

## GE\_GERICHTE A/1566/2016 vom 24. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1566\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1566_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1566/2016 du 24 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1566/2016 del 24 novembre 2016

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par Syndicat UNIA Mme Mafalda D'ALFONSO recourante contre VISANA ASSURANCES SA, sis Weltpoststrasse 19;Case postale 253, 3000 Bern 15 intimé EN FAIT 1.

Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, a été engagée pour une durée déterminée du 18 mai au 17 novembre 2014 par B\_\_\_\_\_ SA pour exercer la profession de femme de chambre dans un établissement exploité par cette société, situé au Petit-Saconnex. À ce titre, elle était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de Visana Assurances SA (ci-après : Visana, l'assureur ou l'intimé). Le 28 septembre 2014, elle a effectué une glissade alors qu'elle nettoyait une salle de bains de l'hôtel. Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée le lendemain, cet événement avait entraîné des douleurs au majeur droit ainsi qu'au bras et aux orteils, côté droit.!

Le 10 octobre 2014, l'assurée s'est rendue auprès du docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste exerçant au centre médical de Vermont-Grand-Pré. Celui-ci lui a alors prescrit des compresses autoadhésives Flectoparin Tissugel@.!

Le 18 octobre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait, du fait de son accident, une incapacité de travail totale depuis le 10 octobre 2014.!

Le 30 octobre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné dans la « feuille de médecin LAA » que les troubles diagnostiqués consistaient en une entorse du majeur droit et une contusion du coude droit. De son point de vue, le traitement était terminé.!

Le 7 janvier 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a informé l'assureur que l'événement du 28 septembre 2014 s'était déroulé comme suit : l'assurée avait effectué une chute de sa hauteur en avant puis s'était réceptionnée au sol sur son avant-bras droit. Une omalgie droite persistante et importante en avait résulté. L'assurée souffrait d'une ostéolyse de l'extrémité de la clavicule, d'une bursite sous-acromiale et d'une tendinite des sus et sous-épineux. Il lui avait prescrit des AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) ainsi que de la physiothérapie. L'incapacité de travail était entière depuis le 10 octobre 2014 et elle le restait. !

Dans un rapport du 1 er mai 2015 à l'assureur, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de « sinistrose, demande d'arrêt de travail » (sic). Des facteurs étrangers à l'accident influençaient le processus de guérison, à savoir :

« procédurière et ne veut plus travailler dans l'hôtellerie ». Le Dr E\_\_\_\_\_ avait proposé une reprise à 50% mais l'assurée était partie trouver un autre médecin.!

Dans une note d'entretien téléphonique du 23 juillet 2015, l'assureur a transcrit les explications que le Dr D\_\_\_\_\_ lui avait données à cette occasion. Après l'accident du 28 septembre 2015 (recte : 2014), les premiers soins avaient été prodigués par le centre médical de Vermont-Grand-Pré. L'assurée ressentait des douleurs entre l'épaule et le coude et elle avait bénéficié de trois infiltrations à l'épaule, la dernière remontant à mi-mai. Elle

était également suivie aux HUG par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. Ce dernier avait confirmé qu'un traitement conservateur devait être privilégié. Outre la prise d'AINS, l'assurée suivait des séances de physiothérapie deux fois par semaine. Comme elle ressentait d'importantes douleurs, il était préférable qu'elle ne mobilise pas son bras. Quant aux consultations qu'il donnait lui-même, elles avaient lieu tous les quinze jours à un mois. Un pronostic sur un à deux ans lui paraissait normal pour ce type de cas. L'assurée ne présentait pas de lésions dégénératives préexistantes et n'avait pas connu de problèmes par le passé. Des douleurs chroniques étaient apparues le lendemain de l'accident. Les troubles actuels étaient uniquement dus à l'accident. L'assurée paraissait motivée et il l'encourageait. Elle demandait toujours s'il n'était pas possible « d'en faire encore plus ». Il ne nourrissait pas le moindre doute au sujet de l'assurée.!

8. Par courrier du 18 août 2015, l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'il était en possession d'un rapport du Dr E\_\_\_\_\_, lequel indiquait qu'elle ne souhaitait plus travailler. Pour le surplus, il restait dans l'attente de divers rapports de la part de ce médecin et du Drs D\_\_\_\_\_, sans lesquels une évaluation de l'incapacité de travail n'était pas possible. Dans cet intervalle, aucun paiement d'indemnités journalières n'était possible. !

9. Le 25 août 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de Visana, a répondu comme suit à diverses questions posées par l'assureur : les maux à l'épaule droite, ainsi que ceux présents dans d'autres régions du corps, étaient dus, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 28 septembre 2014. Interrogé sur une éventuelle aggravation d'un état antérieur en raison de l'accident, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que le dossier à sa disposition ne faisait pas ressortir que l'assurée s'était blessée de manière significative lors de l'événement précité. De son point de vue, il n'était pas possible que le Dr D\_\_\_\_\_ déclare l'assurée incapable de travailler pendant des mois sans l'envoyer, durant cette période, chez un/une spécialiste, qui aurait pu l'aider sur le plan diagnostique et thérapeutique. Du reste, le Dr E\_\_\_\_\_ avançait également un tout autre diagnostic pour expliquer les problèmes allégués par l'assurée. !

Interrogé sur le point de savoir si l'événement avait aggravé ou activé un état antérieur de manière durable ou uniquement temporaire, le médecin conseil a répondu que selon les informations du Dr E\_\_\_\_\_, seules des causes étrangères à l'accident jouaient un rôle dans la symptomatologie de l'assurée. Jusqu'à présent, le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait pas été en mesure de le convaincre du contraire à l'aide de résultats objectifs. Questionné sur la possibilité d'évaluer actuellement le cas déjà en partie, le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé qu'en l'absence de documents médicaux supplémentaires, il fallait partir du principe qu'une incapacité de travail en lien avec l'événement du 28 septembre 2014 ne pouvait plus être justifiée depuis longtemps déjà.

10. Par courriel du 27 août 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a adressé à l'assureur :!

- un rapport d'IRM de l'épaule droite du 23 octobre 2014. Le docteur H\_\_\_\_\_, radiologue FMH, concluait à la présence d'un œdème de l'extrémité distale de la clavicule. L'aspect dans le contexte clinique pouvait faire suspecter une ostéolyse post-traumatique débutante de la clavicule. Par ailleurs, d'importants signes de bursite sous-acromiale avec empreinte évidente du ligament coraco-acromial sur le versant superficiel de la bourse faisaient suspecter des signes d'un conflit sous-acromial associé. Il n'y avait pas d'évidence d'une lésion de Hill-Sachs. Le radiologue relevait également l'absence de fracture ou de contusion osseuse post-traumatique décelable. En revanche, il existait des signes de tendinopathie insertionnelle des tendons supra-épineux et infra-épineux.!

- trois comptes rendus du Dr H\_\_\_\_\_, relatant des infiltrations de la bourse

sous-acromiale droite les 22 décembre 2014, 20 janvier et 11 mars 2015. Le geste avait été bien toléré à trois reprises, sans complication immédiate.![endif]>![if> - un rapport relatif à une arthro-IRM de l'épaule droite, effectuée par le Dr H\_\_\_\_\_ le 11 mars 2015. Ce médecin concluait à la présence d'une petite fissuration intra-tendineuse débutante du long chef du biceps au niveau de sa portion horizontale intra-capsulaire ainsi que la persistance de signes de bursite sous-acromiale. ![endif]>![if> 11. Par courrier du même jour à l'assureur, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que la lettre du 18 août 2015 mentionnait l'existence « d'un certain Dr E\_\_\_\_\_ », auquel l'assurée aurait confié qu'elle ne souhaitait plus travailler. Sa patiente réfutait avoir tenu de tels propos. Pour sa part, il pouvait attester que durant tout son suivi, elle avait toujours eu une demande proactive pour reprendre son activité au plus vite. Pour le surplus, le Dr D\_\_\_\_\_ a réitéré en substance les explications données les 7 janvier et 23 juillet 2015, ajoutant que malgré les trois infiltrations effectuées entre le 22 décembre 2014 et le 11 mars 2015, l'assurée présentait une omarthrite mécanique d'origine complexe de l'épaule droite, traumatique, objectivée par une IRM du 11 mars 2015, et pour laquelle « le team épaule de chirurgie orthopédique » des HUG ne retenait pas d'indication à une intervention mais privilégiait une réhabilitation progressive. Depuis cette prise de position, l'assurée continuait de se soumettre régulièrement à des séances de physiothérapie et suivait un traitement à base de Vimovo 500 mg, Dafalgan et Zaldiar. Dans le présent cas, l'évolution était malheureusement lente. Ces éléments justifiaient, aux yeux du Dr D\_\_\_\_\_, le maintien d'une incapacité de travail complète.![endif]>![if> 12. Par pli du 8 septembre 2015, l'assurée, représentée par un mandataire, a fait savoir à l'assureur qu'elle n'avait jamais vu le Dr « I\_\_\_\_\_ » mais qu'elle souhaitait que l'assureur se détermine à bref délai sur la question des indemnités journalières ou qu'il mette éventuellement sur pied une consultation avec l'un de ses médecins-conseils. En l'état, elle était sans le moindre revenu et son état de santé ne lui permettait pas de travailler ni de s'inscrire au chômage.![endif]>![if> 13. Contacté une nouvelle fois par l'assureur, le Dr G\_\_\_\_\_ lui a indiqué qu'il restait dans l'attente de l'ensemble des rapports des HUG avant de pouvoir se déterminer sur le lien de causalité entre l'événement du 28 septembre 2014 et l'incapacité de travail de longue durée qui prévalait actuellement.![endif]>![if> 14. Le 23 septembre 2015, l'assureur a reçu une note du secrétariat du service de chirurgie orthopédique précisant que l'assurée n'avait été vue qu'une seule fois, soit le 16 avril 2015. Il ressort plus précisément des documents annexés à ce pli que l'assurée s'était rendue, à cette date, chez le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.![endif]>![if> Dans son rapport du 22 avril 2015 au Dr D\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assurée avait développé progressivement des douleurs à l'épaule dans les quinze jours qui avaient suivi son accident du travail. Elle avait bénéficié de trois infiltrations à ce jour, la dernière en mars 2015, sans effet. Les douleurs étaient actuellement évaluées à 7-8/10, localisées « en antérieure sur l'épaule », avec une fonction de cette dernière évaluée à 10% d'une épaule normale, selon l'assurée. À l'examen clinique, les amplitudes étaient complètes et symétriques avec une élévation antérieure à 180°, une rotation externe à 80° ainsi qu'une rotation interne à D8. Le testing de la force ne mettait pas en évidence de déficit. La palpation mettait en évidence des douleurs antérieures de l'épaule. L'imagerie ne montrait pas de lésion significative au niveau de la coiffe. Dans ce contexte, il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Le traitement de ses douleurs devait être conservateur, avec poursuite de la physiothérapie. 15. Par courrier du 9 octobre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué à l'assureur que l'assurée était venue le consulter le 9 janvier 2015 dans le but se

faire délivrer un arrêt de travail, le sien prenant fin à cette date. Après une brève évocation de la situation familiale de l'assurée et de son parcours professionnel depuis son arrivée en Suisse en 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que suite à l'accident du 23 septembre (recte : 28 septembre) 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ l'avait mise en arrêt de travail et prolongé cet arrêt à chaque consultation. Le 9 janvier 2015, l'assurée lui avait confié que depuis qu'elle était tombée dans une salle de bain en se réceptionnant sur le coude droit, elle éprouvait une douleur à l'épaule qui l'empêchait de faire du repassage. Entretemps, elle s'était rendue à seulement neuf séances de physiothérapie. Au vu de la stagnation de son état, un avis avait été demandé au « team épaule » du service de chirurgie orthopédique des HUG. Ce dernier avait proposé, sans consultation, une infiltration de la bourse sous-acromiale. Cette intervention avait eu lieu le 21 décembre (recte : le 22 décembre 2014). L'assurée ayant déclaré ne pas avoir ressenti les bénéfices du traitement, deux autres injections avaient été proposées et, en l'absence d'amélioration, une consultation auprès du Dr F\_\_\_\_\_ à six mois d'intervalle. Au cours de l'entretien du 9 janvier 2015, deux choses avaient paru essentielles dans le discours de l'assurée : son certificat et le fait de ne plus vouloir travailler dans l'hôtellerie. Sa guérison n'avait pas été évoquée. Elle disait vouloir chercher un travail « en privée » mais son arrêt de travail rendait tout entretien illusoire. Elle se voyait obligée de prolonger son arrêt de travail pour une lésion qui était minime (voir IRM). Il s'agissait probablement d'une atteinte chronique chez cette droitrière, qui avait été décompensée par le choc. À l'examen, l'assurée mobilisait librement son bras. Le ballant était libre et normal. Elle portait un sac et un objet à droite. Par ailleurs, elle lui avait tendu tous ses documents en plusieurs fois avec le bras droit en élevant celui-ci à l'horizontale. En conclusion, il existait une « probable dépression et sinistrose ». Il lui avait alors proposé une tentative de reprise à 50%, motivée par le fait qu'un arrêt de travail à 100% découragerait tout nouvel employeur. Il lui avait également annoncé qu'il était de son devoir de l'annoncer à l'OAI dès le mois de mars et que l'assureur risquait « de se montrer difficile ». Suite au refus de ses propositions, notamment thérapeutiques (« avis rapide chez J. à la grangette pour une prise en charge optimale »), il lui avait rendu ses documents. Le 8 mai 2015, il avait envoyé son rapport LAA à l'assureur. 16. Le 20 octobre 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a réexaminé la situation à la lumière des rapports des HUG : les maux au bras droit, en particulier à l'épaule droite, étaient liés à une compression axiale consécutive à une chute dans une salle de bains. Interrogé sur une éventuelle aggravation d'un état antérieur en raison de l'accident, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que cet état consistait dans certaines modifications dégénératives au niveau de la zone subacromiale, qui étaient typiques pour la catégorie d'âge de l'assurée. Interrogé sur le point de savoir si l'événement avait aggravé ou activé un état antérieur de manière durable ou uniquement temporaire, le médecin conseil a répondu que l'événement du 28 septembre 2014 avait entraîné une activation douloureuse de cet état antérieur, manifestement asymptomatique auparavant. Des indications quant à une nouvelle lésion structurelle objectivable n'avaient pas pu être trouvées dès le début, ce qui n'avait finalement pu être confirmé qu'avec l'IRM du 11 mars 2015. La première évaluation par un médecin spécialiste de l'appareil locomoteur n'avait eu lieu que le 22 avril (recte : 16 avril) 2015 aux HUG. À cette occasion, aucune indication n'avait été retenue pour des mesures invasives supplémentaires et seule la poursuite de la physiothérapie avait été proposée. Le résultat clinique était décrit comme normal du point de vue de la mobilité et de la force et seule une douleur à la pression sur la partie antérieure était rapportée. C'était donc au plus tard à cette date que l'on pouvait se fonder sur un statu quo sine documenté, bien que la capacité de travail ne fût probablement

plus restreinte de manière significative à une date bien antérieure. 17. À une date non spécifiée, l'assurée a complété un formulaire de demande de prestations d'assurance-invalidité en indiquant qu'elle était en incapacité de travail complète depuis le 28 septembre 2014. L'assureur a adressé cette demande à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 26 octobre 2015 en précisant en « avoir discuté avec la personne assurée ».

18. Par décision du 13 novembre 2015, l'assureur a mis fin à ses prestations avec effet au 22 avril 2015, renoncé à demander le remboursement des prestations qui auraient déjà été allouées et retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Il ressortait de l'avis du Dr G \_\_\_\_\_ que depuis le 22 avril 2015, l'atteinte à la santé n'était plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, due à l'événement du 28 septembre 2014 mais exclusivement à des facteurs étrangers à cet événement. En effet, le rapport des HUG du 22 avril 2015, reçu le 23 septembre 2015, montrait que le 22 avril 2015, l'assurée ne rencontrait déjà plus de « problèmes dus à l'accident » du 28 septembre 2014.

19. Le 14 décembre 2015, l'assurée a formé opposition à cette décision, concluant à ce que l'assureur constate qu'elle se trouvait toujours en incapacité de travail en raison de l'accident subi le 28 septembre 2014 et à ce qu'il lui octroie les prestations d'assurance correspondantes dès le 24 avril 2015 et pour une durée indéterminée, sous déduction des prestations déjà versées à ce titre. Même s'il ressortait du rapport du Dr F \_\_\_\_\_, sur lequel se fondait le Dr G \_\_\_\_\_, que l'examen de l'imagerie n'avait pas montré de lésion significative au niveau de la coiffe, cet avis était en parfaite contradiction avec les échographies réalisées les 26 mars, 24 avril, 17 août et 4 décembre 2015, qui faisaient toutes état de la persistance de signes de bursite sous-acromiale, notamment. Il était indiscutable que cette bursite était la conséquence directe de l'accident survenu en septembre 2014.

Pour appuyer ces dires, l'assurée a produit une convocation des HUG à une consultation de l'épaule et du coude, fixée le 3 décembre 2015 ainsi qu'un courrier que le Dr D \_\_\_\_\_ avait adressé le 11 décembre 2015 à sa mandante. Il ressort de ce dernier document que l'assurée avait ressenti immédiatement une douleur au niveau de la face antérieure de l'épaule droite, qui ne lui avait jamais fait mal auparavant. Elle était venue le consulter le 22 octobre 2014 pour cette raison et parce que la douleur rendait impossible toute utilisation de son bras droit. L'examen clinique avait objectivé parfaitement une atteinte fréquente de l'épaule provenant d'un traumatisme. De plus, cette atteinte avait été confirmée et objectivée par une IRM de l'épaule droite réalisée le 23 octobre 2014. Les diagnostics – qui concernaient tous l'épaule droite – avaient mis en évidence quatre lésions voisines de structure anatomiquement jointes, à savoir une bursite sous-acromiale, une tendinite des sus et sous-épineux avec une possible ostéolyse de l'extrémité de la clavicule et un probable conflit sous-acromial. Depuis lors et durant toute l'année 2015, les douleurs de l'assurée étaient restées identiques, ainsi que son examen clinique, et ce malgré les traitements réalisés dans les règles de l'art. En d'autres termes : les diagnostics – soit la problématique engendrant des douleurs de l'épaule droite – étaient restés les mêmes, ce qui avait d'ailleurs été objectivé par plusieurs examens radiologiques durant toute la période de suivi (arthro-IRM de l'épaule droite du 11 mars 2015, échographies lors de trois infiltrations les 26 mars 2015, 24 avril 2015 et 17 août 2015) ainsi que par une dernière échographie de l'épaule droite réalisée le 4 décembre 2015 et montrant la persistance de signes de bursite sous-acromiale ainsi que de discrets signes de tendinopathie insertionnelle des tendons supra-épineux et infra-épineux. Compte tenu de l'absence d'évolution de la problématique depuis le 28 septembre 2014, un traitement chirurgical devait être discuté. En conclusion, l'assurée souffrait d'une bursite

sous-acromiale et d'une tendinopathie des tendons supra-épineux et infra-épineux qui avait clairement été déclenchée par sa chute le 28 septembre 2014. Non seulement la cohérence de ses plaintes et de son examen physique – tant entre eux que dans le temps – mais aussi les suivis par examens radiologiques montraient clairement qu'il s'agissait de l'évolution de la même problématique. L'assureur estimait que la nature de cette dernière, accidentelle dans un premier temps, était devenue malade. Cela étant, l'argumentation avancée à l'appui de ce changement reposait sur la soi-disant normalité d'un examen clinique ponctuel du Dr F\_\_\_\_\_ et sur le fait que l'imagerie n'avait également « pas montré de lésion significative ». Or, ce médecin n'avait pas suivi l'assurée et l'examen clinique n'avait jamais été normal. De plus, il était faux de conclure à l'absence de lésion significative puisqu'aucun examen d'imagerie réalisé ne s'était révélé normal et que l'ensemble de ceux-ci avaient prouvé la continuité de la lésion déclenchée par le traumatisme. 20. Le 27 janvier 2016, l'assureur a reçu un rapport du Drs F\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2015, qui faisait suite à la consultation du 3 décembre 2015. L'assurée avait déjà été évaluée en avril pour des douleurs de son épaule droite suite à un traumatisme. À l'époque, l'IRM n'avait pas mis en évidence de lésion et un traitement conservateur avait été retenu. L'assurée avait bénéficié de trois infiltrations radioguidées et de vingt-sept séances de physiothérapie qui n'avaient pas permis d'améliorer la situation. Elle était sous Vimovo, Dafalgan et Zaldiar et toujours en arrêt de travail depuis l'accident du 28 septembre 2014. Les dernières séances de physiothérapie avaient consisté en massages du membre supérieur droit. À l'examen clinique du jour, les mobilités actives de l'épaule droite étaient globalement conservées avec un long chef du biceps douloureux, une acromio-claviculaire indolore et une force conservée. La relecture de l'IRM de mars dernier ne permettait pas de mettre en évidence de lésion de la coiffe des rotateurs ni de signes de conflit. Dans ce contexte, le Dr F\_\_\_\_\_ ne retenait toujours pas d'indication chirurgicale mais proposait, cette fois, de cibler la physiothérapie sur le renforcement de l'épaule et la tonification de la coiffe des rotateurs. 21. Le 12 février 2016, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'assureur, a pris position au sujet du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2015 et du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2015. L'IRM du 11 mars 2015, réalisée en raison de maux persistants, avait mis en évidence une petite fissure intracapsulaire du tendon du long biceps et une bursite subacromiale. Cette pathologie reflétait des modifications de nature dégénérative liées à l'âge. Le traumatisme du 28 mai 2014 n'était pas de nature à causer une lésion au niveau de la coiffe des rotateurs. Une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs, qui comprenait également, sur le plan fonctionnel, le tendon du long biceps, pouvait se produire lors d'une luxation de l'épaule ou d'une contrainte excentrique sur celle-ci. Dans ce dernier cas de figure, relativement rare, le tendon précontraint était soumis à une traction soudaine et forte qui l'arrachait de son ancrage osseux ou le sectionnait. En revanche, la coiffe des rotateur ne subissait de rupture ni lors d'une chute sur le bras tendu ni lors d'un écartement du bras. Ni d'ailleurs lors d'une torsion de la tête de l'humérus, mécanisme ayant pour effet de comprimer cette dernière contre l'acromion. D'autres scénarii accidentels n'entraient pas non plus en considération. Il en allait ainsi des traumatismes par choc direct – comme dans le cas d'espèce – ou de l'accomplissement d'un effort isolé (médecine des assurances 67 2015, vol. 2). La bursite subacromiale mentionnée par l'assurée dans son opposition du 14 décembre 2015 et prouvée pour la dernière fois le 4 décembre 2015, soit plus d'un an après la contusion à l'épaule, n'était pas, selon le degré de vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'accident, mais une modification pathologique liée à l'âge de

l'assurée. 22. Par décision du 13 avril 2016, l'assureur a rejeté l'opposition formée le 14 décembre 2015. Les avis des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ étaient unanimes sur le fait que les documents d'imagerie médicale n'avaient pas mis en évidence de lésion significative. Seul le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, était d'avis contraire. Celui-ci continuait d'attester une incapacité de travail entière en faveur de l'assurée bien que le Dr F\_\_\_\_\_ eût déclaré dans son rapport du 8 décembre 2015 que les mobilités actives de l'épaule droite étaient globalement conservées avec un long chef du biceps douloureux certes, mais une acromio-claviculaire indolore et une force conservée.

23. Le 17 mai 2016, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 13 avril 2016, concluant, principalement, à son annulation et à la condamnation de l'assureur à la prise en charge des suites de l'accident du 28 septembre 2014 (frais médicaux et indemnités journalières au-delà du 22 avril 2015) ainsi qu'au versement de CHF 5'000.- à titre de réparation du tort moral, le tout sous suite de frais et dépens. Elle a également sollicité, à titre préalable, l'audition des Drs Flavio D\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ et, au besoin, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle avait consulté, dès le mois de janvier 2016, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport daté du 15 février 2016 (pièce 16 recourante), ce médecin indiquait l'avoir revu le 4 février 2016. L'examen effectué le même jour n'avait pas mis en évidence de lésion tendineuse significative mais révélé une importante bursite sous-acromiale. Le Dr L\_\_\_\_\_ notait qu'une importante douleur était présente à l'articulation acromio-claviculaire en plus du reste du status qui était superposable à la précédente consultation. Ce médecin avait alors engagé une discussion avec elle-même sur les alternatives thérapeutiques (traitement conservateur vs chirurgical), précisant que la seconde variante consisterait en une ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection du centimètre externe de la clavicule par arthroscopie. Les résultats d'une telle intervention n'étaient toutefois pas garantis vu l'absence de lésion claire à l'IRM. Aussi le Dr L\_\_\_\_\_ avait-il proposé d'effectuer encore une infiltration sous-acromiale accompagnée cette fois d'une injection acromio-claviculaire. En cas de nouvel échec de ce traitement, il convenait de s'acheminer vers une intervention chirurgicale. La recourante avait également subi, le 12 avril 2016, une échographie de l'épaule droite. Réalisée par le docteur M\_\_\_\_\_, radiologue FMH, celle-ci avait révélé une bursite sous-acromiale avec épaissement de la paroi et lame liquidienne interne ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire avec douleur locale lors de la pression sous guidage échographique. Pour le surplus, le Dr M\_\_\_\_\_ avait relevé l'absence de signe de déchirure au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs mais une discrète tendinopathie du tendon supra-spinatus sans calcification décelable. Par ailleurs, le tendon long chef du biceps était bien en place dans la gouttière, sans signe d'anomalie significative de sa structure interne, ni signe de tendinopathie. Dans un rapport adressé le 25 avril 2016 à la mandataire de la recourante, le Dr L\_\_\_\_\_ avait expliqué qu'il suivait cette dernière depuis le mois de janvier 2016, que celle-ci présentait une arthropathie acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale. Il importait de relever qu'elle n'avait jamais éprouvé de douleur à cette épaule avant son accident. Du point de vue du Dr L\_\_\_\_\_, cette bursite était donc clairement en lien avec l'accident et elle était encore en partie responsable des douleurs actuelles. En d'autres termes, la situation n'était toujours pas rétablie au vu de cette bursite sous-acromiale persistante. La deuxième source de douleur, en plus de cette bursite, était l'arthropathie acromio-claviculaire droite qui avait probablement été décompensée par l'accident du 28 septembre 2014. Pour ce diagnostic, il était, aux dires du Dr L\_\_\_\_\_, plus

difficile de justifier un arrêt de travail de plus d'une année suite à cet accident. Toutefois, une infiltration avait également été réalisée à ce niveau en février 2016 et une résection du centimètre de la clavicule dans ce cadre pourrait être réalisée prochainement. La recourante a également versé au dossier un rapport du Dr D\_\_\_\_\_, daté du 4 mai 2016, indiquant qu'elle présentait les critères d'un trouble anxio-dépressif, épisode actuel modéré, qui était clairement la conséquence directe de la position de l'intimée. Cette dernière avait généré une précarité financière qui était « responsable » de ce trouble. 24. Par envoi spontané du 25 mai 2016, la recourante a produit des pièces supplémentaires, soit : [endif]> [if> - une convocation du service de chirurgie orthopédique des HUG, confirmant son hospitalisation prochaine le 14 juin 2016 ; [endif]> [if> - une prescription du Dr F\_\_\_\_\_, datée du 12 mai 2016, relative au port d'une orthèse de positionnement de l'épaule, modèle « shoulder sling ER épaule » ; [endif]> [if> - des certificats médicaux du Dr D\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail complète du 1<sup>er</sup> mai au 1<sup>er</sup> juin 2016. [endif]> [if> Enfin, la recourante a précisé que contrairement à ce qu'elle avait mentionné au point 23 de son mémoire, la future intervention chirurgicale n'avait pas été décidée par le Dr L\_\_\_\_\_, mais par le Dr F\_\_\_\_\_. 25. Par réponse du 15 juillet 2016, l'intimée a conclu, à la forme, à l'irrecevabilité des conclusions de la recourante en réparation du tort moral et, au fond, au rejet du recours avec suite de frais. Elle a également sollicité, à titre préalable, la production du dossier d'assurance-invalidité de la recourante auprès de de l'OAI. [endif]> [if> C'est à tort que la recourante soutenait que l'événement du 28 septembre 2014 continuait à jouer un rôle dans les troubles qui affectaient toujours son état de santé, à savoir la bursite sous-acromiale ainsi que l'arthropathie acromio-claviculaire droite. En effet, il ressortait de l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 12 février 2016 que la bursite sous-acromiale était clairement une pathologie résultant de modifications dégénératives normales au vu de l'âge de la recourante. Cet argument était par ailleurs corroboré par le fait qu'elle avait eu la même douleur dès le début et ce, malgré les nombreuses infiltrations et traitements conservateurs qui n'avaient pas produit l'effet escompté. Dans la déclaration d'accident-bagatelle du 29 septembre 2014, le descriptif de l'événement du 28 septembre 2014 était le suivant : « a glissé dans la salle de bains en la nettoyant – douleur au majeur droit, bras et orteils côté droit ». Il était par conséquent « plus vraisemblable qu'elle ait glissé et se soit retenue avec le bras tendu ». Dans la mesure où la description initiale de l'événement du 28 septembre 2014 ne correspondait pas à celle rapportée par le Dr D\_\_\_\_\_, « ce dernier [avait] donc fondé son raisonnement sur des faits erronés » (sic). La recourante n'avait consulté de médecin que deux semaines après l'événement du 28 septembre 2014 et le premier traitement avait consisté dans l'application de compresses Flectoparin Tissugel. Elle avait ensuite été capable de travailler du 28 au 30 octobre 2014. Ce n'était que suite à l'IRM du 23 octobre 2013 (recte : 2014 ; pièce 37 intimée) que des signes de bursite sous-acromiale avaient été décelés. En tant que le Dr L\_\_\_\_\_ retenait l'existence d'une arthropathie acromio-claviculaire droite, probablement décompensée par l'accident du 28 septembre 2014 dans son rapport du 25 avril 2016 (pièce 18 recourante), cette constatation entraine en contradiction avec le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2015 (pièce 110 intimée), lequel faisait état de mobilités actives de l'épaule droite globalement conservées avec un long chef du biceps douloureux, « une acromio-claviculaire indolore » et une force conservée. Les Drs D\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ne faisaient que présumer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les douleurs de l'épaule droite dont se plaignait la recourante et l'événement du 28 septembre 2014, sans en démontrer l'existence. Leur appréciation reposait donc davantage sur des hypothèses que

sur des indices concrets de telle sorte qu'elle constituait un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » qui ne suffisait pas à établir un lien de causalité naturelle. Enfin, l'opération chirurgicale préconisée par le Dr L\_\_\_\_\_ consistait en « une ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection du centimètre externe de la clavicule par arthroscopie » (pièce 16 recourante) dont le résultat n'était, selon lui, nullement garanti en raison de l'absence de lésion claire à l'IRM. Or, cette opération ne correspondait pas au traitement de la bursite sous-acromiale, « qui devrait plutôt consister en une bursectomie, soit en la suppression de la bourse enflammée ». Il convenait de retenir que la bursite sous-acromiale était plus vraisemblablement dégénérative et que le statu quo sine avait par conséquent été atteint au plus tard le 22 avril 2015. Quant aux prétentions en réparation du tort moral, elles relevaient du domaine de la responsabilité civile et n'étaient donc pas de la compétence de la chambre de céans, d'où l'irrecevabilité des conclusions prises à cet égard. Quant au trouble anxio-dépressif de la recourante, il avait été porté pour la première fois à la connaissance de l'intimée le 20 mai 2016 avec la notification du recours (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 4 mai 2016 ; pièce 19 recourante). En tant que ce trouble était ultérieur à la décision entreprise, du 13 avril 2016, il constituait un élément nouveau ne faisant pas partie de l'objet de la contestation. Enfin, il convenait, par appréciation anticipée des preuves, de débouter la recourante de ses réquisitions de preuves. Elle n'avait pas démontré en quoi l'audition des Drs D\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ était nécessaire. Étant donné qu'au surplus, l'opération chirurgicale remontait au 14 juin 2016, une expertise ne permettrait pas, quoi qu'il en soit, de déterminer l'état de santé de la recourante avant ladite intervention. En conclusion, depuis le 22 avril 2015, moment où le statu quo sine avait été atteint, l'événement du 28 septembre 2014 ne se trouvait plus en lien de causalité naturelle et adéquate avec les douleurs ressenties. 26. Par réplique du 9 août 2016, la recourante a soutenu que le raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ne dispensait pas de rechercher l'étiologie des douleurs ni de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 27. Le 10 octobre 2016, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait confier une expertise au Docteur N\_\_\_\_\_ et leur a fixé un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation et la mission d'expertise. 28. Le 14 octobre 2016, l'intimée a observé qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre du Dr N\_\_\_\_\_ et requis l'ajout de questions complémentaires. 29. Le 24 octobre 2016, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert et qu'elle acceptait la mission d'expertise. 30. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a transmis le 1<sup>er</sup> novembre 2016 une copie de son dossier. 31. Un délai a été fixé au 18 novembre 2016 aux parties pour venir consulter les pièces du dossier AI. Il ressort principalement de celles-ci que l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI le 18 juillet 2011. Elle présentait, à cette époque, une incapacité de travail complète pour cause de maladie dans sa profession de femme de chambre, ce depuis le 31 décembre 2010 (cervico-brachialgies droites et épicondylite droite, présentes depuis 2010). Le 2 décembre 2011, cette demande avait été rejetée, motif pris qu'il existait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le 30 octobre 2015, l'assurée a déposé une deuxième demande auprès de l'OAI, indiquant qu'elle souffrait, en raison d'un accident survenu le 28 septembre 2014, d'une rupture partielle du tendon du long chef du biceps et d'une bursite sous-acromiale avec impotence

fonctionnelle persistante malgré trois infiltrations, AINS et physiothérapie. Dans un rapport du 26 avril 2016 à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que dans son activité habituelle de femme de ménage, la capacité de travail de l'assurée était toujours nulle à ce jour, en raison de l'accident du 28 septembre 2014. Sans se prononcer sur la capacité de travail de cette dernière dans une activité adaptée, le Dr D\_\_\_\_\_ a mentionné que les limitations fonctionnelles consistaient dans l'impossibilité d'effectuer certains mouvements avec le membre supérieur droit. Les signes cliniques étaient typiques d'un syndrome de la coiffe des rotateurs du côté droit. S'y ajoutaient des douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite. Après avoir rappelé la teneur du rapport IRM du 23 septembre 2014 (recte : 23 octobre 2014) Le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic ne pouvait être effectué, d'autant que « la dernière [...] de contrôle » montrait la persistance d'une bursite ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. Dans un rapport du 20 juillet 2016 à l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et d'arthropathie acromioclaviculaire, précisant qu'ils étaient présents depuis 2014 et d'origine accidentelle. Le traitement actuel consistait en infiltrations. L'assurée prenait également des analgésiques (paracétamol 1g). Une arthroscopie de l'épaule pouvait éventuellement être envisagée. Le Dr L\_\_\_\_\_ a cependant mentionné qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis février 2016. L'incapacité de travail était toujours totale dans la profession habituelle de femme de chambre mais entière dans une activité adaptée, le début de l'aptitude à la réadaptation pouvant être fixé au 1<sup>er</sup> août 2016. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle habituelle. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu l'absence de port de charges supérieures à 5 kg, ajoutant qu'il convenait également d'éviter tout travail prolongé au-dessus du plan des épaules. Dans un rapport du 27 juillet 2016 à l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a quelque peu modifié son appréciation portée sept jours plus tôt en retenant les diagnostics de bursite sous-acromio deltoïdienne droite et d'arthropathie acromio-claviculaire droite. Ceux-ci étaient présents depuis 2014 et d'origine accidentelle. Une reprise de l'activité habituelle de femme de chambre était éventuellement possible à 50 % depuis mai 2016, mais avec un risque de décompensation. Pour le surplus, les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles retenues dans le rapport du 20 juillet 2016. Enfin ce médecin a rappelé qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis février 2016 et qu'il était donc « difficile pour [lui] de répondre ». 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 1<sup>er</sup> 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'applique à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications contenues dans la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications 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 délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit

fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPG, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPG). En 2016, le lundi de Pentecôte tombait le 16 mai. Datée du 13 avril 2016, la décision querellée a été reçue au plus tôt le lendemain, faisant ainsi courir le délai de recours du 15 avril jusqu'au samedi 14 mai. Posté le 17 mai 2016, le recours a été formé en temps utile. Respectant également les formes prescrites, il est recevable (art. 56 à 61 LPG). 4. a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5). On rappellera également que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 1a ; ATF 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées). b. Toujours selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). En outre, la question qui excède l'objet de la contestation doit être en état d'être jugée et le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force. Enfin, il faut que tous les droits procéduraux des parties soient respectés (Ulrich MEYER, Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, p. 446). c. En l'espèce, la chambre de céans n'est pas habilitée à se prononcer sur le trouble anxio-dépressif invoqué pour la première fois par la recourante dans son écriture du 17 mai 2016. Diagnostiqué le 4 mai 2016 par le médecin traitant (pièce 19 recourante), soit postérieurement à la décision querellée, et présenté non pas comme une conséquence de l'accident mais de la position de l'intimée dans le traitement du dossier, le trouble allégué ne fait pas partie de la contestation et porte sur un aspect n'étant de surcroît pas en état d'être jugé. Le litige porte ainsi sur le lien de causalité entre l'accident du 28 septembre 2014 et les troubles présentés par la recourante à l'épaule droite, plus particulièrement sur la prise en charge par l'intimée des frais de traitement y relatifs et des indemnités journalières au-delà du 22 avril 2015, date à laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations. 5. 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. L'art. 4 LPG dispose qu'est réputé 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. [endif]>![if> 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). 6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). [endif]>![if> b. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, 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). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 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 ; ATF 123 V 43 consid. 2b 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).

7. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.!

!> 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. 8. a 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 (et la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail), 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 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3ème éd. 2016 p. 1016 n. 385). Lorsque le status quo sine vel ante est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références).!

!> b. L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA 1988 n° U 47 p. 228 consid. 6a). Son application 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. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 470). L'art. 36 LAA n'est 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 113 V 54 consid. 2

; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. p. 1015 n. 381). c. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (ATF 116 V 152, consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 135/96 du 20 août 1997 consid. 2b). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN/ Hans-Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581 n. 16.50).

## **E. 9**

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. 10**

a. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lorsqu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, 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,

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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2). b. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion 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. A 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 et les arrêts cités). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2).

## **E. 11**

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. 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). b. 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). b/aa. 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). b/bb. 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). b/cc. 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). 12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou

que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 13. Se rangeant à l'avis de ses médecins-conseils, les Drs G\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, l'intimée considère qu'à la suite d'une chute consécutive à une glissade dans une salle de bains, survenue le 28 septembre 2014, la recourante a présenté des douleurs au bras droit, en particulier à l'épaule droite, d'origine traumatique – en ce sens que l'accident avait entraîné une activation douloureuse d'un état antérieur manifestement asymptomatique auparavant. Dans la mesure où le Dr F\_\_\_\_\_ relevait simplement, le 22 avril 2015, un long chef du biceps douloureux – l'état de l'épaule étant rassurant par ailleurs –, il était possible, selon le Dr G\_\_\_\_\_, de considérer que le statu quo sine était atteint le 22 avril 2015. Après que la recourante eut attiré l'attention de l'intimée, dans son opposition du 14 décembre 2015, sur diverses IRM objectivant notamment la persistance de signes de bursite sous-acromiale, le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré en substance, le 12 février 2016, qu'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs – « qui comprend également, sur le plan fonctionnel, le tendon du long biceps », ne pouvait se produire en se cognant la partie supérieure du bras droit, dans la région de l'épaule, contre le rebord de la baignoire. Ainsi, ce traumatisme par choc direct n'expliquait pas la petite fissure intrascapulaire du tendon du long biceps mise en évidence par l'IRM du 11 mars 2015. Quant à la bursite subacromiale, qui « avait été prouvée pour la dernière fois le 4 décembre 2015, soit plus d'un an après la contusion à l'épaule », elle n'était pas, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'accident mais une modification pathologique liée à l'âge. Les appréciations de ces médecins-conseils ne convainquent pas : S'agissant du Dr G\_\_\_\_\_, on relèvera en premier lieu que les douleurs – dont l'activation traumatique le 28 septembre 2014 et la subsistance le 22 avril 2015 ont clairement été admises par ce médecin – ont continué à nécessiter de nombreuses prestations de soins au-delà du 22 avril 2015 (médicaments, physiothérapie, acquisition et port d'une cale d'abduction du bras, infiltrations, intervention chirurgicale le 14 juin 2016, etc.), date retenue pour la fixation du statu quo sine. Quant aux constatations plutôt rassurantes du Dr F\_\_\_\_\_, sur lesquelles le Dr G\_\_\_\_\_ a fondé son appréciation du 20 octobre 2015, elles sont mises en doute par les documents d'imagerie, lesquels donnent un substrat aux douleurs. Ainsi, l'IRM du 15 mars 2015 met en évidence une bursite subacromiale ainsi qu'une petite fissure intracapsulaire du tendon du long biceps, diagnostics que le second médecin conseil de l'intimé, le Dr K\_\_\_\_\_, ne conteste pas. Force est toutefois de constater que ce médecin exclut l'origine traumatique d'une lésion au niveau de la coiffe des rotateurs sur la base d'un mécanisme accidentel qui ne correspond pas aux versions données par les Drs H\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Alors que ceux-ci évoquent une chute avec réception sur le coude fléchi, respectivement une chute sur le sol sur l'avant-bras droit semi-fléchi ou le coude droit fléchi (rapports du 23 octobre 2014, respectivement du 7 janvier 2015 et du 9 octobre 2015), le Dr K\_\_\_\_\_, qui n'a jamais rencontré ni examiné la recourante, est le seul à mentionner (éventuellement avec le Dr F\_\_\_\_\_ ; pièce 71 intimée), que la recourante aurait cogné la partie supérieure du bras droit, dans la région de l'épaule, contre le rebord de la baignoire (pièce 135 intimée). Dans ces circonstances, les déductions tirées d'un tel mécanisme accidentel par le Dr K\_\_\_\_\_ sont pour le moins sujettes à caution. De plus, en tant que ce médecin-conseil indique que la bursite sous-acromiale a été prouvée pour la dernière fois plus d'un an après la contusion à

l'épaule, il passe principalement sous silence le fait que ladite bursite a été mise en évidence par le Dr H\_\_\_\_\_ moins d'un mois après l'accident (cf. pièce 37 intimée). Or, l'omission de cet élément pose problème à plus d'un titre : premièrement, cette bursite était présentée, le 25 avril 2016, comme étant encore en partie responsable des douleurs actuelles (cf. pièce 18 recourante) ; deuxièmement, à l'époque où cette affection a été objectivée pour la première fois, soit le 23 octobre 2014, l'intimée fournissait encore des prestations en lien avec l'accident du 28 septembre 2014. En conséquence, le Dr K\_\_\_\_\_ ne saurait se contenter d'affirmer de façon abstraite que la bursite constitue, au degré de la vraisemblance prépondérante, une modification pathologique liée à l'âge ; il doit expliquer, pour autant que cela soit le cas, que cette pathologie ne constitue plus, au degré de vraisemblance requis, une conséquence de l'accident et, dans l'affirmative, à quelle date. Or, de telles explications motivées font précisément défaut. Compte tenu de ces éléments et de l'absence de description claire des interférences médicales entre l'accident et d'autres événements qui, considérés isolément, ne sont pas nécessairement assurés, les rapports de ces deux médecins-conseils sont dépourvus de toute valeur probante. Pour le reste, les appréciations émises par les médecins traitants et/ou des spécialistes divergent sur de trop nombreux éléments, y compris diagnostiques, pour permettre à la chambre de céans de se fonder sur l'un ou l'autre de leurs rapports. Enfin, il subsiste un flou, voire des divergences autour du mécanisme accidentel. En l'état actuel de l'instruction du cas, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer et n'a pas d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise. S'agissant des observations de l'intimée du 14 octobre 2016, la chambre de céans renoncera à modifier la question 1 dans le sens voulu par l'intimée dès lors que le dossier de la procédure comprend le dossier AI. En revanche, elle reprendra partiellement les autres propositions faites par l'intimée dans la mesure de leur pertinence.

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier (y compris le dossier radiologique) de l'intimée et de la recourante, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant de l'avis de tiers au besoin.!

2. Commet à cette fin le Docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur.!

3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :!

1. Anamnèse détaillée.!

2. Données subjectives de la recourante.!

Constatations objectives.!

4. Diagnostic(s) précis.!

5. Indiquer depuis quand ces atteintes sont présentes chez la recourante et comment elles ont évolué.!

6. Décrire leur évolution avant l'accident du 28 septembre 2014 et après.

7. Dire si la/les lésion(s) de l'épaule droite de la recourante sont imputable à l'événement accidentel du 28 septembre 2014 et, si oui, laquelle/lesquelles.!

8. La recourante présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes de l'épaule droite ?! Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse.

9. Veuillez indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles.!

10. Quels ont été les diagnostics révélés par les diverses IRM/arthro-IRM de l'épaule droite versées au dossier. Lesquelles correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA ?!

11. En quoi a consisté précisément l'intervention du 14 juin 2016 ?!

S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite, correspondent à une

lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA : a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ?

b. L'accident du 28 septembre 2014 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?

c. En particulier, les atteintes ayant nécessité des prestations de soins après le 22 avril 2015 – soit notamment les infiltrations et l'intervention du 14 juin 2016 – sont-elles dues à l'accident du 28 septembre 2014 d'une façon possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine (100 %) ? Quelles prestations étaient justifiées à la fois par des troubles accidentels et maladifs ? S'il en existe, veuillez préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.

d. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 28 septembre 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

e. L'accident du 28 septembre 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement ?

f. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé de la recourante (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?

g. Dans le cas où l'accident du 28 septembre 2014 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

h. Dans le cas où l'accident du 28 septembre 2014 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans une activité adaptée ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

S'agissant des diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA i. L'accident du 24 septembre 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) de ces atteintes ? 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) ?

j. En particulier, les atteintes ayant nécessité des prestations de soins après le 22 avril 2015 – soit notamment les infiltrations et l'intervention du 14 juin 2016 – sont-elles dues à l'accident du 28 septembre 2014 d'une façon possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine (100 %) ?

k. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 28 septembre 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

l. L'accident du 28 septembre 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement ?

m. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50 %), les seules causes influant sur l'état de santé de la recourante (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?

n. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité probable (plus de 50 %) ou certain (100 %) avec l'accident du 28 septembre 2014, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

o. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité probable (plus de 50 %) ou certain (100 %) avec l'accident du 28 septembre 2014, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans une activité adaptée ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

12. Commenter et discuter les avis des Drs F\_\_\_\_\_ (22 avril et 8 décembre 2015), E\_\_\_\_\_ (9 octobre 2015), D\_\_\_\_\_ (11 décembre 2015) L\_\_\_\_\_ (15 février et 25 avril 2016) G\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_.

Si l'expert s'écarte des appréciations et

conclusions des Drs G\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, médecins-conseils de l'intimée ou des médecins traitants/ spécialisés sur la question des diagnostics, des atteintes ayant nécessité des soins après le 22 avril 2015 et/ou du statu quo sine ou ante, veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse. 13. Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions des Drs D\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ (pièce 189 intimée) sur la question de la capacité de travail de la recourante après le 22 avril 2015 ainsi qu'au décours de l'intervention du 14 juin 2016, veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse.![endif]>![if> 14. Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 15. Toute remarque utile et proposition de l'expert.![endif]>![if> 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en quatre exemplaires à la chambre de céans ;![endif]>![if> 5. Réserve le sort des frais ;![endif]>![if> 6. Réserve le fond.![endif]>![if> La greffière Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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