

## **GE\_GERICHTE A/1683/2013 vom 9. Juli 2014**

GE Cour de justice, 2014-07-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1683\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1683_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/1683/2013 du 9 juillet 2014

IT: GE\_GERICHTE A/1683/2013 del 9 luglio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Dov Yamin Isaac GABBAÏ recourante contre SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR intimée Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1963, travaille en tant que vendeuse. A ce titre, elle a été assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après la GENERALI) jusqu'au 31 décembre 2010 puis dès le 1 er janvier 2011 auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).!> 2. Le 28 janvier 2011, l'assurée a subi un accident sur son lieu de travail. En rangeant le stock, elle a voulu débloquer une barre de fer et s'est blessée au bras gauche en forçant.!> Cet événement a fait l'objet d'une déclaration d'accident-bagatelle adressée le même jour par l'assurée à la GENERALI. 3. Une échographie de l'épaule gauche a été réalisée le 25 juin 2012 par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, en raison de la persistance d'une douleur de l'épaule sans antécédent de périarthrite calcifiante connu. Le médecin a conclu à une périarthrite de l'épaule calcifiante, principalement localisée au niveau du tendon supra-épineux et près de sa convergence avec le tendon infra-épineux et à une bursite sous-acromio-deltoïdienne, sans rupture tendineuse démontrée.!> 4. Le 29 juin 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une échographie des deux coudes en raison d'une douleur cubitale des deux côtés. Le coude droit présentait un status post-transposition antérieure du nerf ulnaire au niveau du tunnel cubital. Le nerf interosseux postérieur restait épaissi, hypoéchogène, irrégulier avec une perte de la structure fasciculaire au niveau de l'arcade de Frohse. Il n'y avait pas d'hyperhémie locale au Doppler couleur. Quant au coude gauche, il révélait également un épaississement significatif du nerf ulnaire avec une perte totale de la structure fasciculaire au niveau du tunnel cubital. Le nerf interosseux postérieur montrait un aspect hypoéchogène au niveau de l'arcade de Frohse mais sans importante hyperhémie au Doppler couleur. Il existait des deux côtés une enthésopathie calcifiante du tendon conjoint des muscles extenseurs à l'insertion sur la pointe de l'épicondyle latéral. La calcification mesurait environ deux à trois millimètres. Les deux tendons ne montraient pas d'hyperhémie ni de déchirure. Les articulations des coudes ne présentaient pas d'altération significative. Il n'y avait ni épanchement articulaire, ni hypertrophie de la membrane synoviale articulaire, ni hyperhémie significative locale au Doppler couleur. !> 5. Le 11 juillet 2012, l'employeur a annoncé à l'assurance l'événement du 28 janvier 2011. Il était précisé dans le formulaire de déclaration que l'assurée avait subi une inflammation au bras gauche et qu'elle avait déjà eu un accident au bras droit en 2007 avec une rechute en 2009. Ces événements avaient été pris en charge par un autre assureur.!> 6. Selon une

note téléphonique du 8 août 2012, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a signalé à l'assurance que l'assurée avait été en incapacité de travail totale pour cause de maladie depuis le 20 juin 2012 et à 50 % dès le 2 juillet 2012. L'assurée devait subir une opération chirurgicale au bras gauche le 16 août 2012 à la suite de l'évènement du 28 janvier 2011.!

7. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a mentionné dans son protocole opératoire du 16 août 2012 une neuropathie compressive radiale et une épicondylite chronique du coude gauche. L'intervention avait consisté en une dénervation de l'épicondyle externe gauche, une ténotomie en filet d'avancement des épicondyliens et une neurolyse du nerf radial à l'arcade de Frohse. Ce médecin a en outre relevé s'agissant de l'indication opératoire que l'assurée était tombée sur son coude quelques mois auparavant et qu'elle présentait depuis des douleurs permanentes.!

8. Dans un questionnaire rempli le 28 août 2012, l'assurée a précisé qu'en forçant sur la barre de fer, elle s'était blessée au coude et à l'épaule. Elle avait reçu un coup au coude. Elle avait déjà subi une blessure à l'épaule gauche le 14 octobre 2008. !

9. A la même date, le Dr C\_\_\_\_\_ a effectué une échographie de l'épaule gauche avec infiltration en raison d'une bursite sous-acromiale. Il a décrit des calcifications du tendon supra-spinatus au niveau de sa partie postérieure, étendues sur environ un centimètre et localisées dans la partie profonde du tendon. Il n'y avait pas de signe de déchirure transfixiante du tendon et le muscle était normal. Le médecin a constaté une discrète enthésopathie du tendon subscapulaire sans signe de déchirure, des tendons infra-spinatus et petit rond ne montrant pas d'altération significative, et un tendon long chef du biceps d'aspect habituel, en place dans la gouttière. Il y avait un épaissement des parois de la bourse synoviale sous-acromiale, compatible avec une bursite débutante, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire.!

10. Dans son rapport du 29 septembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une épicondylite au coude gauche et une neuropathie radiale. L'évolution était bonne. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait de rôle. Il n'y avait plus de traitement en cours. La reprise du travail était prévue le 10 octobre 2012 à 50 %. Sans l'intervention du 16 août 2012, l'assurée aurait été en incapacité de travail totale en raison de l'augmentation des douleurs.!

11. Le 27 septembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire médical que la GENERALI lui avait adressé. A la question « Dans le protocole de l'intervention du 16 août 2012, vous parlez d'une chute intervenue il y a quelques mois. L'employeur nous a annoncé une rechute d'un cas d'accident d'août 2007. S'agit-il réellement d'une rechute ou est-ce un nouvel accident ? », le médecin a répondu qu'il s'agissait d'un nouvel accident car l'assurée lui avait déclaré le 31 juillet 2012 une chute sur le coude gauche remontant à mi-2011.!

12. Dans son certificat du 3 octobre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale du 16 août au 14 octobre 2012 et de 50 % du 15 au 27 octobre 2012.!

13. L'assurance a confié l'expertise de l'assurée à la clinique CORELA. Le docteur E\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a examiné l'assurée le 26 novembre 2012. Ce dernier a établi son rapport du 11 décembre 2012 après avoir pris connaissance des rapports d'échographie du 29 juin et du 29 août 2012, du compte-rendu opératoire du Dr D\_\_\_\_\_ et du rapport de ce dernier du 29 septembre 2012. Il a procédé à l'anamnèse de l'assurée. Cette dernière lui a indiqué qu'elle avait été victime d'une chute en août 2007 avec traumatisme du coude droit et de la cheville, qui avait entraîné une opération du coude droit pratiquée par le Dr D\_\_\_\_\_ début 2008. Il s'agissait a priori d'une transposition du nerf cubital droit, associée à une intervention sur l'aspect antéro-externe du coude droit. Les symptômes n'avaient jamais complètement disparu et

devant leur persistance, une nouvelle intervention avait eu lieu en 2009. Une nouvelle douleur de l'épaule gauche était apparue en automne 2008, sans notion traumatique. Une échographie aurait alors mis en évidence des calcifications dans la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. S'agissant de l'événement du 28 janvier 2011, l'assurée a précisé qu'elle avait voulu décoincer une barre de fer et qu'elle avait à cette fin essayé de la décoincer de force en un mouvement vers le haut, ce qui avait provoqué une douleur au niveau de l'épaule gauche. Comme elle n'y parvenait pas, elle avait pris une autre barre métallique avec laquelle elle avait tapé sur l'objet coincé, qui était alors tombé directement sur son coude gauche. Il n'y avait pas eu un impact direct sur l'épaule gauche, mais cette épaule avait été douloureuse lors du mouvement forcé pour décoincer la barre. L'assurée estimait le poids de cette barre à quelques kilogrammes. Ce traumatisme n'avait pas entraîné d'arrêt de travail. L'assurée avait traité sans consultation médicale ses lésions du bras gauche par l'application d'une pommade et la prise de médicaments. Devant la persistance des symptômes et leur aggravation, elle avait consulté un médecin en 2012, lequel avait ordonné une échographie des deux coudes. Elle a en outre précisé que l'indication du Dr D\_\_\_\_\_, selon laquelle elle était tombée sur son coude gauche, était inexacte. Après l'intervention, elle avait repris son travail selon l'horaire habituel (soit 83 %) le 28 octobre 2012. [endif]> [if> Les plaintes de l'assurée étaient les suivantes : elle pouvait effectuer toutes les activités du quotidien, mais les tâches plus lourdes, telles qu'accrocher des rideaux ou porter de lourds sacs de courses provoquaient une douleur au niveau du coude et de l'épaule gauches. Au plan professionnel, elle était capable d'effectuer son travail tout à fait habituellement, en dehors de la manutention des boîtes de marchandises, lors de laquelle elle était aidée par ses collègues. Il n'y avait pas de douleurs, hormis dans les activités nécessitant une abduction ou une élévation forcée. Le Dr E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de tendinite calcifiante du supraspinatus ; discrète enthésopathie du tendon subscapulaire sans déchirure ; d'arthrose acromio-claviculaire, en phase stabilisée. Ces diagnostics avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée présentait également une bursite sous-acromiale débutante sans incidence sur sa capacité de travail. L'expert a exposé que les calcifications des tendons de la coiffe étaient une cause fréquente de gêne de l'épaule. Cette pathologie débutait souvent chez les femmes entre 30 et 45 ans et pouvait être bilatérale. Les douleurs pouvaient être très intenses et sans rapport avec une notion traumatique. La libération de calcium à partir de cette calcification pouvait provoquer une réaction inflammatoire importante avec de très vives douleurs. La diminution, voire la disparition de ces calcifications était fréquemment rencontrée, le mécanisme de cette disparition étant actuellement mal compris. L'enthésopathie était une inflammation de la zone d'insertion des tendons et des ligaments sur l'os. Une telle inflammation pouvait être calcifiante si des dépôts calciques étaient retrouvés. Pour ces deux atteintes tendineuses, les manifestations cliniques pouvaient aller d'une forme douloureuse simple à une forme aiguë hyperalgique interdisant tout mouvement. Ces pathologies étaient rarement chroniques mais leur évolution était imprévisible. Quant à la bursite sous-acromiale, il s'agissait de l'inflammation de la bourse sous-acromiale. Enfin, l'arthrose acromio-claviculaire était l'usure progressive de cette articulation avec une possible apparition d'ostéophytes et d'irrégularité. Si elle concernait l'aspect inférieur de l'articulation, elle pouvait provoquer une irritation, voire une usure des tendons sous-jacents. L'échographie du 28 août 2012 révélait que la tendinite et l'enthésopathie étaient en phase stabilisée à l'instar de l'arthrose acromio-claviculaire. Elle démontrait en revanche une phase de développement de la bursite, laquelle était en lien avec les

éventuelles réactions inflammatoires de la tendinite calcifiante. Ces atteintes étaient sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 28 janvier 2011. En premier lieu, l'échographie du 28 août 2012, unique examen paraclinique, avait été réalisé plus de 18 mois après l'événement accidentel. De plus, les tendinites calcifiantes n'étaient pas provoquées par un traumatisme, il n'y avait donc pas de lien de causalité entre cette tendinite calcifiante et l'accident. Ceci était conforté par le fait que selon l'assurée, la tendinite calcifiante avait déjà été diagnostiquée en 2008. Il s'agissait dès lors manifestement d'un état antérieur à l'accident du 28 janvier 2011. En outre, l'arthrose acromio-claviculaire était une pathologie dégénérative, donc sans lien de causalité avec un quelconque traumatisme. Les douleurs décrites par l'assurée avaient été traitées en automédication et le geste réalisé régulièrement dans le cadre de son travail n'était absolument pas de nature à créer une quelconque atteinte de type déchirure. Par ailleurs, la bursite, qualifiée de débutante à 20 mois de l'accident, était trop tardive pour envisager un lien de causalité avec cet événement. Compte tenu du fait qu'une bursite sous-acromiale accompagnait souvent une tendinopathie ou une arthrose acromio-claviculaire en raison du surmenage articulaire induit par ces atteintes, la causalité n'était pas retenue. En ce qui concernait le coude gauche de l'assurée, l'expert a retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de contusion du coude gauche ; de neuropathie ulnaire focale ; d'épicondylite chronique avec neuropathie compressive radiale ; et aux deux coudes d'enthésopathie calcifiante du tendon conjoint des muscles extenseurs à l'insertion sur la pointe de l'épicondyle latérale. Il a précisé qu'une contusion était par définition un traumatisme n'ayant entraîné ni fracture, ni lésions ligamentaires. Les lésions touchaient dans ces cas essentiellement les fibres musculaires et les vaisseaux capillaires, entraînant un hématome plus ou moins important dans la zone de l'impact. Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissaient au bout de quelques semaines, au plus tard un mois. Les épicondylalgies pouvaient avoir plusieurs origines : une atteinte de l'articulation huméro-radiale du coude, une compression du nerf radial au niveau de l'arcade de Frohse ou une inflammation de l'origine des muscles permettant l'extension du poignet et des doigts ainsi que la supination. Dans la grande majorité des cas, l'inflammation de ces tendons ou de l'épicondylite était responsable des épicondylalgies. La compression du nerf radial à l'arcade de Frohse ne présentait qu'environ 5 % des épicondylalgies. Dans le cas de la pathologie du coude, on retrouvait des enthésopathies calcifiantes au niveau des épicondylites et sur l'olécrane. La neuropathie du nerf cubital ou ulnaire au niveau du coude pouvait avoir plusieurs origines : une cause intrinsèque en raison d'une hypermobilité du nerf cubital ou une compression de ce nerf par une structure fibro-musculaire. Les symptômes pouvaient être de nature sensitive ou motrice dans les cas les plus avancés. En l'espèce, la contusion était en rémission totale. La neuropathie ulnaire focale était également en rémission, à l'instar de l'épicondylite chronique du coude gauche associée à une neuropathie compressive radiale. Quant aux diagnostics d'enthésopathie calcifiante et d'épaississement du nerf, ils étaient en phase de maintenance. A l'examen clinique, l'expert a noté un discret œdème et une sensibilité sur la région opérée, et des amplitudes articulaires satisfaisantes. La contusion était survenue à la suite de la chute de la barre de fer sur le coude et était donc en lien de causalité certain avec l'accident du 28 janvier 2011. En revanche, pour les autres diagnostics, le lien de causalité avec l'accident était de moins de 50 %. En effet, le délai entre le traumatisme du 28 janvier 2011 et le premier diagnostic posé en date du 29 juin 2012 sur ce coude gauche était de dix-sept mois. Durant ce laps de temps il n'y avait pas eu de soins ou de consultation. De plus, l'origine des épicondylites du

coude était principalement liée à l'utilisation par microtraumatismes répétés. Une cause traumatique était certes possible mais n'était pas l'origine la plus fréquente. Dans le cadre d'une origine traumatique, les plaintes initiales étaient de nature à donner lieu à des consultations et à des examens complémentaires relativement rapides. L'aspect bilatéral de l'épaississement du nerf interosseux postérieur plaidait contre une origine traumatique unilatérale. L'enthésopathie calcifiante révélée par l'échographie était de plus une pathologie d'origine non traumatique. Au vu de l'incision, l'assurée avait bénéficié en 2008 d'une intervention sur la face latérale du coude droit. Il s'agissait a priori d'une intervention de désinsertion de l'origine des tendons épicondyliens pour épicondylalgie chronique, pathologie qui était retrouvée en 2012 sur le coude gauche. Le caractère bilatéral de la pathologie inflammatoire des tendons épicondyliens plaidait également contre l'origine traumatique. Les autres pathologies existantes n'étaient pas accidentelles. L'assurée n'avait pas de douleurs au coude mais ressentait des paresthésies principalement le matin dans tous les doigts de la main gauche. Ces paresthésies étaient transitoires et disparaissaient rapidement durant la matinée. En fin de journée ou en cas de travail particulièrement lourd, elle avait des douleurs disparaissant rapidement à la prise d'un antalgique. La contusion du coude gauche avait évolué vers la guérison, au plus tard un mois après l'accident, soit dès le 28 février 2011. Pour les autres atteintes, l'évolution consécutive à l'intervention était favorable, avec une gêne dégressive. Dans son rapport du 29 septembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ avait déjà déclaré que l'assurée allait bien et qu'elle n'avait plus besoin de traitement. La rémission significative était donc intervenue à cette période. Quant à la rémission complète, elle pouvait être prévue six mois après l'intervention, soit dès le 16 février 2013. En conclusion, le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait aucune incapacité de travail en lien avec l'accident. Une discrète baisse de rendement de 10 % due à la difficulté de la manutention lourde pouvait être retenue jusqu'au 16 février 2013. En synthèse, l'expert a rappelé que l'évolution des pathologies non traumatiques étaient favorables et qu'il persistait simplement une petite sensibilité sur l'épicondyle gauche. L'état actuel de l'épaule et du coude gauches était satisfaisant. Aucun traitement n'était nécessaire. La cure chirurgicale du 16 août 2012 n'était pas à la charge de l'assurance-accidents, la neuropathie compressive radiale qui l'avait motivée n'étant pas en lien de causalité vraisemblable avec l'événement du 28 janvier 2011. En ce qui concernait l'épaule et dans le cas de la tendinopathie calcifiante, l'évolution était peu prévisible, des réactions inflammatoires hyperalgiques pouvant survenir. Toutefois, la rémission significative des signes cliniques était déjà intervenue depuis le 11 septembre 2012, soit quatorze jours après l'infiltration du 28 août. Enfin, pour les autres diagnostics, l'évolution devait être favorable sur le plan clinique. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité, étant donné la présence d'une récupération intégrale des amplitudes articulaires normales au niveau du coude comme de l'épaule gauche. De plus, il n'y avait aucun diagnostic actuellement retenu ni de limitation fonctionnelle en rapport avec le traumatisme du 28 janvier 2011, ni d'incapacité de travail en lien avec les conséquences de l'accident. 14. Par décision du 28 janvier 2013, l'assurance s'est référée aux conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ et a nié un lien de causalité entre la neuropathie ulnaire du coude gauche, les diagnostics d'épicondylite chronique, de neuropathie compressive radiale et l'accident du 28 janvier 2011. Les atteintes de l'épaule gauche n'étaient pas non plus d'origine traumatique. Partant, le traitement et l'incapacité de travail de 2012 n'étaient pas à sa charge. 15. Par courrier du 31 janvier 2013, l'assurée s'est opposée à la décision. Elle a soutenu que son accident était bien la cause de ses souffrances et invitait l'assurance à s'adresser à son

médecin traitant, le docteur F \_\_\_\_\_, qui pourrait lui confirmer qu'elle n'avait jamais auparavant eu de pathologie articulaire au membre supérieur gauche.![endif]>![if> 16. Lors d'un entretien téléphonique avec le Dr F \_\_\_\_\_ en date du 27 février 2013, ce dernier a indiqué à l'assurance que c'était en réalité son confrère, le docteur G \_\_\_\_\_, qui avait examiné l'assurée. Dès lors que ce médecin ne travaillait plus au centre médical, l'assurance a prié le Dr F \_\_\_\_\_ de lui faire parvenir un rapport établi sur la base du dossier médical. ![endif]>![if> 17. Dans un rapport du 28 mars 2013 portant le timbre du Dr G \_\_\_\_\_, il est indiqué que les premiers soins consécutifs à l'accident ont été administrés le 10 février 2011. L'assurée présentait une discrète tuméfaction du membre supérieur gauche avec des douleurs au coude et à l'avant-bras gauches. La mobilité était diminuée sans impotence fonctionnelle. Il y avait une douleur de l'épicondyle externe gauche. Le diagnostic était celui de contusion du coude gauche prédominant sur épicondyle externe. Le traitement était terminé depuis le 28 février 2011. ![endif]>![if> 18. Par décision du 24 avril 2013, l'assurance a écarté l'opposition en reprenant les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_. ![endif]>![if> 19. Par écriture du 27 mai 2013, complétée le 13 juin 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'intimée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition des Drs D \_\_\_\_\_, F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ et à sa comparution, et au fond à l'annulation de la décision et à l'octroi des prestations légales. Elle a allégué qu'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate devait être reconnu entre l'accident et les troubles développés et que l'intimée avait sous-estimé l'impact de l'événement du 28 janvier 2011. Elle s'est référée aux certificats des Drs G \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ et a affirmé que l'expertise ne tenait pas suffisamment compte de son anamnèse, notamment du fait qu'elle n'avait jamais éprouvé de douleurs au bras gauche avant l'événement du 28 janvier 2011 et que la cause la plus probable des douleurs était bien cet événement. De plus, le diagnostic d'épicondylite chronique retenu par l'expert était invraisemblable selon le Dr D \_\_\_\_\_. Si ce diagnostic avait été correct, l'intervention aurait été sans effet. L'expertise n'était pas non plus crédible lorsqu'elle retenait, en se fondant sur des considérations générales, que l'assurée avait recouvré une capacité de travail complète dès le 28 février 2011. L'expertise de la clinique CORELA, dont la réputation était d'ailleurs douteuse, n'avait pas de valeur probante. Il semblait d'ailleurs que le Dr E \_\_\_\_\_ ne soit pas autorisé à exercer la médecine à Genève.![endif]>![if> La recourante a notamment produit les documents suivants à l'appui de son recours : - questionnaire rempli par le Dr D \_\_\_\_\_ le 21 mai 2013, aux termes duquel les diagnostics retenus sont une neuropathie du nerf radial du coude gauche et une épicondylite chronique du coude gauche, le médecin indiquant que les suites de l'opération ont été favorables avec toutefois deux récurrences des inflammations, l'état de santé étant consolidé depuis le 14 novembre 2012. Le spécialiste y a qualifié de certain le lien de causalité entre les lésions et l'accident, la recourante n'ayant pas eu de douleurs avant l'accident. Il a en outre exclu toute maladie ou état antérieur influençant l'état de santé; ![endif]>![if> - questionnaire du Dr G \_\_\_\_\_ du 9 mai 2013, faisant état d'une contusion du coude gauche prédominante sur l'épicondyle externe sans fracture, l'évolution ayant été marquée par la persistance de douleurs épicondyliennes gauches et le développement d'une épicondylite latérale secondaire. Le médecin a indiqué que les lésions constatées étaient très probablement dues à l'accident étant donné la chronologie des événements et l'absence de troubles avant le 28 janvier 2011. Il n'existait pas d'autres maladies influençant l'état de santé. On pouvait considérer que l'état était stabilisé depuis le 28 octobre 2012. ![endif]>![if> 20. Par réponse du 26 juillet 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a soutenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2011 et la pathologie de l'épaule gauche, conformément aux conclusions de l'expert. Tel était également le cas de la neuropathie ulnaire focale, de l'épicondylite chronique et de la neuropathie compressive radiale. La recourante avait de plus poursuivi le travail sans consulter de médecin. Il n'y avait pas lieu de retenir une compression du nerf radial traumatique, comme le prétendait le Dr D\_\_\_\_\_. Une compression du nerf ne représentait en effet que 5 % des épicondylalgies. L'absence de toute consultation pendant dix-sept mois entre le traumatisme du 28 janvier 2011 et le diagnostic posé le 29 juin 2012 était un argument contre une origine traumatique. La contusion au coude était en lien de causalité avec l'accident mais la date de la rémission pouvait être fixée un mois après les faits. Enfin, le seul fait que la recourante n'ait pas eu de douleurs avant l'accident ne suffisait pas à reconnaître un lien de causalité entre l'accident et ses troubles, conformément à la jurisprudence. Le rapport de l'expert remplissait en tous points les exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante et le Dr E\_\_\_\_\_ était bien au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à Genève. Partant, l'audition des médecins de la recourante était inutile. Si la Chambre de céans en décidait autrement, il y aurait toutefois lieu d'entendre l'expert. ![/endif]>![if> 21. Par réplique du 13 septembre 2013, l'assurée a persisté dans sa demande d'audition des témoins.![endif]>![if> 22. Le 8 novembre 2013, la Chambre de céans a interpellé les trois médecins cités par la recourante afin qu'ils se déterminent sur le rapport d'expertise et précisent les points et les motifs de désaccord.![endif]>![if> 23. Le 22 novembre 2013, les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'ils se ralliaient aux conclusions de l'expert. Après lecture et analyse de ce rapport détaillé, le lien de causalité entre l'accident de 2011 et les diagnostics ne pouvait être établi de façon raisonnable. Ce type de pathologie, plutôt inflammatoire, et le délai entre le traumatisme du 28 janvier 2011 et l'intervention chirurgicale d'août 2012 étaient des arguments en défaveur d'éventuelles séquelles posttraumatiques présentées par la recourante. En qualité de médecins traitants, les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ avaient le devoir d'être à l'écoute de leurs patients et de tenir compte de leurs griefs lorsque ces derniers estimaient qu'une décision les concernant était injuste. Cela ne voulait pas pour autant dire qu'ils partageaient leur avis sur leur situation médicale, car ils ne disposaient en général pas d'une expérience suffisante pour se distancer d'une expertise pratiquée par des spécialistes. ![/endif]>![if> 24. Par courrier du 26 novembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ s'est à son tour déterminé. Il a contesté l'absence de lien de causalité entre l'accident et l'épicondylite chronique associée à la neuropathie compressive du nerf radial au coude gauche. L'affirmation de l'expert, selon laquelle la compression du nerf radial à l'arcade de Frohse ne représentait que 5 % des épicondylalgies était peut-être juste 15 ans auparavant, mais ne l'était plus à la lumière de la littérature actuelle. En effet, comme cela ressortait de la littérature actuelle – le Dr D\_\_\_\_\_ se référant sur ce point à des publications de 1998, 2004 et 2002 – les nouvelles techniques d'imagerie avaient permis de montrer actuellement beaucoup plus fréquemment la présence de cette complication nerveuse. Le fait que l'expert reconnaisse la relation de causalité entre l'accident et la contusion épicondyléenne mais pas avec l'épicondylite et la neuropathie radiale représentait une contradiction flagrante qui témoignait de la méconnaissance clinique de ce praticien. Tout d'abord, celui-ci définissait la contusion comme un traumatisme n'ayant entraîné ni fracture ni lésions ligamentaires, touchant essentiellement les fibres musculaires et les vaisseaux capillaires et entraînant un hématome plus ou moins important dans les zones de l'impact. Cette définition était incomplète puisque selon la littérature, la contusion pouvait également concerner les os.

Une contusion osseuse pouvait être mise en évidence à l'IRM sous la forme d'un hyper signal, qui pouvait persister jusqu'à une année après la contusion suivant l'importance de celle-ci. Il était ainsi aisément compréhensible qu'une contusion osseuse était un phénomène entraînant des modifications vasculaires et inflammatoires locales évoluant sur une longue période et parfois conséquentes. Ces modifications traduisaient des phénomènes de cicatrisation, qui en pathologie représentaient les phases de l'inflammation. En d'autres mots, il s'agissait ici effectivement d'une inflammation de longue durée qui s'apparentait donc aux inflammations chroniques retrouvées dans les épicondylalgies. C'est au cours de cette inflammation chronique que la membrane capillaire des vaisseaux était perméable, raison pour laquelle on observait des extravasations de calcium se déposant dans les tissus périphériques, qui en l'espèce étaient sises dans la musculature épicondylienne comme on pouvait l'observer sur les échographies. Le Dr D\_\_\_\_\_ a affirmé que la littérature moderne, qu'il a citée, démontrait que les lésions neurologiques du nerf interosseux postérieur à l'arcade de Frohse, soit ici la névralgie du nerf radial au coude, étaient secondaires à une compression prolongée du nerf radial entre la musculature épicondylienne. Aussi, une neuropathie se développait sur plusieurs mois dans le cadre d'une inflammation chronique. Ainsi, le délai de dix-sept mois entre l'accident et les soins n'était pas déterminant. En effet, l'assurée avait poursuivi son activité professionnelle malgré la présence d'une inflammation chronique qui n'avait jamais pu guérir du fait de l'activité physique quotidienne. Quant à la remarque de l'expert, selon laquelle l'aspect bilatéral plaide contre une origine traumatique unilatérale, il s'agissait d'une manipulation grossière. Ce dernier admettait en effet que la recourante avait bénéficié d'une intervention au coude droit en 2009 mais avait sciemment oublié de mentionner que le nerf radial au coude présentait une dilatation massive de 5,3 mm au coude droit en avril 2009, ce qui avait alors motivé une intervention de neurolyse à ce niveau-là à cette époque. En effet, la recourante avait déjà dû recourir à la chirurgie suite à une chute sur son coude droit en août 2007. Les médecins-conseils du précédent assureur-accidents avaient d'ailleurs dû se prononcer sur le rapport de causalité à l'époque entre cette chute et la neuropathie du nerf radial à deux ans d'intervalle, et l'avaient admis. La persistance d'un épaississement du nerf radial au coude droit était donc prévisible et compatible avec un status post opératoire favorable puisque cette dilatation avait diminué de plus de moitié entre les status préopératoire et postopératoire, ce que l'expert de la clinique CORELA avait « bien entendu oublié de mentionner ». Enfin, le fait que le Dr E\_\_\_\_\_ évoque le caractère bilatéral des interventions chirurgicales sans en connaître l'étendue pour le côté droit montrait bien le caractère superficiel et orienté de ses conclusions. L'affirmation selon laquelle une enthésopathie calcifiante était une pathologie non traumatique n'était pas tranchée et restait débattue dans la littérature. En effet, le status opératoire et l'inflammation à droite étaient secondaires à une cause accidentelle. Enfin, la recourante n'avait jamais présenté de douleurs de son coude gauche durant les cinq années qui avaient précédé sa consultation du 31 juillet 2012, alors que le Dr D\_\_\_\_\_ l'avait vue à vingt reprises entre 2008 et cette date. Le Dr D\_\_\_\_\_ a également énuméré une série de références à la littérature médicale.![endif]>![if> 25. Dans ses observations du 16 décembre 2013, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise. Elle a affirmé que les explications du Dr D\_\_\_\_\_ étaient suffisamment précises et argumentées pour remettre en cause l'expertise de la clinique CORELA. Quant aux médecins traitants, on voyait mal comment ils pouvaient se rallier aux conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ dès lors qu'ils n'en comprenaient pas le sens, puisqu'ils disaient ne pas disposer d'une expérience leur permettant de s'écarter

d'une expertise. [endif]>[if> 26. Par écriture du 20 janvier 2014, l'intimée s'est déterminée en rapportant les observations suivantes des Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ au sujet du rapport du 26 novembre 2013 du Dr D\_\_\_\_\_. [endif]>[if> Selon ceux-ci, l'affirmation du Dr D\_\_\_\_\_ sur la contusion osseuse pouvant perdurer une année, appelait les commentaires suivants : en réalité, on distinguait schématiquement deux types de contusions, avec ou sans fracture osseuse. La durée d'une année était selon la littérature la durée maximale des contusions avec fracture, les autres contusions durant trois mois au plus. En l'occurrence, la recourante n'avait souffert d'aucune fracture du coude. Par ailleurs, aucune IRM n'avait jamais démontré l'existence d'une atteinte osseuse de type hyper signal évoquée par le Dr D\_\_\_\_\_. En outre, on voyait mal comment la recourante aurait eu une contusion osseuse supposant un choc violent sans rapporter des hématomes cutanés et une atteinte musculaire. En cas de contusion osseuse, les patients rapportaient au moins une modification de couleur de la peau. Partant, sans lésions anatomiques associées et sans IRM, de surcroît bilatéralement alors que la contusion osseuse est rare et essentiellement décrite au niveau des genoux, les arguments du Dr D\_\_\_\_\_ n'étaient pas convaincants. Si l'on suivait le raisonnement de ce médecin sur les extravasations de calcium, la recourante aurait eu au moins deux contusions osseuses puisque l'imagerie révélait une enthésopathie calcifiante bilatérale. Il n'y avait cependant aucune preuve d'une contusion osseuse, encore moins d'une fracture osseuse entraînée par une telle contusion. En outre, les calcifications de la recourante étaient dans les tendons et non dans les muscles. Le Dr D\_\_\_\_\_ n'envisageait pas d'autre cause aux calcifications tendineuses. Il se contentait de « jeter le doute » en affirmant qu'il y avait controverse sur le fait que les enthésopathies tendineuses n'étaient pas accidentelles, sans toutefois se référer à la littérature scientifique. Or, les causes accidentelles n'étaient pas mentionnées dans les articles de revues médicales, alors que les microtraumatismes l'étaient. Le Dr E\_\_\_\_\_ s'est référé à cet égard à un article de 1983. L'analyse du Dr D\_\_\_\_\_, selon laquelle la recourante avait subi deux traumatismes des coudes, qui avaient entraîné des enthésopathies et une épicondylite, n'était pas compatible avec les preuves scientifiques. Le fait que des médecins-conseils auraient admis une causalité entre une chute et une atteinte nerveuse du coude gauche ( recte droit) en 2007 n'était pas un motif suffisant pour la reconnaître à gauche. Les arguments du Dr D\_\_\_\_\_ étaient la taille du nerf, les algies, et un choc sur un coude. Ces arguments ne signifiaient pas qu'il y avait une cause accidentelle. L'inflammation était le phénomène au centre de l'épicondylite. Une inflammation impliquait une augmentation de la taille des tissus et donc une compression des nerfs au niveau local. Cette compression nerveuse n'était pas forcément la cause de la douleur, la simple inflammation musculaire et tendineuse pouvant suffire. Le seul élément que l'on ait à disposition allant dans le sens d'une inflammation était non pas l'inflammation des tissus locaux mais celle du nerf radial en 2009. En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ affirmait que le nerf radial avait alors grossi pour atteindre 5.3 millimètres, avant de diminuer de moitié après neurolyse et décompression chirurgicale. Ce raisonnement laissait perplexe. En effet, il n'y avait pas de preuves objectives d'imagerie pour attester de cette diminution de diamètre, et le Dr E\_\_\_\_\_ suggérait « vivement aux personnes intéressées de les obtenir et d'en faire une analyse par un spécialiste ». L'expert a ajouté que « la taille d'un nerf comme élément diagnostique de son inflammation [avait] échappé à [ses] recherches dans des revues spécialisées ». Le chirurgien traitant n'évoquait par ailleurs pas l'inflammation des tissus adjacents ni de leur structure. Or, on voyait mal comment un nerf seul pourrait avoir doublé de volume, mais pas les éléments adjacents. En outre, les articles cités par le Dr D\_\_\_\_\_

ne révélèrent pas de rapport entre la structure échographique d'un nerf et son inflammation. L'expert a commenté trois des articles cités par le Dr D\_\_\_\_\_, alléguant qu'ils étaient sans lien avec les affirmations du chirurgien traitant. Ce dernier soutenait en outre que les modifications locales dues à l'inflammation, elle-même secondaire à un accident, entraînaient une compression nerveuse. Or, l'article à l'appui de cette thèse – que l'honnêteté intellectuelle aurait dicté de citer dans son contexte – distinguait clairement épicondylite et atteinte de la branche motrice du nerf radial. Il ne citait même pas l'inflammation locale comme une cause d'atteinte du nerf radial, contrairement à ce qu'affirmait le Dr D\_\_\_\_\_. Enfin, les atteintes du nerf radial provoquaient des signes moteurs tels que paralysie progressive des extenseurs des doigts associée parfois à des douleurs irradiant au dos de la main et non des épicondylites, comme dans le cas de la recourante. En d'autres termes, l'inflammation donnait tout au plus des épicondylites et non une atteinte radiale. Le Dr E\_\_\_\_\_ a encore cité trois articles, dont le premier, portant sur la physiopathologie des syndromes canalaires, ne mentionnait pas les inflammations chroniques comme une cause d'atteinte radiculaire au niveau du coude. Au contraire, les auteurs évoquaient des causes telles que les mouvements répétitifs et l'activité physique des poignets. En conclusion, le Dr E\_\_\_\_\_ se ralliait à la revue de littérature, selon laquelle l'enthésopathie était une maladie due sur le long terme à des traumatismes chroniques. 27. Par écriture spontanée du 20 mars 2014, la recourante a derechef sollicité une expertise, à confier au docteur I\_\_\_\_\_. Elle a proposé que le Dr C\_\_\_\_\_ soit auditionné en qualité d'expert pour déterminer la possibilité de constater des lésions par imagerie médicale. Elle a ajouté que si l'intimée semblait faire grand cas de ce qu'aucune IRM n'avait été réalisée, une échographie, plus précise encore, avait bien eu lieu. Partant, les sous-entendus des experts tombaient à faux. 28. Le Dr D\_\_\_\_\_ s'est adressé à la Chambre de céans le 21 mars 2014 avec copie aux parties. Il s'est référé à l'écriture de l'intimée reprenant les commentaires des Drs E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Il a qualifié cette écriture d'offensante à son endroit et a affirmé qu'elle cherchait à entretenir la confusion sur ses propos. Il n'entendait pas prolonger la controverse mais informait la Chambre de céans qu'en tant que membre de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, il était actuellement en charge d'instruire une affaire impliquant le docteur H\_\_\_\_\_ ainsi que la clinique CORELA. Il existait dès lors un conflit d'intérêt entre les experts et lui-même. Le Dr D\_\_\_\_\_ suggérait dès lors le recours à un expert neutre. 29. Le 10 juin 2014, la Chambre de céans a transmis le courrier du Dr D\_\_\_\_\_ aux parties et les a informées de son intention de confier une expertise au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, en leur impartissant un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions à lui soumettre. 30. Le 25 juin 2014, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre du Dr J\_\_\_\_\_ et a souhaité qu'il soit précisé à la question portant sur le caractère possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certain (100 %) du lien de causalité entre l'accident et les atteintes de la santé que ces pourcentages étaient indicatifs, afin que l'expert ne se sente pas lié par ces derniers. Elle a ajouté qu'il était nécessaire de connaître son cahier des charges pour déterminer sa capacité de travail. 31. Par courrier du même jour, l'intimée s'est déclarée d'accord avec la désignation du Dr J\_\_\_\_\_. Elle a requis que l'expert soit interrogé sur le point de savoir si les plaintes subjectives pouvaient être objectivées et si les troubles ayant nécessité l'intervention du 16 août 2012 étaient dus à l'accident du 28 janvier 2011 d'une façon seulement possible ou vraisemblable. 32. La Chambre de céans a transmis copie de cette écriture à

la recourante le 27 juin 2014. **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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2011 et les troubles présentés par la recourante en 2012 au coude et à l'épaule gauche, notamment l'intervention chirurgicale du 16 août 2012 et l'incapacité de travail qui en a découlé. 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 LPGA 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. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). 6. 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 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 se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident ( statu quo ante ) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident ( statu quo sine ) (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février

2009 consid. 2.3). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). 8. En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr E\_\_\_\_\_ ne comprend

que certains des éléments nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle contient en effet une anamnèse, un résumé de certains rapports médicaux, ainsi que des diagnostics et des conclusions émis à l'issue d'un examen médical.!

Cela étant, il apparaît que l'expert n'a pas bénéficié de l'intégralité du dossier médical de la recourante puisqu'il n'a pas eu accès aux documents concernant les problèmes et l'intervention précédente au coude droit, alors que la bilatéralité des atteintes aux coudes motive en partie ses conclusions selon lesquelles les troubles apparus au côté gauche seraient d'origine non pas traumatique mais pathologique. Or, à lire les déterminations du Dr D \_\_\_\_\_, il s'agirait en réalité au coude droit d'une atteinte d'origine accidentelle. L'expert relève également à l'appui de sa thèse que la recourante n'a pas eu recours à un médecin pendant dix-sept mois après son accident. Cependant, le Dr G \_\_\_\_\_ a attesté que la recourante l'avait consulté en février 2011, moins de deux semaines après la survenance de l'accident. Ce médecin a d'ailleurs rapporté la présence d'une tuméfaction, ce qui pourrait éventuellement étayer la thèse du Dr D \_\_\_\_\_ sur la survenance d'une contusion osseuse entraînant l'atteinte nerveuse. Eu égard à ces lacunes, le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. De plus, le Dr D \_\_\_\_\_ a avancé plusieurs arguments scientifiques, étayés par des références à la littérature médicales, qui semblent remettre en cause les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_. Si on aurait souhaité que le Dr D \_\_\_\_\_ exprime son désaccord par des propos moins désobligeants à l'encontre de l'expert, le ton peu amène de ses explications ne justifie pas de les écarter purement et simplement. Quant aux déterminations de l'expert et du Dr H \_\_\_\_\_ – telles qu'elles ont été rapportées par l'intimée – elles appellent les commentaires suivants. On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1). Or, les observations de la clinique CORELA ne satisfont manifestement pas à ces exigences, puisqu'elles sont empreintes de sarcasme à l'encontre du Dr D \_\_\_\_\_ et partant dépourvues de la neutralité et de la retenue nécessaires. S'agissant du fond, le chirurgien traitant et l'expert s'affrontent en exposant à l'appui de leurs conclusions des arguments émaillés de références scientifiques. Or, les autorités chargées d'appliquer la loi, faute de disposer de connaissances médicales spécialisées, ne sont pas en mesure de vérifier les constatations de fait contenues dans les expertises médicales et cas échéant de les vérifier, un contrôle n'étant possible que s'agissant du respect des exigences formelles relatives aux rapports médicaux (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.4). Ainsi, le caractère polémique du débat qui oppose le chirurgien traitant à l'expert ne permet pas à la Chambre de céans de déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b) si les troubles développés au coude gauche

par la recourante qui ont entraîné l'intervention du Dr D\_\_\_\_\_ sont d'origine traumatique ou dégénérative. On ajoutera que si le conflit d'intérêts évoqué par le Dr D\_\_\_\_\_ dans son courrier du 21 mars 2014 explique peut-être le manque de retenue des explications des médecins de part et d'autre, il tend également à confirmer la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire, puisqu'un tel conflit peut être de nature à susciter le doute sur l'impartialité d'un expert. Eu égard à ce qui précède, au vu des avis médicaux contradictoires, il y a lieu d'ordonner une expertise afin de clarifier la question de la causalité entre les troubles de l'épaule et du coude gauche de la recourante et l'accident du 28 janvier 2011, laquelle sera confiée au Dr J\_\_\_\_\_. Dite expertise reprendra les questions des parties dans la mesure de leur pertinence. La modification de la question 5b requise par la recourante ne sera cependant pas intégrée. En effet, contrairement à ce qu'affirme cette dernière, les pourcentages en fonction desquels un lien de causalité est réputé établi de façon possible, probable ou certaine ne sont pas indicatifs (à titre d'exemple, Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 509/06 dz 31 octobre 2007 consid. 3.2.1). 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 médical complet de la recourante, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s) précis.
  5. S'agissant des troubles de l'épaule et du coude gauches, répondre aux questions suivantes:
    - a) La recourante présentait-elle un état maladif antérieur? Dans l'affirmative, lequel?
    - b) L'accident du 28 janvier 2011 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non ) des atteintes à la santé de la recourante? Plus précisément, le lien de causalité avec l'accident est-il seulement possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certain (100 %)?
    - c) En particulier, les troubles ayant nécessité l'intervention du 16 août 2012 sont-ils dus à l'accident du 28 janvier 2011 d'une façon possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine (100 %)? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.
    - d) Les atteintes à l'épaule et au coude gauches sont-elles d'origine dégénérative ou l'accident du 28 janvier 2011 a-t-il joué un rôle dans la survenance de cette atteinte?
    - e) Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 28 janvier 2011 qui ont contribué, avec ledit accident, aux lésions constatées?
    - f) L'accident du 28 janvier 2011 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement?
    - g) Le cas échéant, à partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influentes sur l'état de santé (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint)?
    - h) Les plaintes de la recourante sont-elles objectivées ?
  6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent, eu égard à son cahier des charges.
  7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent.
  8. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis le 28 janvier 2011.
  9. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.
  10. Dire s'il y a une diminution de

rendement imputable à l'accident et la chiffrer.![endif]>![if> 11. Commenter de manière approfondie les conclusions des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Si l'expert s'écarte de l'appréciation d'un de ces médecins, exposer pour quels motifs. ![endif]>![if> 12. Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 13. Toute remarque utile et proposition de l'expert.![endif]>![if> 3. Commet à ces fins le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main ;![endif]>![if> 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;![endif]>![if> 5. Réserve le fond ;![endif]>![if> La greffière Brigitte BABEL La Présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN 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.