

GE_GERICHTE A/1847/2011 vom 24. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1847_2011

FR: GE_GERICHTE A/1847/2011 du 24 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE A/1847/2011 del 24 gennaio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.01.2012
A/1847/2011

A/1847/2011 ATAS/38/2012 du 24.01.2012 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1847/2011
ATAS/38/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 24 janvier
2012 2ème Chambre En la cause Madame A _____, domiciliée à Genève, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître ETIER Guillaume recourante contre
BALOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21;Case postale, 4002 Basel,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GROSJEAN Christian intimé EN
FAIT Madame A _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) née en 1984, employée
en qualité d'assistante en pharmacie pour une durée limitée du 1^{er} février au 15 avril 2010
par la pharmacie X _____ (ci- après l'employeur) était à ce titre assurée contre les
accidents professionnels et non professionnels auprès de la BALOISE ASSURANCES SA
(ci-après l'assurance ou l'intimée). Elle a réalisé un salaire net de 4'093 fr. en février, 3'538
fr. en mars, y compris la compensation des vacances et jours fériés. L'assurée a été victime
d'un accident le 31 mars 2010 en tombant dans les escaliers à son domicile, alors qu'elle
sortait la poubelle et a été totalement incapable de travailler du 31 mars au 5 mai 2010. La
Dresse B _____, généraliste, diagnostique des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur
entorse et contusion de la colonne lombaire; contusion de l'épaule droite et état d'angoisse.
La patiente avait déjà été traitée en 2007 lors d'un accident ayant touché l'épaule droite. Le
traitement consiste en des séances de physiothérapie et une médication. Divers examens
radiologiques ont été pratiqués le 19 mai 2010. Le rapport de l'échographie de l'épaule
droite mentionne une articulation acromio-claviculaire d'épaisseur normale, un
épanchement gleno-huméral et dans la gaine du long chef du biceps; les tendons du long
chef du biceps et celui du sus-épineux évoquent une tendinose, sans image évidente de
rupture. La lame de liquide de la bourse sous acromio-déltôidienne évoque une bursite sous
acromiale. Une encoche corticale de la tête humérale est relevée, mais sans calcification
adjacente. Le rapport précise que ces manifestations peuvent être d'origine
post-traumatique; à confronter avec la clinique. Un rapport strictement identique a été établi
pour l'épaule gauche. Celui de la radio de la colonne indique une scoliose, pas de
discopathie, un angle lombo-sacré dans la norme, des articulations sacro-iliaques
d'épaisseur normale et pas de bascule significative du bassin. La Dresse B _____
atteste le 9 août 2010 que l'incapacité de travail est toujours totale, elle confirme les
diagnostics et ajoute des scapulalgies aiguës droites post-traumatiques et sur tendinite post
traumatique. S'agissant de l'évolution et l'état actuel (subjectif et objectif), elle indique que
la patiente se plaint de la persistance des douleurs à l'épaule droite et au niveau du rachis
lombaire. Selon le rapport de l'inspecteur de l'assurance du 11 août 2010, date de l'entretien
avec l'assurée, une capacité de travail à 100% est exigible dans l'activité d'assistante en

pharmacie. Une expertise est alors ordonnée et l'assurée est convoquée le 22 novembre 2010 au bureau d'expertise romand (BREM), qui fait effectuer une IRM des deux épaules, pratiquées le 26 janvier et 2 février 2011. L'assurance a versé les indemnités journalières de 108 fr. 45/jour du 3 avril au 22 novembre 2010 et l'assurée a réclamé le 10 février 2011 la reprise du paiement des indemnités. Selon le rapport d'expertise du 14 février 2011 de la Dresse C _____, spécialiste en rhumatologie au BREM, l'assurée présente des douleurs de la ceinture scapulaire, de la nuque, des épaules, prédominant à droite, du rachis lombo-sacré, après une chute dans les escaliers survenue à son domicile le 31 mars 2010. Les diagnostics sont une suspicion de TOS (Thoracic Outlet Syndrome), une périarthrite scapulo humérale prédominant à droite M75.0 (PSH); un trouble statique rachidien avec syndrome douloureux, une suspicion de troubles thymiques et une carence martiale. S'agissant de la causalité naturelle, l'assurée présente un tableau douloureux peu spécifique répondant aux critères de la fibromyalgie chez une femme déconditionnée, visiblement surmenée par ses enfants en bas-âge. Il n'y a pas d'atteinte neurologique. L'IRM montre des signes dégénératifs de coiffe avec une bursite d'accompagnement, mais il ne s'agit pas d'une rupture complète, la portion profonde du sus-épineux présentant des irrégularités de signal est couverte. Le médecin estime qu'elle ne peut pas attribuer ces images de façon vraisemblable avec l'accident décrit, ce d'autant qu'il y a déjà eu une souffrance de l'épaule droite en 2007, suite à un premier accident, que ce membre supérieur dominant est sollicité au quotidien, l'assurée portant ses deux enfants, ce qui accentue sa douleur. L'expert n'a pas d'argument pour effectuer des examens invasifs qui permettraient d'identifier avec plus de certitude l'importance de la rupture qu'elle estime partielle. Le médecin ne trouve pas d'élément post-traumatique vraisemblable dans l'évolution actuelle, l'assurée présentant toutefois des troubles de l'humeur et une fatigue importante, qui joue un rôle négatif dans l'évolution du trouble douloureux. Les troubles de l'humeur et des éléments sortant du champ médical influencent l'état de santé et son au-devant du tableau clinique actuellement. Le statu quo sine est largement rétabli au délai actuel et l'accident ne déploie plus d'effet dans le contexte douloureux diffus actuel, l'assurée ne parvenant pas à faire face à un travail à l'extérieur et à son activité de ménagère, suite à un épuisement. Il convient d'encourager l'assurée à reprendre son activité professionnelle progressivement, d'abord à 50% durant un mois puis à plein temps, sous réserve d'une comorbidité d'ordre psychiatrique associée. Il y a des limitations pour le travail en hauteur des bras, mais pas en raison des séquelles de l'accident. La PSH légère n'atteint pas le seuil d'une atteinte à l'intégrité et sa relation avec l'accident n'apparaît que possible. Le rapport d'expertise contient un résumé des documents médicaux mis à disposition, une anamnèse complète. Il décrit les plaintes subjectives de l'assuré et est fondé sur un examen clinique détaillé, les constatations objectives s'agissant des membres supérieurs, mentionnent que la manœuvre de Jobe est sensible des deux côtés et que les douleurs évoquées se situent en regard de la nuque et des premières côtes, une douleur à la palpation de l'épicondyle gauche est constatée. Des douleurs à la palpation digitale de 11 points sur 18 sont retenus, soit un nombre suffisant pour un critère positif de fibromyalgie. Les examens radiologiques sont commentés et de nouvelles IRM sont pratiquées. Celle de l'épaule droite du 26 janvier 2011 mentionne une irrégularité en regard du supra épineux sans solution de continuité associée à du liquide dans la bourse sous-acromo-deltoïdienne, sans lésion de l'infra-épineux, avec une bursite sous-coracoïdienne. Celle de l'épaule gauche réalisée le 2 février 2011 mentionne un tendon du supra-épineux de forme normale, sans image de rupture ni transfixiante ni partielle. Le tendon du long chef du biceps est dans sa gouttière bicipitale et pas de lésion du

sous-scapulaire. Petite dégénérescence kystique de la tête humérale, de localisation postérieure. Bourrelet glénoïdien conservé. Selon le complément d'expertise du 14 mars 2011 de la Dresse C _____, les diagnostics proposés ne laissent pas supposer de lésion traumatique consécutive à l'accident du 31 mars 2010. Bien qu'il y ait une confusion entre des douleurs à l'épaule gauche, le constat d'une lésion à l'épaule droite lors de l'accident, et un IRM effectué de l'épaule gauche le 19 mai 2010, l'assurée annonce des douleurs à l'effort des deux bras, lors des mouvements en hauteur. Les signes actuels de bursite sous-acromio-deltoïdienne restent à droite alors que les signes de bursite sous-acromiale gauche ont régressé. Dans ce contexte, il n'y a pas de lésion traumatique consécutive à l'accident du 31 mars 2010. Une chute avec contusions multiples peut être responsable d'un arrêt de travail de l'ordre de trois semaines. L'accident du 31 mars 2010 a sans doute décompensé un état antérieur, pour une durée de trois semaines. Le statu quo est largement rétabli à partir de trois semaines après l'accident. Par décision du 29 mars 2011, l'assurance a mis fin au versement de ses prestations au 1^{er} mai 2010, a renoncé à revenir sur les versements antérieurs (recte : postérieurs) indiquant que les prestations prennent ainsi fin le 21 novembre 2010, date du rendez-vous d'expertise. L'assurée a fait opposition le 18 avril 2011 et contesté les conclusions de l'expertise. Selon le rapport médical du 13 avril 2011 de la Dresse B _____, les diagnostics sont confirmés, les traitements ont permis une légère amélioration de la symptomatologie, mais il y a persistance de douleurs résiduelles au dos et au niveau de l'épaule droite, avec limitation dans tous les mouvements avec le membre supérieur droit, la symptomatologie douloureuse à l'épaule droite est en relation avec l'accident dont la patiente a été victime le 31 mars 2010. Par décision sur opposition du 13 mai 2011, l'assurance rejette l'opposition, retranscrit l'expertise du BREM, et notamment l'anamnèse, les diagnostics, ainsi que l'examen du lien de causalité, concluant que l'évènement en cause n'est plus en relation de causalité avec la problématique médicale présentée par l'assurée, qui n'apporte pas d'éléments permettant de parvenir à une autre conclusion. Par acte du 14 juin 2011, l'assurée, représentée par avocat, forme recours contre la décision et conclut à ce que l'assurance soit condamnée à prendre en charge les traitements et à verser les indemnités journalières du 1^{er} mai 2010 au 15 mars 2011, sous déduction de celles déjà versées jusqu'au 21 novembre 2010, sous suite de dépens. Elle fait valoir que le lien de causalité naturelle entre l'accident et son état de santé doit être admis, sur la base des rapports des Drs B _____ et D _____. En effet, elle ne présentait aucune atteinte et ne souffrait pas de son épaule droite avant l'accident en question et elle a présenté de manière strictement réactionnelle, une périarthrite ainsi qu'une bursite qui ont nécessité des soins ainsi qu'un arrêt de travail prolongé. L'assurée avait certes fait une chute en 2007, mais la situation était parfaitement rétablie lors de l'évènement du 31 mars 2010. Ce deuxième accident doit donc être considéré comme ayant provoqué l'atteinte à la santé de manière prépondérante. Si l'on retenait par impossible qu'une autre cause, soit la première chute ou un syndrome fibromyalgique exerce une influence sur les troubles de l'assurée, force serait alors de conclure que l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident, qui n'est ainsi pas la cause unique, mais une cause partielle, en toute hypothèse, sine qua non de l'atteinte. Par mémoire réponse du 13 juillet 2011, l'assurance conclut au rejet du recours, motif pris que l'expertise de la Dresse C _____ a pleine valeur probante et que le rapport médical établi ensuite par la Dresse B _____ n'est pas de nature à faire douter du bien-fondé de la teneur de cette expertise et de son complément. L'expert précise qu'il n'existe pas de lésion traumatique consécutive à l'accident. Le statu quo sine ayant été atteint trois semaines après ce dernier et, dès cette

date, les troubles ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'assurée dépose des observations le 22 août 2011, faisant valoir que si le fait de porter ses enfants ne favorise peut-être pas la guérison immédiate, elle s'en occupait également avant l'évènement dommageable, sans souffrance. Si la Dresse B _____ n'est pas spécialiste en rhumatologie, elle est toutefois médecin et atteste sans ambiguïté du lien causal entre l'état de santé et l'accident, tandis que la Dresse C _____, qui n'est pas psychiatre, se permet de mettre en évidence de prétendues souffrances psychiques parfaitement contestées. Le 30 mars 2010, l'assurée exerçait sa profession et s'occupait de son ménage et de ses enfants sans ressentir une quelconque gêne, même éventuelle, de son épaule droite, et ce n'est qu'après l'accident, soit une chute brutale dans l'escalier, que les douleurs sont apparues. Lors de l'audience du 20 septembre 2011, les parties ont été rendues attentives au fait que les rapports d'échographie de l'épaule gauche et de l'épaule droite du 20 mai 2010 sont strictement identiques. L'assurée a indiqué qu'à son souvenir, seule une échographie de l'épaule droite a été pratiquée en mai 2010. En hiver 2007, elle est tombée sur l'épaule droite en glissant sur la neige et a subi une tendinite qui a duré quelques mois, traitée par la Dresse B _____, qui avait à l'époque fait des radios à son souvenir. Elle a été en incapacité de travail quelques semaines, puis a repris le travail. Elle n'avait plus aucune douleur à l'épaule droite lors de l'accident du 31 mars 2010 et ces douleurs sont liées uniquement au second accident. Elle n'a jamais affirmé avoir mal dans tous les membres lors de l'expertise, mais à l'épaule droite principalement, ainsi qu'à la nuque et dans le bas du dos. Le mal de ventre qu'elle a évoqué est sans lien avec la fibromyalgie. Fin novembre 2010, elle était totalement incapable de travailler en raison des douleurs. Cette situation s'est légèrement améliorée, mais elle continue à souffrir si elle fait des mouvements répétitifs ou au-dessus du niveau de l'épaule avec le bras droit. La prise de myorelaxants améliore la situation. Elle a consulté à une seule reprise le Dr Bertrand BUCHS, rhumatologue, mais elle n'a pas souhaité pratiquer l'infiltration de cortisone qui lui était suggérée, car c'est un acte difficile à pratiquer et dont le succès n'est pas garanti. Elle évite dans la mesure du possible de porter ses enfants, pour limiter la douleur. La Dresse B _____ a estimé que sa capacité de travail était à nouveau complète dès le 15 mars 2011. Elle a consulté régulièrement Internet pour trouver un emploi, mais il n'y avait rien de disponible. Elle a eu de la chance car l'emploi qu'elle a obtenu à 100 % était proposé mi-mars 2011 et elle a recommencé à travailler le 1^{er} avril 2011 en qualité d'assistante de pharmacie à plein temps. L'assurée a précisé qu'elle a repris le travail car elle n'a pas le choix financièrement. L'avocat de l'assurance a relevé que la Dresse C _____ n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie. Sur questions de la Cour de céans, la Dresse B _____ a répondu le 12 octobre 2011 qu'elle était déjà le médecin traitant de l'assurée depuis le 24 janvier 2007 et que suite à la chute sur l'épaule droite le 24 janvier 2007, elle avait retenu le diagnostic de tendinite post-traumatique de l'épaule droite, ayant entraîné une incapacité de travail à 100% du 24 janvier au 25 février et du 23 avril au 6 mai 2007. Le traitement dispensé était médicamenteux et de physiothérapie. L'échographie pratiquée le 20 mars 2007, jointe au courrier, évoque un diagnostic de tenosynovite, les tendons du sus et sous-épineux sont suivis, sans image de rupture, la lame de liquide dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne évoque une bursite et il n'y a pas de lésion visualisée au niveau du muscle trapèze. La Dresse B _____ joint également le rapport du Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 13 avril 2007 qui indique que le bilan radiologique ne montre pas de déchirure de la coiffe des rotateurs, mais tout au plus des signes de tendinopathie au niveau du long chef du biceps, de sorte qu'il n'y a pas d'indication

chirurgicale et qu'il faut poursuivre le traitement conservateur. A la question de savoir, si le statu quo ante ou le statu quo sine a été rétabli suite à l'accident de 2007, la Dresse B _____ répond par la négative. Sur questions de la Cour de céans, le Dr D _____ répond le 31 octobre 2011 que le 19 mai 2010, il a uniquement pratiqué une échographie de l'épaule droite, le rapport concernant l'épaule gauche faisant suite à une erreur de transcription. L'IRM du 26 janvier 2011 met en évidence une rupture couverte du supra-épineux avec présence de liquide dans la bourse sous-acromio-deltoidienne et ces manifestations peuvent être d'origine post-traumatique. Par comparaison, on ne constate pas de signe de rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs sur l'examen échographique mais cette rupture est mise en évidence à l'IRM. Cependant, la transcription d'une zone hypoécogène au sein du muscle du sus-épineux sur le rapport de l'échographie peut poser le diagnostic différentiel d'une tendinose ou d'une rupture partielle. Ces deux rapports ont été soumis à la Dresse C _____ du BREM qui a indiqué, le 23 novembre 2011, que celui du Dr D _____ n'était pas de nature à modifier ses conclusions, le diagnostic M75.0 (PSH) comprenant cette possibilité. Par conclusions du 23 décembre 2011, l'assurance fait valoir que le Dr D _____ retient que ces manifestations peuvent être d'origine post-traumatique, mais qu'il convient de les confronter à la clinique. Le Dr D _____ n'a donc pas indiqué que le rapport de cause à effet entre l'accident et les manifestations pourrait être qualifié de probable ou de certain. Les conclusions de l'expert sont confirmées par le médecin traitant, à savoir qu'à la date de l'accident au 31 mars 2010, l'assurée souffrait toujours des séquelles de l'accident survenu le 24 janvier 2007. Le statu quo sine ayant été atteint trois semaines après l'accident du 31 mars 2010, c'est à juste titre que la décision a mis un terme à la prise en charge du cas avec effet au 1^{er} mai 2010. Par conclusions du 23 décembre 2011, l'assurée rappelle qu'elle ne présentait, lors du second accident, plus aucune séquelle consécutive au premier évènement survenu en 2007. Ainsi, l'incapacité de travail dès le 31 mars 2010 est uniquement consécutive au second accident, aucun élément extrinsèque ne pouvant être retenu comme en étant une cause, même partielle. Seule est litigieuse la persistance du lien de causalité au-delà du 1^{er} mai 2010. Le Dr D _____ a admis que les signes pouvaient être d'origine post-traumatique et l'assurée a déclaré que fin novembre 2010, elle était encore totalement incapable de travailler en raison des douleurs. Ainsi, le statu quo sine n'était pas rétabli le 1^{er} mai 2010. D'ailleurs, l'expertise avait été effectuée huit mois après le sinistre, de sorte que l'expert pratiquait de l'art divinatoire rétrospectif plutôt que de la science médicale en prétendant le 22 novembre 2010 que l'assurée devait être complètement rétablie trois semaines après sa chute, soit sept mois auparavant. Bien qu'elle souffre encore aujourd'hui des suites de son accident, l'assurée souhaite plus que tout retrouver un état de santé conforme à l'activité qu'elle exerce, mais confirme qu'elle a été totalement incapable de travailler, en lien avec l'accident, jusqu'au 15 mars 2011. La cause a été gardée à juger le 5 janvier 2012. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 1^{er} mai 2010,

étant précisé que l'intimée a d'ores et déjà renoncé à réclamer le remboursement des indemnités versées jusqu'au 21 novembre 2010. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 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; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul 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»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). Par contre, en présence de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur

déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5). a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 261 consid. 3b p. 264). 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 (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C_463/2009, consid. 3). c) 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). d) 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. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). Ainsi, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (ATF 135 V 465). En l'espèce, l'expertise du BREM est effectuée par un médecin spécialiste en rhumatologie. Elle est fondée sur un examen de l'assurée, le dossier radiologique, ainsi que l'ensemble des autres pièces médicales. Elle contient une anamnèse détaillée et tient largement compte des plaintes de l'assurée. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes, s'agissant de l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident du 31 mars 2010 et les atteintes présentées par l'assurée. D'une part, l'IRM de mai 2010 montre des signes dégénératifs et une bursite sans rupture complète. D'autre part, l'examen clinique relève l'absence d'atteinte neurologique et met en évidence des douleurs des deux épaules, mais aussi de la nuque et du haut des côtes, ainsi qu'un épuisement et des troubles de l'humeur qui sont au devant du tableau clinique et ne favorisent pas la guérison. Ces éléments objectifs, compte tenu de l'accident de 2007 qui a atteint la même épaule, impliquent que l'expert ne peut pas attribuer de façon vraisemblable les atteintes à l'accident de 2010. Il convient à cet égard de relever que l'IRM de l'épaule droite pratiquée après l'accident de 2007 évoquait déjà une bursite, sans signe de rupture, le spécialiste consulté en avril 2007 confirmant l'éventualité d'une tendinopathie. Les autres avis médicaux au dossier ne permettent pas de s'écarter de celui de l'expert. Celui de la Dresse B _____, soit le médecin traitant qui a naturellement tendance à appuyer le point de vue de son patient n'est pas l'avis d'un spécialiste et, surtout, il n'est pas suffisamment motivé. D'une part, elle retient un lien de causalité du seul fait que l'assurée ne présentait pas de douleurs à l'épaule droite avant l'accident de mars 2010, ce qui n'est pas suffisant en soi. D'autre part, elle admet que lors de l'accident de 2010, sa patiente souffrait encore des séquelles de celui de 2007 (statu quo ante ou sine non atteint). Celui du Dr D _____ repose uniquement sur l'imagerie qui permet de retenir que le lien de causalité entre les lésions constatées à l'épaule droite et l'accident est possible, ce qui n'atteint pas le degré de la probabilité nécessaire pour retenir un lien de causalité naturelle. De plus, il confirme que les résultats de l'imagerie doivent être confrontés à l'examen clinique, ce qui signifie qu'à eux seuls, ils ne permettent pas d'établir l'existence d'une lésion traumatique claire. Or, l'examen clinique effectué par la Dresse C _____ met notamment en évidence des douleurs similaires aux deux épaules et des efforts particuliers de l'assurée qui doit porter deux jeunes enfants, ce qui n'est nullement une critique, mais un élément objectif participant à l'explication des douleurs, et en particulier à leur persistance durant de nombreux mois, de sorte que l'examen clinique ne permet pas d'élever au niveau de la probabilité la causalité seulement possible retenue par le Dr D _____. A noter que ce médecin n'a pas connaissance de l'accident survenu en

2007 à la même épaule et du fait que l'état n'était jamais revenu totalement à la normale après ce premier accident, ce qui n'implique pas forcément que l'assurée ait ressenti des douleurs. Les avis susmentionnés ont été transmis à l'expert qui a confirmé, s'agissant de celui du Dr D _____, que les constatations objectives ressortant des IRM étaient compatibles avec un PSH. Elle a omis de commenter l'avis de la Dresse B _____, mais il est inutile de l'interroger à nouveau, car il est hautement vraisemblable que le fait que le statu quo ante n'ait pas été retrouvé après l'accident de 2007, la conforte encore plus dans ses conclusions. Au surplus, le délai séparant l'expertise de l'accident n'est pas déterminant, s'agissant d'objectiver le caractère traumatique d'une atteinte et son lien avec un accident. Ainsi, au regard du peu de gravité de la chute, des constatations objectives ressortant de l'examen clinique et des IRM, la conclusion de l'expert qui retient que le statu quo sine était acquis trois semaines après la chute est convaincante. Cela indique que l'état de santé antérieur à l'accident du 31 mars 2010 devait objectivement être alors recouvré, ou en termes plus clairs, que cet accident n'était plus la cause sine qua non des conséquences sur l'état de santé de l'assurée trois semaines après la chute. Ainsi, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'au-delà de ce délai, l'atteinte n'était plus en lien de causalité naturelle avec l'accident et que l'assurance était fondée à mettre un terme à ses prestations, étant rappelé qu'elle a renoncé à réclamer le remboursement de celles versées jusqu'au 21 novembre 2010. Le recours, mal fondé, est rejeté et la procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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