

GE_GERICHTE ATAS/981/2018 vom 30. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_981_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/981/2018 du 30 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/981/2018 del 30 ottobre 2018

Erwägungen

E. 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.

E. 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. Selon l'art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), on entend par accident 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. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des

A/2255/2016 - 10/20 - événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1).

E. 3

a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202). Selon celui-ci dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs ; les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). D'après la jurisprudence, une déchirure

de la coiffe des rotateurs est assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43). b. La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, précité, consid. 4.2). c. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie.

E. 4

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/2255/2016 - 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 des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 5

a. 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

A/2255/2016 - 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. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion corporelle assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. À défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2). d. 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

A/2255/2016 - 13/20 - 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).

E. 6

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 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. 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). d. 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

A/2255/2016 - 14/20 - 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). 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). e. 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 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). f. 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

A/2255/2016 - 15/20 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 7

En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 27 juillet 2018, le Dr G_____ retient que l'accident du 15 décembre 2012 a, au degré de la vraisemblance prépondérante, provoqué une rupture de la coiffe des rotateurs droite, plus exactement des tendons sus-épineux (ou supra-épineux) et sous-scapulaire. De plus, il a joué un rôle au moins partiel dans la survenance d'une lésion du long chef du biceps qui correspond à une lésion assimilée à un accident. Il précise que la recourante présente une atteinte antérieure dégénérative sous forme d'arthrose acromio-claviculaire droite qui n'est pas en relation de causalité probable avec l'accident du 15 décembre 2012. L'opération du 15 janvier 2014 a permis la réparation de la coiffe des rotateurs, la ténotomie et ténodèse du long chef du biceps, ainsi que la résection acromio-claviculaire. Quant à l'accident du 25 juin 2014, il n'a pas provoqué de

nouvelles lésions, mais a réactivé les douleurs de la coiffe des rotateurs opérée et de l'articulation acromio-claviculaire opérée. Chacun des deux accidents est une cause partielle possible d'environ 20 % de l'arthrose acromio-claviculaire. Selon l'expert, le tableau clinique actuel résulte de l'atteinte acromio-claviculaire à raison d'environ 80 à 90 %. Du 30 juin 2015 au 6 mars 2016, le traitement de physiothérapie est au degré de la vraisemblance prépondérante en lien avec les deux accidents, puis après le 6 mars 2016, les troubles persistants sont dus à raison de 80 à 90 % à l'arthropathie acromio-claviculaire. Par conséquent, dès le 7 mars 2016, le traitement est en relation de manière prépondérante avec un état maladif préexistant. L'expert fait état des plaintes de la recourante qui consistent en douleurs à l'épaule droite, faibles au repos, plus importantes lors des mouvements actifs du bras, ayant tendance à irradier vers la nuque. Son examen clinique met en évidence une palpation douloureuse de l'ancienne articulation acromio-claviculaire et une irradiation douloureuse vers la nuque, soit des éléments qui lui permettent de retenir des suites d'une atteinte acromio-claviculaire. L'expert explique que l'existence d'une mobilité complète et d'une bonne force de la coiffe sont des éléments en faveur de séquelles minimales de la coiffe qui se manifestent par une légère douleur au passage de l'horizontale à l'élévation active contre résistance. Il se distancie des appréciations des Drs F_____ et D_____ au motif que ce dernier ne précise pas pour quelle raison les lésions du sous-scapulaire et du long chef du biceps seraient de nature dégénérative. De plus, sa détermination de l'atteinte du statu quo ante une année après la nouvelle chute est basée sur l'évolution observée habituellement après ce type de chirurgie et ne vaut pas pour le cas particulier de la recourante. S'agissant des prises de position du Dr F_____, il observe que la localisation de la rupture d'un tendon, soit le sus-épineux, ne peut pas donner d'indication sur son caractère dégénératif ou traumatique. En définitive, le Dr G_____ a répondu à toutes les questions posées dans l'ordonnance d'expertise, exécuté le mandat d'expertise sur la base d'un dossier

A/2255/2016 - 16/20 - médical et radiologique complet, en prenant l'avis de la Dresse H_____ qui n'a toutefois pas pu donner les renseignements requis, 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 distancie des appréciations des Drs D_____ et G_____. De plus, son rapport d'expertise ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes. En outre, les conclusions de l'expertise du Dr G_____ concordent pour l'essentiel avec celles du Dr C_____, notamment en ce qui concerne l'étiologie des lésions et la part très majoritaire des douleurs actuelles imputables à la lésion acromio-claviculaire, voire quasi exclusive. Toutefois, contrairement à l'expert, le Dr C_____ considère que l'accident du 25 juin 2014 a décompensé la lésion de la coiffe des rotateurs, différence qui n'est cependant pas relevante quant à la part de la lésion de la coiffe des rotateurs dans les troubles actuels qui n'est que très minime pour les deux spécialistes. S'agissant des conclusions du Dr D_____ relatives au caractère dégénératif des lésions du sous-scapulaire et du long chef du biceps, elles reposent, selon son rapport du 8 juillet 2014, sur les lésions constatées à l'arthroscopie qu'il considère comme plus dégénératives que traumatiques au vu de la qualité tendineuse. Or, le Dr C_____ – qui a procédé à l'arthroscopie – précise dans son rapport du 24 février 2016 que la lésion du sous-scapulaire a été provoquée de manière certaine par l'accident du 15 décembre 2012 et que le rapport de causalité entre ledit accident et la lésion du long chef du biceps est probable. Par conséquent, les conclusions du Dr D_____ ne reposent pas sur des éléments objectifs qu'il a personnellement constatés, mais sur de simples suppositions, de

sorte qu'elles n'ont pas de valeur probante. Au demeurant, il n'explique à aucun moment pourquoi la lésion du sous-scapulaire serait de nature dégénérative alors que celle du sus-épineux – qui fait également partie de la coiffe des rotateurs tout comme le sous-scapulaire –, est liée à l'accident du 15 décembre 2012. Quant à ses conclusions concernant l'atteinte du statu quo, elles sont contradictoires puisque dans son rapport du 30 septembre 2015, il fixe le statu quo sine à une année après le nouvel accident, soit au 25 juin 2015, puis dans son rapport du 25 mai 2016, il fixe le statu quo ante à une année après la réparation de la coiffe, soit au 15 janvier 2015, respectivement à une date antérieure à celle retenue dans son précédent rapport. Il motive son évaluation par le fait qu'un tel statu quo est atteint habituellement une année après une réparation d'une rupture fraîche d'un sus-épineux sans lésion dégénérative. Or, il s'agit d'une évolution reposant sur une prémisse erronée, à savoir le caractère dégénératif des lésions tendineuses, et de surcroît abstraite et théorique qui ne suffit pas à établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'extinction du lien de causalité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). Par ailleurs, il n'examine à aucun moment si ces lésions sont assimilées à un accident alors qu'il s'agit de déchirures de tendons (cf. art. 6 al. 2 let. f. LAA), ni si, malgré le prétendu

A/2255/2016 - 17/20 - caractère dégénératif des lésions tendineuses, la chute du 15 décembre 2012 a déclenché les symptômes dont souffre la recourante, respectivement si le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte à la santé est clairement établi. Par conséquent, ses rapports n'ont pas de valeur probante. Dès lors, le rapport d'expertise du Dr G_____ remplit toutes les conditions matérielles et formelles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, la chambre de céans fera siennes les conclusions de l'expert judiciaire et retiendra que les lésions de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps sont en rapport de causalité avec l'accident du 15 décembre 2012, que la lésion acromio-claviculaire n'est pas en rapport de causalité avec ledit accident mais est préexistante, que l'accident du 25 juin 2014 a réactivé les douleurs de la coiffe des rotateurs et de l'articulation acromio-claviculaire opérée, enfin que le traitement de physiothérapie après le 30 juin 2015 et jusqu'au 6 mars 2016 est en lien hautement vraisemblable avec les deux accidents. En revanche, la mésothérapie n'est pas un traitement habituel en cas de lésions de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps. Au vu de ce qui précède, l'intimée n'était pas en droit de retenir un statu quo sine dès le 1er juillet 2015 en l'absence de troubles exclusivement en relation avec des lésions dégénératives dès cette date.

E. 8

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 LPGA) 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 LPGA) 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). Cependant, 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). Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour

A/2255/2016 - 18/20 - conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). L'art. 19 al. 1 LAA délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance, ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1).

E. 9

En l'espèce, aucune décision concernant le droit à la rente n'a été rendue de sorte que c'est au regard de l'art. 10 al. 1 LAA qu'il y a lieu de déterminer si la recourante a droit à la prise en charge des frais relatifs aux traitements médicaux. Eu égard aux conclusions de l'expertise, il incombe à l'intimée de continuer à prendre en charge les frais de traitement de la recourante du 1er juillet 2015 au 6 mars 2016, notamment de physiothérapie, à l'exception des frais de mésothérapie qui n'est pas un traitement habituel en cas de lésions de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 7 juin 2016 sera annulée. 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]). Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 8'000.-, selon la facture du 27 juillet 2018 du Dr G_____, sont mis à la charge de l'intimée. Dans ses arrêts antérieurs (notamment ATF 127 V 196), le Tribunal fédéral a rappelé la règle de la gratuité de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances et son exception – témérité ou légèreté d'une partie au procès – prévues par le droit fédéral (art. 61 let. a LPGA). Puis, à l'ATF 137 V 210, en jugeant que l'expertise judiciaire est la règle au lieu du renvoi à l'administration pour instruction complémentaire, il a précisé que les coûts de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur social lorsque

les mesures d'instruction sont indispensables pour

A/2255/2016 - 19/20 - l'appréciation du droit ou sont comprises dans les prestations octroyées après coup au sens de l'art. 45 al. 1 LPG. (consid. 4.4.2). En l'espèce, après avoir constaté que les appréciations des divers médecins étaient contradictoires et qu'elle ne pouvait pas statuer en l'état sans procéder à un complément d'instruction, la chambre de céans a dû mettre en œuvre elle-même une expertise, conformément à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210). Étant donné que l'intimée ne pouvait pas statuer sur opposition au vu de ces contradictions (cf. ATF 135 V 465 consid. 4), les coûts de l'expertise ordonnée doivent être mis à la charge de l'assureur (cf. art. 45 al. 1 LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). * * * * *

A/2255/2016 - 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.