

GE_GERICHTE A/2634/2017 vom 22. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2634_2017

FR: GE_GERICHTE A/2634/2017 du 22 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/2634/2017 del 22 gennaio 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Katarzyna KEDZIA RENQUIN recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1954, est collaboratrice à 50% au service immobilier de la direction des douanes d'arrondissement (ci-après l'employeur) et assurée à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après : LAA).! [endif]>! [if> 2. Le 15 septembre 2013, l'assurée a chuté lourdement sur l'épaule et le genou droits ; elle a été suivie par la doctoresse B_____ du Centre médical du Petit-Lancy. Le cas a été déclaré à la SUVA.! [endif]>! [if> 3. Le 22 février 2014, l'assurée, alors qu'elle skiait, a été victime d'une collision avec un autre skieur.! [endif]>! [if> 4. Le 27 février 2014, l'employeur a transmis la déclaration d'accident à la SUVA en mentionnant : « Je surfais tranquillement quand soudain, C_____, qui skiait hors-piste avec son père a imprévisiblement décidé de revenir sur la piste. C'est à ce moment que je suis arrivée à sa hauteur et il m'a violemment fauchée. Ne l'ayant pas vu venir, je n'ai pas pu l'éviter. Il m'a tapé le front avec son coude et je suis brutalement tombée sur le dos. Trente minutes plus tard, j'avais le bas du dos bloqué. ».! [endif]>! [if> 5. L'assurée a été en incapacité de travail du 22 au 26 février 2014 attestée par le docteur D_____ de la Clinique et permanence d'Onex.! [endif]>! [if> 6. Des radiographies de la colonne lombaire du Centre d'imagerie d'Onex (CIO) du 22 février 2014 ont conclu à « l'absence de tassement vertébral récent. Scoliose lombaire sinistro-convexe avec discopathies dégénératives et arthrose postérieure évoluées de L3 à S1 responsable d'un antélisthésis grade I de L4 sur L5 paraissant. Coprostase colique. Après comparaison au dossier du 5 février 2013, pas de modification péjorative notable ».! [endif]>! [if> 7. Le 9 mars 2014, l'assurée a rempli un questionnaire de la SUVA en indiquant qu'elle avait été lésée au bassin et au front et que le traitement médical était pour le moment terminé.! [endif]>! [if> 8. Le 27 mars 2014, Monsieur E_____, éthiopathe-acupuncteur, a rempli un certificat médical LAA attestant de premiers soins donnés à l'assurée le 27 février 2014 à la suite d'un choc latéral gauche et une lombalgie aiguë, inflammation sacro-iliaque gauche et contracture lombaire ; il s'agissait d'un diagnostic de lombalgie traumatique avec inflammation du muscle lombaire (aigu).! [endif]>! [if> 9. Le 17 avril 2014, la SUVA a pris le cas en charge.! [endif]>! [if> 10. Le 2 mai 2014, le Dr D_____ a rempli un certificat médical LAA attestant d'une chute de l'assurée en snowboard, avec réception dorso lombaire, après contact avec un skieur l'ayant percutée ; il a posé le diagnostic de lombalgies aiguës non déficitaires post-traumatiques et constaté des myalgies paravertébrales lombaires, sans irradiation ; attitude antalgique du rachis lombaire ; pas de déficit sensitivomoteur ni sphinctérien ; pas

de fracture/tassements.![endif]>![if> Il existait une hernie discale L4-L5 pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. 11. Une IRM de la colonne lombaire du 21 mai 2014 a conclu à un canal lombaire étroit multifactoriel de grade C L3-L4 et modéré de grade B L5-S1 ; sténoses foraminales gauches L5-S1 avec perte des plans de clivage graisseux périradiculaires.![endif]>![if> 12. Le 2 juin 2014, le docteur F_____, chirurgien de la colonne vertébrale FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a prescrit neuf séances de physiothérapie (hanche gauche).![endif]>![if> 13. Le 7 août 2014, l'employeur a déclaré une rechute à la SUVA, l'assurée ayant dû consulter la Dresse B_____ en raison de fortes douleurs.![endif]>![if> 14. Le 13 août 2014, l'employeur a transmis à la SUVA une facture de la Tour réseau de soins SA pour une consultation de l'assurée le 2 juin 2014.![endif]>![if> 15. Le 24 novembre 2014, la Dresse B_____ a rempli un certificat médical LAA attestant d'une rechute le 25 mai 2014 en raison de douleurs de périhanche gauche, continues et nouvelle consultation au GMO le 20 mai (?). Le diagnostic était celui de blocage lombaire et périarthrite de hanche gauche post traumatique. Elle avait vu l'assurée à sa consultation le 26 mai et le 30 juin mais n'était plus au courant de sa situation ensuite.![endif]>![if> 16. Le 1^{er} décembre 2014, le docteur G_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que la rechute du 1^{er} juillet était en relation au mieux possible avec l'accident du 22 février 2014 et qu'il existait un état antérieur de canal lombaire étroit.![endif]>![if> 17. Le 1^{er} décembre 2014, l'assurée a écrit à la SUVA en réclamant le remboursement de deux factures de la Dresse B_____ pour des consultations des 26 mai et 30 juin 2014. Elle avait été traitée de février à juin 2014 par des antidouleurs, antiinflammatoires et de la physiothérapie, sans amélioration. En juin 2014, elle avait chuté sur la chaussée et la douleur à sa hanche gauche était devenue insupportable ; elle avait consulté le Dr F_____ de l'hôpital de la Tour puis le docteur H_____ des HUG et reçu deux infiltrations dans le cadre d'une étude pour les personnes souffrant de périarthrite.![endif]>![if> 18. Le 2 décembre 2014, la SUVA a écrit à l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge la rechute, faute de lien de causalité vraisemblable entre celle-ci et l'accident.![endif]>![if> 19. Le 31 août 2016, l'employeur a déclaré une rechute du 1^{er} juillet 2014 à la SUVA en mentionnant des problèmes neurologiques.![endif]>![if> 20. Le 2 septembre 2016, la doctoresse I_____, FMH médecine générale, a prescrit des séances de physiothérapie (rééducation périnéale) en raison d'épisodes d'incontinence urinaire et fécale.![endif]>![if> 21. Des radiographies de l'humérus droit et avant-bras du 14 septembre 2016 du CIO ont conclu à de discrets troubles dégénératifs avec calcification para-articulaire de l'articulation acromio-claviculaire. Pas d'élément suspect de lésion aiguë à ce jour.![endif]>![if> 22. Le 30 septembre 2016, le docteur J_____, FMH médecine interne et rhumatologie, a prescrit des séances de physiothérapie en raison d'un conflit sous acromial droit et d'une épicondylite au coude droit.![endif]>![if> 23. La Dresse I_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 10 au 21 octobre 2016, pour accident.![endif]>![if> 24. Le 2 décembre 2016, le docteur K_____, chiropraticien, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 5 décembre 2016 pour accident.![endif]>![if> 25. Une IRM de l'épaule droite du 7 décembre 2016 a conclu à une tendinopathie globale du supra-épineux, associée à une enthésopathie sous-acromiale pouvant s'intégrer dans le cadre d'un conflit sous-acromial ; arthrose acromio-claviculaire.![endif]>![if> 26. Le 9 décembre 2016, le Dr K_____ a attesté d'une reprise de travail de l'assurée le 15 décembre 2016.![endif]>![if> 27. Une note téléphonique du 13 janvier 2017 mentionne que l'assurée disait avoir encore beaucoup de peine à lever son bras droit et qu'elle était

suivie par le docteur L_____, FMH chirurgie orthopédique.![endif]>![if> 28. Le 13 janvier 2017, le Dr K_____ a rempli un rapport médical LAA attestant d'une rechute le 31 août 2016, de douleurs cervicales depuis 2014 suite au choc avec un skieur, d'un diagnostic de syndrome vertébral cervical post-traumatique ; il suivait l'assurée depuis le 7 octobre 2016 et le traitement était terminé le 9 décembre 2016 ; l'évolution était excellente pour la région cervicale mais l'assurée était suivie par le Dr J_____ pour les douleurs à l'épaule droite.![endif]>![if> 29. Le 17 janvier 2017, le Dr G_____ a indiqué que la relation de causalité était pour le moins probable entre les troubles ayant révélé une incapacité de travail totale dès le 24 novembre 2016 et qu'il fallait demander des renseignements au Dr J_____.![endif]>![if> 30. Le 31 janvier 2017, le docteur M_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté, suite à la consultation de l'assurée pour des douleurs à l'épaule droite post-traumatique, que l'évolution, avec moult traitements de physiothérapie et d'infiltration de l'espace sous-acromial, était restée sans progrès significatif, bien que les infiltrations avaient pu temporairement améliorer la situation. Actuellement, l'assurée se plaignait de douleurs dans les mouvements d'élévation et d'abduction, parfois des douleurs nocturnes. Un bilan par arthro-IRM montrait un remaniement de l'insertion de la coiffe, sans rupture et une bursite sous-acromiale qui entraînait visiblement dans le cadre d'une lésion de la coiffe post-traumatique, puisque l'assurée ne présentait pas, avant l'accident de 2014, de problème avec son épaule droite. L'évolution étant défavorable avec le traitement conservateur ; il lui avait proposé une révision arthroscopique avec acromioplastie de décompression et bursectomie, qui pourrait être réalisée prochainement à la Clinique de la Colline.![endif]>![if> 31. Le 9 février 2017, le Dr G_____ a émis des réserves pour l'opération, avec nécessité d'éclaircir le cas concernant les troubles de l'épaule et indiqué que la rééducation périnéale n'était pas à la charge de la SUVA.![endif]>![if> 32. Le 13 février 2017, le Dr J_____ a rempli un rapport médical intermédiaire attestant d'un diagnostic de conflit sous acromial de l'épaule droite et de douleurs à l'épaule droite survenus après un accident de ski en février 2014, devenues chroniques, diurnes et nocturnes et exacerbées par les sollicitations mécaniques ; l'assurée avait effectué une infiltration le 15 décembre 2016.![endif]>![if> 33. Le 23 février 2017, le Dr N_____ a rempli un rapport médical LAA pour rechute attestant de douleurs à l'épaule droite apparues ultérieurement à l'accident de 2014. Il existait un diagnostic de conflit sous acromial et douleurs acromio-claviculaires ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux et une arthrose AC. Les constatations ne concordaient pas avec l'événement invoqué par l'assurée ; il s'agissait d'une cause dégénérative.![endif]>![if> 34. Le 24 février 2017, la SUVA a informé l'assurée qu'elle suspendait ses prestations.![endif]>![if> 35. Le 2 mars 2017, la SUVA s'est entretenue avec l'assurée ; elle a déclaré que lors de l'accident de février 2014, elle avait été heurtée au niveau du côté gauche, puis avait chuté sur son côté droit entraînant des douleurs aux cervicales, au dos, des maux de tête, des céphalées, des nausées ; elle avait repris le travail tout en souffrant de fortes douleurs de toute la colonne vertébrale ; elle avait aussi des douleurs à l'épaule droite et elle devait se faire opérer par le Dr M_____.![endif]>![if> 36. Le 8 mars 2017, le Dr G_____ a rendu un rapport suite à une appréciation médicale du 6 mars 2017. Suite à l'accident du 22 février 2014, deux problèmes étaient survenus, un traumatisme au niveau du rachis lombaire et un problème à l'épaule droite. L'état antérieur avait été déstabilisé de façon temporaire par l'accident et un statu quo sine était fixé au plus tard le 22 août 2014. L'IRM de l'épaule droite réalisée près de trois ans après l'accident avait mis en évidence des signes dégénératifs, soit un état préexistant de façon probable au moment de l'événement, de sorte que l'accident l'avait

déstabilisé mais avait cessé ses effets au mieux six mois plus tard, soit le 22 août 2014 ; enfin, les problèmes d'incontinence urinaire et fécale n'étaient pas en lien avec l'accident et les cervicalgies avaient évolué favorablement avec des séances de chiropractie.![endif]>![if> 37. Par décision du 10 mars 2017, la SUVA a cessé toute prise en charge au 22 août 2014 concernant les troubles de l'épaule droite et lombaires et au 19 mars 2017 concernant les troubles cervicaux.![endif]>![if> 38. Le 5 avril 2017, le Dr M_____ a opéré l'assurée à la clinique de la Colline en pratiquant une arthroscopie, bursoscopie, acromioplastie, section du centimètre distal de la clavicule droite.![endif]>![if> 39. Le 22 avril 2017, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 10 mars 2017, en faisant valoir que les douleurs présentes depuis plus de trois ans étaient liées à un déplacement de la clavicule, lui-même dû à l'accident.![endif]>![if> 40. Par décision du 9 mai 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en se référant à l'appréciation médicale du 6 mars 2017 du Dr G_____ et à un avis de celui-ci du 1 er mai 2017 selon lequel le rapport opératoire montrait des signes de pathologie dégénérative.![endif]>![if> 41. Le 14 juin 2017, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances de la Cour de Justice à l'encontre de la décision sur opposition du 9 mai 2017 en concluant à son annulation, à ce qu'il soit dit que ses problèmes à l'épaule droite, lombaires et cervicaux étaient en lien avec l'accident du 22 février 2014 et à la condamnation de la SUVA à la prise en charge de l'ensemble des frais médicaux découlant de l'accident.![endif]>![if> S'agissant de l'accident, le choc avait été si violent qu'elle avait été transportée en motoneige jusqu'à la station ; elle avait immédiatement ressenti des douleurs au dos, au front et au bras ; elle était rentrée directement à Genève pour être prise en charge par le Groupe Médical d'Onex. Elle a continué de souffrir de multiples douleurs au bassin, aux lombaires, au cervicales et à l'épaule droite. Selon le Dr M_____, le problème était dû à un centimètre distant de la clavicule et non pas à un problème d'usure de la coiffe de l'épaule, un déplacement de la clavicule étant à l'origine de ses problèmes d'épaule ; l'origine des douleurs était donc bien due à une chute ; c'était à tort que le Dr G_____ estimait que le rapport opératoire du 6 avril 2017 montrait des signes de pathologie dégénérative. Les troubles lombaires et cervicaux entraînaient de fortes douleurs. 42. Le 27 juillet 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif que l'appréciation du Dr G_____ du 6 mars 2017 était probante ; il n'existait pas d'avis du Dr M_____ selon lequel l'accident avait occasionné un déplacement de la clavicule et l'assurée était invitée à produire le rapport médical de la Dresse B_____ du 16 avril 2017.![endif]>![if> 43. Le 2 octobre 2017, l'assurée a répliqué ; elle a communiqué un rapport du Dr M_____ du 29 août 2017 selon lequel l'assurée lui avait parlé d'un accident de ski du 22 février 2014 et ne relatait aucune plainte antérieure à cette date, de sorte qu'il était probable que l'accident soit à l'origine des plaintes ; lors de l'intervention, il n'avait pas mis en évidence de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, quelques lésions compatibles avec une atteinte dégénérative existaient cependant, pour lesquelles il ne pouvait pas attribuer une cause traumatique ; il y avait également une atteinte dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire, sans déplacement de la clavicule, mais qui pouvait attester d'un traumatisme survenu près de trois ans auparavant, avec une instabilité qui progressivement avait abouti à une atteinte dégénérative. C'était vraisemblablement cette situation qui avait provoqué la persistance d'une symptomatologie douloureuse chez l'assurée ; le fait d'avoir pratiqué la résection de la clavicule, montrait actuellement une amélioration de cette symptomatologie douloureuse ; par contre, pendant l'intervention, il avait constaté la présence d'un acromion

très protubérant qu'il avait également réséqué au cours de l'intervention ; cela n'avait certainement aucun lien avec le traumatisme mais pouvait toutefois jouer un rôle dans la pathologie de type conflit que présentait l'assurée avant l'intervention.![endif]>![if> L'assurée a relevé qu'aucune hernie discale préexistante n'avait été attestée par les Drs B_____, K_____ ou J_____ ; selon le Dr M_____ l'atteinte de l'articulation acromio-claviculaire pouvait attester d'un traumatisme survenu près de trois ans auparavant ; elle a persisté dans ses conclusions. 44. A la demande de la chambre de céans, la SUVA a produit le 14 novembre 2017 la copie de l'avis du Dr G_____ du 1^{er} mai 2017, selon lequel le rapport opératoire montrait des signes de pathologie dégénérative de l'épaule de sorte qu'il confirmait sa position antérieure. Par ailleurs il n'y avait pas de rapport de la Dre B_____ reçu le 16 avril 2014 comme mentionné par le Dr G_____![endif]>![if> 45. Le 20 novembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.![endif]>![if> La recourante a déclaré : « Alors que je skiais seule, un jeune skieur est entré en collision avec moi. Je ne l'ai pas vu arriver, il m'a écrasée et je suis partie en arrière, je suis tombée sur l'épaule droite, j'ai tapé fort la tête contre le sol. J'ai subi une petite commotion, j'étais perturbée et je sais que j'ai surfé jusqu'en bas, suivie par le jeune skieur et son père qui m'ont accompagnés, puis nous avons repris le télésiège. Arrivés en haut je ne pouvais plus bouger et j'ai été transportée jusqu'à Samoëns en moto neige. J'avais le dos complètement bloqué, le sentiment d'avoir mal partout. Je suis ensuite rentrée en voiture à Genève et j'ai été prise en charge au Groupe Médical d'Onex (CIO). Il n'y avait pas de fracture mais je me suis rapidement rendue compte que je ne pouvais plus utiliser le bras droit. J'ai attendu que ça passe. J'ai été mal conseillée à cet égard car les personnes que je consultais me disaient que c'était soit une épicondylite, une capsulite ou une tendinite, alors que les douleurs perduraient. C'est seulement le Dr K_____, ostéopathe, qui m'a parlé d'omalgies post-traumatique et m'a conseillé d'aller voir un chirurgien. C'est le Dr M_____ qui m'a finalement opérée le 5 avril 2017. Je vais beaucoup mieux depuis, même si je fais encore de la physiothérapie. J'ai également suivi un traitement aux HUG en 2015 – 2016 consistant en de nombreuses infiltrations qui n'ont eu qu'un effet bénéfique temporaire. On m'a proposé un traitement à l'hôpital en tant que « cobaye » que j'ai accepté en espérant aller mieux, il n'y a toutefois pas de rapport établi à ce sujet. » L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous réclamons la prise en charge de l'intervention chirurgicale dès lors qu'il s'agit de l'affection à l'épaule qui est en lien direct avec l'accident. S'agissant des cervicalgies elles ont bien évolué et le problème au dos est maintenant traité en tant que maladie car il s'agit d'une spondylarthrite ankylosante. Nous souhaitons que le lien de causalité entre les troubles de l'épaule ayant justifié l'intervention de 2017 et l'accident soit reconnu. » Le représentant de l'intimée a déclaré : « Nous avons considéré que l'état dégénératif antérieur de l'épaule avait été déstabilisé par l'accident jusqu'en août 2014. Toutefois le dernier rapport du Dr M_____ a été transmis à notre médecin conseil qui doit se prononcer prochainement sur son contenu. ». 46. Le 23 novembre 2017, la docteure O_____, FMH chirurgie générale et traumatologie, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation médicale.![endif]>![if> Le Dr M_____ n'avait jamais décrit une rupture tendineuse de la coiffe des rotateurs mais un état vraisemblablement dégénératif (acromion crochu protubérant, bursoscopie, conflit sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire) ; le conflit sous-acromial correspondait à une tendinite de la coiffe des rotateurs, favorisée notamment par un acromion crochu, comme c'était le cas chez l'assurée ; le Dr M_____ évoquait une instabilité pouvant provenir d'un ancien traumatisme ayant progressivement abouti à une atteinte

dégénérative ; cependant, pour entraîner un remaniement ou une atteinte dégénérative telle que celle présente chez l'assurée, l'instabilité devait être importante, ce qui n'était à aucun moment documenté dans le dossier ; l'avis du Dr M_____ ne permettait pas de s'écarter de celui du Dr G_____ du 6 mars 2017 relevant un état préexistant déstabilisé de façon temporaire par l'accident, soit durant six mois ; le statu quo sine était atteint le 22 août 2014 pour les troubles de l'épaule droite. 47. Le 29 novembre 2017, la SUVA a dupliqué en relevant que le Dr M_____ estimait fort probable le lien de causalité entre la lésion de l'articulation acromio-claviculaire et le traumatisme, mais se fondait essentiellement sur le constat que la recourante ne relatait aucune plainte antérieurement à l'accident ; la SUVA s'est pour le surplus référée à l'avis de la Dre O_____.[endif]>![if> 48. Le 22 décembre 2017, la recourante a conclu à la prise en charge par la SUVA des frais médicaux en lien avec le traitement de son épaule, au motif que le lien de causalité entre les problèmes à l'épaule et l'accident était vraisemblable, compte tenu des traitements suivis depuis l'accident et du rapport du Dr M_____ du 29 août 2017.[endif]>![if> 49. Sur quoi la cause a été gardée à juger.[endif]>![if> 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 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).[endif]>![if> 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.[endif]>![if> 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. Le 1 er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident et les rechutes invoqués par la recourante sont survenus avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.[endif]>![if> 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.[endif]>![if> Le litige porte sur le bien-fondé de la cessation de toute prestation par l'intimée en faveur de la recourante au 22 août 2014 en lien avec les troubles de l'épaule droite de celle-ci. En particulier, la recourante ne prétend plus à l'octroi de prestations de la part de l'intimée en lien avec ses troubles lombaires et cervicaux, de sorte que cette question n'est plus litigieuse. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).[endif]>![if> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286

consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

6. 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). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008

consid. 2). 7. 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).

8. a. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

b. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

10. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour

l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. 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). 11. 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). 12. 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 corresponde 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).>[if> 13. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).>[if> 14. a. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).>[if> b. 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).>[if> 15. En l'occurrence, l'intimée estime que le statu quo sine concernant l'état de l'épaule droite de la recourante a été atteint le 22 août 2014 en se référant aux appréciations médicales des Drs G_____ du 8 mars 2017 et O_____ du 23 novembre 2017 ; quant à la recourante, elle prétend à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 22 février 2014 et les troubles de l'épaule droite au-delà du 22 août 2014, en se fondant sur l'avis du Dr M_____ du 29 août 2017.>[if> 16. La chambre de céans constate que l'avis du Dr M_____ précité ne permet pas de mettre en cause ceux des médecins-conseils de l'intimée ; en effet, le Dr G_____ a relevé que l'IRM du 7 décembre 2016 avait mis en évidence des signes dégénératifs, avec une tendinopathie globale du sus-épineux compte tenu de l'existence d'une arthrose acromio-claviculaire et qu'il s'agissait d'un état

préexistant à l'accident qui avait été déstabilisé de façon temporaire par celui-ci ; il n'y avait, en particulier, pas de lésion traumatique transfixiante. En outre, suite à l'intervention chirurgicale du 5 avril 2017 et au rapport du Dr M_____ du 29 août 2017, la Dre O_____ a confirmé que la tendinopathie et l'entésopathie vues à l'IRM du 7 décembre 2016 étaient d'origine malade et qu'il n'existait pas d'atteinte traumatique ; le Dr M_____ n'avait pas décrit de rupture tendineuse de la coiffe des rotateurs ; en outre, la tendinite de la coiffe des rotateurs était favorisée par un acromion crochu et protubérant, comme cela était le cas chez la recourante, celui-ci étant par ailleurs considéré comme arthrogène et l'IRM avait révélé une arthrose acromio-claviculaire. Enfin, seule une instabilité importante pouvait, dans un délai d'environ deux années, développer une arthrose acromio-claviculaire nécessitant une intervention chirurgicale, ce qui n'était pas vraisemblable chez la recourante, car non documenté, ce d'autant que le Dr M_____ admettait que l'acromion très protubérant pouvait jouer un rôle dans la pathologie que présentait la recourante. Ces deux avis des Drs G_____ et O_____, bien motivés sont convaincants. Quant à l'avis du Dr M_____ du 29 août 2017, il n'est pas à même de remettre en cause la valeur probante des appréciations précitées dès lors que, d'une part, il confirme la présence de lésions compatibles avec une atteinte dégénérative et relève l'existence d'un acromion très protubérant sans cause traumatique et pouvant jouer un rôle dans le type de conflit présenté par la recourante, et, d'autre part, émet une simple hypothèse, même s'il la déclare vraisemblable, que l'atteinte dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire pourrait attester d'un traumatisme antérieur avec une instabilité ayant progressivement abouti à une atteinte dégénérative. En conséquence, le lien de causalité entre les troubles de l'épaule droite de la recourante et l'accident du 22 février 2014 ne peut être retenu, au-delà du 22 août 2014, au degré de la vraisemblance prépondérante requise dans le domaine des assurances sociales. 17. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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