptée est-elle exigible ? Si oui depuis quelle date et à quel taux ? b) Une atteinte à l'intégrité définitive ? Si oui, de quel degré ? 10. a) Êtes-vous d'accord avec les avis du docteur E _____ des 14 juillet 2015 et 20 novembre 2015 attestant de douleurs à l'épaule gauche post- traumatiques ? Si non, pourquoi ? en particulier la nature traumatique des atteintes est-elle avérée au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité de plus de 50%) b) Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur F _____ du 9 octobre 2015 selon lequel l'accident a entraîné une petite fissure au niveau du sus-épineux ? Si non, pourquoi ? la nature traumatique de cette fissure est-elle avérée au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité de plus de 50%) ? c) Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur J _____ du 10 octobre 2017 selon lequel le statu quo sine est atteint le 21 août 2015 ? Si non, pourquoi ? d) Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur H _____ du 16 mars 2016 selon lequel le statu quo sine est atteint trois mois après l'accident ? Si non, pourquoi ? 11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 12. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

A/3714/2017 - 23/23 -

Julia BARRY

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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