

GE_GERICHTE A/2374/2014 vom 19. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2374_2014

FR: GE_GERICHTE A/2374/2014 du 19 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE A/2374/2014 del 19 gennaio 2015

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1, Luzern, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier intimée EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1951, de nationalité suisse, est enseignante depuis le 1 er septembre 1999 au Département de l'instruction publique du canton de Genève à 80%. Elle est assurée à ce titre contre le risque accident auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA).! [endif]>! [if> 2. Le 21 juillet 2003, elle a été victime d'une chute entraînant une contusion/entorse du pied droit.! [endif]>! [if> 3. Le 10 octobre 2003, l'assurée a été opérée en urgence par le docteur B_____, spécialiste FMH neurochirurgie, pour une hernie discale L4-L5 gauche.! [endif]>! [if> 4. Au cours de son hospitalisation, le 31 octobre 2003, l'assurée, alors qu'elle sortait de son fauteuil roulant, est tombée, une rampe de sécurité sur laquelle elle prenait appui ayant cédé. L'assurée a subi des douleurs cervicales, dorsales et aux côtes.! [endif]>! [if> 5. Le 17 mars 2004, l'assurée a fait une nouvelle chute à son domicile. Alors qu'elle fermait des volets, elle est tombée à la renverse de tout son long. Elle s'est plainte d'une insensibilité dans le bras droit jusqu'aux doigts, de manque de force, de céphalées et de douleurs cervicales.! [endif]>! [if> 6. Ces accidents ont été pris en charge par la SUVA.! [endif]>! [if> 7. L'assurée a repris le travail à 30 % dès le 23 août 2004, puis à 50 % dès le 1 er novembre 2004 et à 70 % dès le 8 mars 2005.! [endif]>! [if> 8. Le 18 mai 2008, la doctoresse C_____ a rendu un rapport d'expertise judiciaire dans le cadre du recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision de la SUVA d'interrompre les prestations au 31 juillet 2006 pour l'indemnité journalière et au 1 er novembre 2006 pour le traitement. Le 30 juin 2008, le TCAS (ATAS/780/2008) a confirmé la décision de la SUVA de suspendre les prestations et alloué à l'assurée une IPAI de 5%.! [endif]>! [if> 9. Le 1 er juin 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation (elle a chuté alors qu'elle conduisait un scooter).! [endif]>! [if> 10. Le 1 er juin 2010, un scanner du rachis cervical a exclu une fracture et un scanner de la colonne cervicale a exclu toute lésion osseuse traumatique.! [endif]>! [if> 11. Le cas a été pris en charge par la SUVA.! [endif]>! [if> 12. Un encéphalogramme du 22 juin 2010 a conclu à un tracé sans anomalies post traumatiques.! [endif]>! [if> 13. Le 24 juin 2010, l'assurée a rempli un formulaire de déclaration d'accident en indiquant des blessures à la tête, cervicales, omoplates, épaules, côtes, bassin, jambe et orteil droits, majeur gauche, main et poignet droits, commotion, plaies, distorsions et contusions.! [endif]>! [if> 14. Le 27 juillet 2010, l'hôpital de La Tour a attesté de contusions multiples et d'une incapacité de travail totale depuis le 1 er juin 2010.! [endif]>! [if> 15. Le 30 août 2010, une radiographie de la colonne dorsale et gril costal droit a conclu à l'absence de lésion traumatique décelable.! [endif]>! [if> 16. Le 5 octobre 2010, la doctoresse D_____, FMH

otho-rhino-laryngologie, a attesté d'hypoacousie probablement post traumatique et d'acouphènes post traumatiques très invalidants.![endif]>![if> 17. Le 1^{er} novembre 2010, la SUVA a transmis à l'assurée un formulaire AI à remplir.![endif]>![if> 18. Le 18 novembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 19. Le 2 décembre 2010, l'assurée a été victime d'un nouvel accident ; alors qu'elle ouvrait une armoire, elle a reçu une bougie de 1,5 kg sur son nez.![endif]>![if> 20. Une radiographie du nez du 2 décembre 2010 a conclu à l'absence de fracture et à une déviation du septum nasal vers la droite.![endif]>![if> 21. Le 21 décembre 2010, la doctresse E_____, FMH neurologie, a rempli un rapport médical AI, attestant d'une amélioration de l'état de santé depuis fin novembre et d'une reprise de travail prévue le 9 janvier 2011. L'assurée avait présenté un syndrome post TCC avec douleurs cervicales, céphalées, trouble de la concentration et du sommeil.![endif]>![if> 22. Le 22 décembre 2010, la Dresse E_____ a rempli un rapport médical SUVA, en indiquant une chute en scooter avec brève perte de connaissance, hématomes multiples, douleurs cervicales, céphalées, acouphènes et troubles mnésiques. Une reprise du travail était prévue le 9 janvier 2011.![endif]>![if> 23. Le rapport d'évaluation de l'OAI du 14 janvier 2011 constate un trouble de la mémoire et de la concentration de l'assurée, laquelle déclarait souffrir d'un manque de concentration, de fatigue, de faiblesse, de perte d'odorat, de goût, de maux de tête, de perte de mémoire et de douleurs dans le corps.![endif]>![if> 24. Le 14 janvier 2011, le Dr F_____ a attesté que selon les renseignements donnés par le médecin traitant, l'arrêt de travail de l'assurée était justifié.![endif]>![if> 25. Le 17 janvier 2011, l'assurée a indiqué à la SUVA qu'elle n'était pas apte à travailler.![endif]>![if> 26. Le 18 janvier 2011, la Dresse D_____ a informé la SUVA qu'une reprise du travail n'était pas possible et que l'arrêt de travail devait être vu avec le docteur JANIC, médecin associé en santé-travail.![endif]>![if> 27. Le 2 février 2011, l'assurée a déclaré l'accident du 2 décembre 2010 en indiquant qu'une bougie de 1,5 kg lui était tombée dessus alors qu'elle cherchait un sous-verre dans une armoire, ce qui avait provoqué une fêlure du nez.![endif]>![if> 28. Le 10 février 2011, un inspecteur de la SUVA a téléphoné à la Dresse E_____, laquelle a indiqué qu'elle avait fixé une reprise le 9 janvier 2011, puis prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 24 janvier 2011.![endif]>![if> 29. Les 10 janvier, 7 février et 7 mars 2011, le docteur G_____, médecine générale et médecine tropicale, a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2010, pour une durée indéterminée.![endif]>![if> 30. Une IRM cérébrale du 10 février 2011 a conclu à une déviation assez marquée de la cloison nasale vers la droite, sans autres anomalies.![endif]>![if> 31. Le 21 février 2011, la Dresse E_____ a attesté d'un diagnostic de syndrome post TCC, distorsion cervicale, déviation cloison nasale et d'une incapacité de travail totale de l'assurée.![endif]>![if> 32. Le docteur H_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu le 10 mars 2011 un rapport d'examen.![endif]>![if> L'assurée se plaignait de mal entendre, d'acouphènes, de troubles au niveau de la narine droite suite à la chute de la bougie sur son nez le 2 décembre 2010, de grande fatigue, de douleurs dans le dos et de maux de tête. Elle se sentait mieux au niveau de la mobilité. L'examen clinique était rassurant ; les conséquences du traumatisme étaient éteintes ; il convenait encore d'investiguer les plaintes ORL (la déviation de la cloison nasale était confirmée). 33. L'OAI a mis un terme le 28 mars 2011 au mandat d'intervention précoce.![endif]>![if> 34. Le 29 mars 2011, le docteur I_____, FMH oto-rhino-laryngologie, a rendu une appréciation médicale, selon laquelle la déviation de la cloison nasale et l'hypertrophie des cornets (selon radios du 2 décembre 2010 et IRM du 10

février 2011) n'étaient pas une conséquence de l'accident du 1 er juin 2010 ; il en était de même du trouble de l'odorat ; il était peu probable que les troubles auditifs soient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1 er juin 2010.![endif]>![if> 35. Le 1 er avril 2011, la Dresse D_____ a attesté d'acouphène post traumatique très invalidante et gêne auditive subjectivement aggravée par le traumatisme de juin 2010.![endif]>![if> 36. Le 11 avril 2011, le Dr F_____ a estimé que la prolongation de l'arrêt de travail de l'assurée par le médecin traitant était justifiée et indiqué qu'il ne pouvait lui-même prolonger un arrêt de travail.![endif]>![if> 37. Le 14 avril 2011, l'assurée a requis un appareil auditif auprès de l'OAI.![endif]>![if> 38. Le 18 avril 2011, le Dr H_____ a estimé que l'appréciation du Dr I_____ faisait foi et que le Dr F_____ n'avait pas de compétence pour prolonger un arrêt de travail.![endif]>![if> 39. Par décision du 21 avril 2011, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 30 avril 2011. Les problèmes de la déviation nasale et auditifs n'incombaient pas à l'assurance-accidents.![endif]>![if> 40. Par communication du 4 mai 2011, l'OAI a relevé que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.![endif]>![if> 41. Le 20 mai 2011, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 21 avril 2011 en relevant qu'elle souffrait toujours de maux de dos, d'épaules, de tête, d'un déficit de concentration, de problèmes de perception et de compréhension auditive, olfactive, gustative, d'étourdissements, de fatigabilité, de stress post traumatique et d'acouphènes. Ses problèmes de nez (fracture) étaient dus à un autre accident de décembre 2010 et elle requérait également la prise en charge de cet accident.![endif]>![if> 42. Par communication du 29 août 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré deux appareils acoustiques.![endif]>![if> 43. Par décision du 12 septembre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 21 avril 2011. L'assurée n'avait pas subi de blessure à la tête, ni perdu connaissance. Un TCC n'avait pas été évoqué. Il n'y avait pas à l'EEG et à l'IRM du cerveau de lésion post traumatique, de sorte qu'il n'y avait pas de causalité entre les troubles et l'accident.![endif]>![if> 44. Le 5 octobre 2011, le Dr I_____, FMH oto-rhino-laryngologie, médecin SUVA, a rendu une appréciation médicale estimant qu'aucune fracture du nez n'était attestée au dossier et qu'il était peu vraisemblable que la déviation de la cloison du nez constituait une suite de l'accident du 2 décembre 2010.![endif]>![if> 45. Le 12 octobre 2011, le contre hospitalier de la région d'Annecy a attesté d'une hospitalisation de l'assurée du 10 au 12 octobre 2011 pour une ostéosynthèse de la malléole droite suite à la fracture.![endif]>![if> 46. Par décision du 31 octobre 2011, la SUVA a refusé d'allouer des prestations à la suite de l'accident du 2 décembre 2010.![endif]>![if> 47. Le 30 novembre 2011, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 31 octobre 2011 en requérant une expertise, l'accident du nez ayant entraîné la déviation de la paroi nasale.![endif]>![if> 48. Le 7 décembre 2011, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation ; elle a, selon un rapport de la gendarmerie du 29 avril 2012, été renversée par un véhicule alors qu'elle traversait la chaussée et subi des douleurs au dos et des maux de têtes. ![endif]>![if> 49. Le 7 décembre 2011, le service des urgences des HUG a attesté d'une consultation de l'assurée du même jour suite à l'accident de la circulation, et d'un arrêt de travail du 7 au 11 décembre 2011 ; l'assurée se plaignait de douleurs dans toute la colonne cervicale et dorsale, au bassin, au membre supérieur droit et aux membres inférieurs. ![endif]>![if> 50. Le 13 décembre 2011, le Dr G_____, a certifié une incapacité de travail totale dès le 7 décembre 2011, en raison d'un accident.![endif]>![if> 51. Par décision du 14 décembre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 31 octobre

2011 en se fondant sur l'avis du Dr I_____ du 5 octobre 2011.![endif]>![if> 52. Un CT cérébral, cervico-dorso-lombaire et cervico-thoraco-abdomino-pelviennne du 16 décembre 2011 a conclu à un micronodule de 4 mm de diamètre du lobe inférieur du poumon droit, d'aspect aspécifique ; les données tomодensitométriques cervico-thoraco-abdomino-pelviennes non injectées étaient par ailleurs sans anomalie objectivable.![endif]>![if> 53. Le rapport de la gendarmerie du 19 décembre 2011 indique que l'assurée est légèrement blessée (douleurs au dos, maux de tête).![endif]>![if> 54. Le 20 décembre 2011, la Dresse E_____ a écrit à l'OAI qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis la mi-décembre 2010.![endif]>![if> 55. Le 21 décembre 2011, l'assurée a déclaré l'accident du 7 décembre 2011 à l'office du personnel de l'Etat en mentionnant qu'elle avait été atteinte sur l'ensemble du corps, à la colonne, tête, bassin, épaule, bras droit et membres inférieurs.![endif]>![if> 56. Le Dr G_____ a certifié, les 18 janvier, 13 février, 13 mars, 12 avril, 15 mai, 19 juin et 16 juillet, 18 septembre, 9 octobre, 6 novembre et 4 décembre 2012, une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée depuis le 7 décembre 2011.![endif]>![if> 57. Le 12 janvier 2012, l'assurée a déclaré l'accident du 7 décembre 2011 à la SUVA.![endif]>![if> 58. Le 16 février 2012, le Dr G_____ a attesté d'une incapacité de travail totale pour maladie depuis mai 2011 et une incapacité de travail totale à la suite de l'accident du 7 décembre 2011.![endif]>![if> 59. Le 22 février 2012, le Dr G_____ a attesté de cervicalgies importantes, céphalées quotidiennes, hématome, multiples contusions.![endif]>![if> 60. Le 22 février 2012, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de stress post traumatique, cervicalgies avec irradiations et acouphènes avec perte auditive depuis le 1 er juin 2010. L'incapacité de travail était totale depuis le 1 er juin 2010.![endif]>![if> 61. Le 15 mars 2012, lors d'un rapport d'entretien de la SUVA, l'assurée a indiqué que depuis l'accident du 7 décembre 2011, elle avait des maux de tête, céphalées, vertiges, malaises, douleurs dans tout le corps, faiblesse des mains, des jambes, troubles du sommeil ; elle sortait le moins possible de chez elle.![endif]>![if> 62. Le 19 mars 2012, la SUVA a informé l'assurée que, puisqu'elle présentait déjà une incapacité de travail de 100% pour maladie, aucune indemnité journalière ne lui serait versée.![endif]>![if> 63. Le 26 avril 2012, l'assurée s'est entretenue avec un représentant de la SUVA et indiqué que son état de santé allait mal. Elle avait notamment des douleurs dans tous les membres, ne pouvait lever les bras au-dessus de l'horizontal, ainsi que des problèmes de concentration.![endif]>![if> 64. Le 9 août 2012, un inspecteur de la SUVA s'est entretenu avec l'assurée qui a annoncé une persistance des douleurs sur le haut du corps et les membres supérieurs et des faiblesses dans les membres inférieurs et le bassin, ainsi que des problèmes de concentration.![endif]>![if> 65. Le 2 octobre 2012, le SMR a estimé qu'une expertise rhumatologique-ORL et psychiatrique était nécessaire.![endif]>![if> 66. Le 8 novembre 2012, le service des urgences des HUG a attesté d'une prise en charge de l'assurée pour traumatisme crânien et plaie ouverte du cuir chevelu; l'assurée avait refusé un scanner cérébral et quitté l'hôpital contre avis médical.![endif]>![if> 67. Le 9 novembre 2012, l'assurée a informé par téléphone la SUVA qu'elle avait chuté la veille suite à un malaise.![endif]>![if> 68. Le même jour, elle a rempli une déclaration d'accident pour l'office du personnel de l'Etat en indiquant qu'en levant le bras droit (abîmé avec l'épaule et la ceinture scapulaire, lors de l'accident du 7 novembre 2011) pour attraper un livre, une douleur fulgurante l'avait envahie des doigts jusqu'au dos; elle avait perdu connaissance et chuté sur une charnière de porte.![endif]>![if> 69. Le 21 décembre 2012, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA.![endif]>![if> 70. Le 6 février 2013, le docteur J_____ ,

psychiatre conseil à la SUVA, a estimé que les troubles psychiques de l'assurée, mentionnés par le Dr G_____ (anxiété importante en voiture, en ville) étaient une symptomatologie phobique pure qui n'était pas suffisante pour pouvoir poser et retenir un diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais qu'il existait un lien de causalité entre cette symptomatologie et l'accident. ![endif]>![if> 71. Le 20 mars 2013, le docteur K_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin conseil de la SUVA, a estimé qu'une pathologie cervicale avait pu être déstabilisée temporairement par l'évènement, mais que les effets délétères organiques du sinistre étaient complètement éteints.![endif]>![if> 72. Le 27 septembre 2013, le CEMed a rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise, fondé notamment sur trois consultations des 5, 12 et 18 juin 2013. Le rapport est signé par les docteurs L_____, médecine interne FMH, J_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, M_____, rhumatologue FMH et N_____, ORL FMH. ![endif]>![if> L'assurée avait été victime d'accidents les 1^{er} juin 2010, 2 décembre 2010,

E. 7

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 8

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 9

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique

que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b) .

E. 10

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement

fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 11

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 12

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de

l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 13

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 14

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de

traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

E. 15

En l'espèce, la recourante fait valoir qu'elle a subi une atteinte à l'épaule droite lors de l'accident du 7 décembre 2011 et que celle-ci perdure, qu'elle avait d'ailleurs chuté le 8 novembre 2012 en raison d'une douleur fulgurante survenue à l'épaule droite, qu'à cet égard le rapport du Dr K_____, qui ne l'a pas examinée, n'est pas probant, que les atteintes psychologiques doivent également être investiguées afin de déterminer si elles sont en relation de causalité avec les accidents de 2011 et 2012; elle requiert en conséquence une expertise indépendante.

E. 16

S'agissant tout d'abord de l'aspect psychiatrique, la chambre de céans constate que le dossier médical de la recourante ne contient aucune preuve ou indice que des atteintes psychiatriques, notamment neuropsychologiques, perdureraient au-delà du 31 mars 2014, date à laquelle l'intimée a mis un terme à ses prestations. Le Dr G_____ a posé, le 22 février 2012, un diagnostic de stress post-traumatique; or, ce diagnostic n'a pas été retrouvé lors des expertises subséquentes, d'une part, dans celle du Dr J_____ du 6 février 2013 et, d'autre part, dans celle du CEMed du 27 septembre 2013, laquelle a exclu un trouble psychique ou cognitif déterminant; en outre, la recourante n'a pas fait valoir une atteinte sous forme d'un stress post traumatique au-delà du 31 mars 2014. Par ailleurs, le Dr G_____ a attesté le 14 mai 2014 que les troubles qui subsistaient étaient une fatigue après deux heures de concentration et des difficultés d'attention. Toutefois, le rapport neuropsychologique du 24 mars 2014 fourni par la recourante elle-même ne conclut, à la date de l'examen, soit le 20 mars 2014, qu'à des difficultés cognitives très légères. Dans ces conditions, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, ni de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction médicale complémentaire, aucune atteinte psychiatrique ou neuropsychologique déterminante ne ressortant du dossier au-delà du 31 mars 2014, ce d'autant que la question de la causalité adéquate entre de tels troubles et l'accident devrait encore être donnée pour qu'un droit à des prestations LAA soit reconnu, question qui peut cependant rester ouverte.

E. 17

S'agissant de l'aspect somatique, la chambre de céans constate en revanche que l'atteinte à l'épaule droite n'a pas été suffisamment investiguée par l'intimée. Il ressort en effet des pièces du dossier que la recourante a, à plusieurs reprises, signalé une atteinte à l'épaule droite, en relation avec son accident du 7 décembre 2011. Elle a ainsi indiqué qu'elle présentait des douleurs dans toute la colonne cervicale, dorsale et notamment au membre supérieur droit (attestation du 7 décembre 2011 du service des urgences des HUG), qu'elle avait été atteinte à l'épaule (déclaration d'accident du 21 décembre 2011), qu'elle ne

pouvait lever le bras au-dessus de l'horizontale (entretien du 26 avril 2012 avec la SUVA), qu'elle avait des douleurs aux membres supérieurs (entretien du 9 août 2012 avec la SUVA), que l'accident du 8 novembre 2012 était survenu en raison d'une douleur fulgurante à l'épaule droite (déclaration d'accident du 9 novembre 2012), qu'elle présentait des douleurs dans le membre supérieur droit avec limitation de la force de préhension (rapport du CEMed du 27 septembre 2013) et des douleurs aux épaules, avec limitation de mouvements (entretien avec la SUVA du 17 octobre 2013). S'agissant de l'appréciation des médecins-traitants de la recourante, ils ont également mentionné une lésion à l'épaule droite; il est ainsi à relever que M. X_____ a attesté de douleurs aux membres supérieurs (avis du 10 juillet 2012), que le Dr G_____ a mentionné des épaules algiques, surtout à droite (avis du 8 novembre 2012), et un trouble de l'épaule avec tendinopathie de l'épaule droite (avis du 14 mai 2014), que le Dr Q_____ a relevé la présence d'une tendinopathie post-traumatique de l'épaule droite (avis du 13 mars 2014), que le Dr R_____ a posé un diagnostic d'arthropathie accromio-claviculaire avec une petite atteinte de la coiffe du rotateur supérieur (avis du 15 mai 2014) en indiquant que le suivi de l'épaule droite était dû à l'accident de 2011 (avis du 1^{er} juillet 2014), que le Dr D_____ a attesté de douleurs à l'épaule droite dues aux accidents des 1^{er} juin 2010 et 7 décembre 2011 (avis du 28 avril 2014) et que le Dr W_____ a mentionné que les lésions de l'épaule étaient de façon évidente en lien avec l'accident de 2011 (avis du 15 août 2014). Il apparaît ainsi que la recourante s'est régulièrement plainte de douleurs et de limitations de l'épaule droite à la suite des accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012 et que les médecins ayant assuré son suivi ont également constaté des lésions à l'épaule droite, dont certains ont spécifié qu'elles étaient très clairement en relation avec l'accident du 7 décembre 2011. Le 26 février 2014, le Dr K_____ a rendu une appréciation médicale sommaire, suite à l'accident du 8 novembre 2012, dans laquelle il relève un canal étroit dégénératif et estime que les conséquences de l'accident sont éteintes après un délai de trois semaines. Le 20 mars 2014, il a rendu une autre appréciation médicale sur laquelle se fonde l'intimée pour motiver sa décision de cesser toute prestation au 31 mars 2014, laquelle est très succincte et se borne, sans examen de la recourante, à conclure qu'il n'y a pas de lésion organique sur le plan osseux et articulaire pouvant être imputée à l'événement déclaré. Or, postérieurement aux appréciations du Dr K_____, les Drs Q_____ (avis du 13 mars 2014), R_____ (avis des 26 mars, 15 mai, 27 juin et 1^{er} juillet 2014) et G_____ (avis du 14 mai 2014) ont clairement attesté d'une atteinte à l'épaule droite en lien avec l'accident du 7 décembre 2011. Le Dr R_____ a précisément posé le diagnostic d'une arthropathie accromio-claviculaire floride avec une petite atteinte de la coiffe des rotateurs supérieurs, mise en évidence par une arthro-IRM du 27 mars 2014. En particulier, le Dr Q_____ a écarté un diagnostic de fibromylogie retenu par les experts du CEMed en mentionnant une tendinopathie post-traumatique de l'épaule droite et une tendino-bursite trochantérienne droite. L'intimée n'a pas pris la peine de se prononcer sur ces nouveaux avis médicaux dont certains proviennent de spécialistes en maladie rhumatismale (Dr Q_____) et en traumatologie de l'appareil moteur, en particulier de la chirurgie de l'épaule (Dr R_____). Au vu de ce qui précède et tenant compte du fait que la situation médicale somatique n'a pas été investiguée par l'intimée, il convient de lui renvoyer la cause, afin qu'elle mette en œuvre une expertise auprès d'un médecin indépendant, si possible spécialiste de l'épaule, afin de déterminer si la recourante présente encore, comme l'attestent ses médecins-traitants, une atteinte de l'épaule droite et si celle-ci est due aux accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012, puis qu'elle rende une nouvelle décision sur le droit aux prestations de la

recourante au-delà du 31 mars 2014, en particulier sur le droit au remboursement de frais médicaux et celui à une IPAI. Enfin, par arrêt du même jour (A/612/2014), la chambre de céans a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 30 septembre 2013, jugement qui n'a pas d'incidence sur la présente procédure, dès lors qu'il porte sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante antérieurement au 31 mars 2014.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme :

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