

## **GE\_GERICHTE A/2969/2010 vom 11. Januar 2011**

GE Cour de justice, 2011-01-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2969\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2969_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2969/2010 du 11 janvier 2011

IT: GE\_GERICHTE A/2969/2010 del 11 gennaio 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.01.2011  
A/2969/2010

A/2969/2010 ATAS/9/2011 du 11.01.2011 ( LAA ) , REJETE En fait En droit Par ces motifs RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2969/2010 ATAS/9/2011 ARRET DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 11 janvier 2011 1 ère Chambre En la cause Madame M\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, représentée par Me Laurence FERRAZZINI, CAP PROTECTION JURIDIQUE recourante contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Lucerne intimée EN FAIT Madame M\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, était au chômage lorsqu'elle a été victime d'un accident le 17 janvier 2008. Chutant avec son scooter, elle a heurté la nuque et l'épaule droite. Son véhicule est ensuite tombé sur elle, percutant l'hémi-thorax, l'avant-bras et le poignet gauches ainsi que la région pubienne, la hanche et le genou gauches. Les premiers soins ont été administrés par le Dr A\_\_\_\_\_, généraliste FMH, et les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : l'assureur-accident ou l'intimée). Une ultrasonographie de l'épaule droite, effectuée le 13 février 2008, a mis en évidence des images échographiques compatibles avec une rupture partielle d'environ 5 mm de diamètre et non-transfixiante du sus-épineux au niveau de l'insertion de celui-ci sur le trochiter. Selon le gril de l'épaule droite, aucune lésion, et en particulier aucune fracture ni subluxation, n'a été visualisée. Dans son rapport du 21 février 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fracture de la 7 e côte gauche ainsi que des contusions au niveau de l'épaule droite, de la colonne cervicale et dorsale, du poignet gauche, de la région pubienne droite ainsi que de la hanche et du genou gauches. Le 26 juin 2008, ce même médecin a posé les diagnostics suivants : déchirure partielle du muscle sus-épineux droit, fracture de la 7 e côte gauche, contusion du poignet, de la région pubienne, de la hanche et du genou gauches ainsi qu'une entorse de la colonne cervicale. Il relevait également que sa patiente souffrait d'une fibromyalgie, laquelle avait compliqué l'évolution post-accident, d'un status post maladie de Lyme, d'une discopathie L5-S1 ainsi que d'une hypothyroïdie substituée. Il pouvait toutefois être admis que l'assurée avait retrouvé une fonction de l'épaule et de la nuque ainsi que de la colonne dorsale presque équivalente à celle d'avant l'accident. Le 22 octobre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a téléphoné à l'assureur-accidents pour lui indiquer que le traitement médical relatif à l'accident s'était terminé le 27 mars 2008 et que celui actuellement en cours concernait en réalité la maladie. Suite à cet appel, l'assureur-accidents a informé l'assurée, par courrier du 31 octobre 2008, qu'il considérait son cas comme étant terminé depuis le 27 mars 2008. Selon une ultrasonographie de l'épaule droite, effectuée le 11 novembre 2008, des irrégularités au niveau du trochiter et de la partie plus distale du susépineux ont permis de poser le

diagnostic différentiel de micro-arrachement associé à un petit hématome et de calcification ligamentaire combiné à un processus inflammatoire. Aucun argument en faveur d'une déchirure transfixiante n'a été relevé. Lors d'un appel téléphonique du 20 novembre 2008, le Dr A \_\_\_\_\_ a informé l'assureur-accidents que sa patiente avait à nouveau des douleurs à l'épaule droite. Il s'agissait, selon lui, d'une rechute. Dans un rapport intermédiaire du 12 janvier 2009, le médecin précité a rappelé le diagnostic de contusion de l'épaule droite, qu'il a complété avec ceux de status post-rupture partielle du muscle sus-épineux, de micro-arrachement du trochiter, de status post-fracture de la 7<sup>e</sup> côte gauche, de petite hernie discale cervicale médiane C6-C7 et de discopathie cervicale étagée C5-C6. A cela s'ajoutaient toujours la fibromyalgie et le status post-luxation de l'épaule droite. Un entretien s'est tenu le 3 février 2009 entre l'assurée et un représentant de l'assureur-accidents dont il ressort notamment que l'évolution a été bonne mais que l'assurée n'a jamais complètement récupéré de ses douleurs à l'épaule droite, de sorte que « lors de la fin 'officielle' du traitement médical vers la fin mars 2008, [elle avait] toujours mal à l'épaule droite ». Comme ses douleurs ne diminuaient pas, elle s'est décidée à consulter à nouveau le Dr A \_\_\_\_\_. Elle estimait qu'il n'y avait aucune amélioration de l'état de son épaule droite malgré le traitement (infiltration, sans succès significatif, prise de médicaments et séances de physiothérapie), qui restait toujours douloureuse et peu mobile. Par ailleurs, son sommeil était très difficile et elle avait des sensations de « craquements » selon les mouvements. Lors d'un appel téléphonique le 24 février 2009, l'assurée a indiqué à l'assureur que le traitement médical n'avait jamais pris fin et qu'elle ne comprenait pas pourquoi le Dr A \_\_\_\_\_ avait dit le contraire. Elle désirait changer de médecin et allait auparavant s'expliquer et mettre la situation au clair avec lui. Le 27 février 2009, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a considéré qu'un lien de causalité pour le moins probable entre l'accident du 17 janvier 2008 et les troubles de novembre 2008 existait et que l'assureur-accidents devait par conséquent prendre en charge le traitement médical. Une arthro-IRM de l'épaule droite, effectuée le 26 août 2009, a permis de constater l'absence d'argument arthrographique et/ou d'IRM évocateur d'une déchirure significative (perforation transfixiante, déchirure complète) de la coiffe des rotateurs droite. Par contre, plusieurs petites géodes dans la portion postérieure du trochiter ont été relevées. Dans un rapport du 27 novembre 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics suivants : status post-contusion sévère de l'épaule droite, status post-micro-arrachement du trochiter et fracture de la 7<sup>e</sup> côte gauches, hernie discale cervicale médiane C6-C7, discopathie cervicale étagée C5-C6 et C6-C7, fibromyalgie sévère et périarthrite scapulo-humérale (PSH) droite chronique. S'agissant de l'arthro-IRM précitée, elle avait mis en évidence des lésions dégénératives de l'humérus droit. Ces diagnostics ont pour la plupart été repris dans le rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 19 février 2010. L'assurée a été examinée le 21 avril 2010 par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement remplaçant. Après avoir procédé à un examen clinique et étudié les radiographies, il a rappelé que l'accident était survenu dans un contexte de spondylarthrose, de fibromyalgie et de status après maladie de Lyme. Compte tenu notamment de ses constatations objectives, il a considéré qu'« en l'absence de déchirure de la coiffe avérée, l'accident du 17 janvier 2008 ne jou[ait] en effet, à [son] avis, plus qu'un rôle minime sur la symptomatologie douloureuse résiduelle de l'épaule. Les troubles douloureux vertébraux ainsi que les douleurs cervico-scapulo-brachiales [étaient], à [son] avis, à mettre en relation

avec des comorbidités indépendantes de l'accident (spondylarthrose, fibromyalgie, séquelles de maladie de Lyme) ». Se fondant sur le rapport d'examen du Dr C\_\_\_\_\_, l'assureur-accident a rendu, en date du 20 mai 2010, une décision par laquelle il mettait un terme aux prestations d'assurance, le traitement médical étant à la charge de l'assurance-maladie dès le 1<sup>er</sup> juin 2010. En effet, les troubles de l'assurée n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré, à compter de cette date. L'assurée a formé opposition en date du 7 juin 2010. Le 18 juin 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé son rapport du 19 mai 2010 [recte 21 avril 2010], rappelant que « les investigations pratiquées n'avaient démontré aucune lésion structurelle susceptible d'entraîner des troubles ostéo-articulaires durables ». Par décision sur opposition du 30 juin 2010, l'assureur-accident a confirmé sa décision du 20 mai 2010, considérant qu'il convenait d'accorder pleine valeur probante aux conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, en l'absence d'éléments médicaux contraires. L'assurée était donc priée de s'adresser à son assurance-maladie, qui n'avait au demeurant pas contesté la décision du 20 mai 2010. Le 30 juillet 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ s'est adressé à l'assureur-accidents. Pour lui, bien qu'aucune lésions significative n'ait été trouvée sur le plan radiologique, il n'était pas exclu que sa patiente souffrît de douleurs de type neuropathique et qu'elle fût handicapée dans la vie quotidienne. Il a également ajouté qu'elle souffrait d'une maladie de type fibromyalgique, préexistant avant l'accident, et qui ne l'empêchait pas de dormir sur le côté droit. Par courrier du 10 août 2010, l'assureur-accidents a informé son assurée que le courrier du Dr A\_\_\_\_\_ ne lui permettait pas de revenir sur sa décision sur opposition du 30 juin 2010, le principe « post hoc, ergo propter hoc » ne permettant pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblable prépondérante. Le 2 septembre 2010, l'assurée a interjeté recours sous la plume de sa protection juridique, sollicitant préalablement une expertise médicale tenant compte de l'ensemble de ses affections. Principalement, elle requérait l'annulation de la décision et la condamnation de l'intimée à la continuation de la prise en charge des prestations. A l'appui de ses conclusions, elle critiquait notamment le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, considérant qu'il tenait compte, à tort, de séquelles de la maladie de Lyme, alors qu'elle n'en souffrait plus. Elle estimait également que l'arthrose à laquelle l'expert faisait référence n'avait été mentionnée qu'une seule fois dans les dossiers, dans un rapport d'arthro-IRM du 26 août 2009, dans lequel une probable origine dégénérative était uniquement indiquée dans le corps du texte et non dans les conclusions. Enfin, elle rappelait que personne n'avait jusqu'alors reconnu la fibromyalgie comme unique responsable de ses troubles. Par écriture du 4 octobre 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours, rappelant que le Dr C\_\_\_\_\_ avait précisé que les investigations médicales n'avaient mis en évidence aucune lésion structurelle susceptible d'entraîner des troubles ostéo-articulaires durables. Quant à l'avis du médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_, il ne saurait prévaloir. La réponse a été transmise à la recourante et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let.a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi

établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical administré à la recourante. 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, 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et ATF 118 V 289 consid. 1b et les références). b) 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 181 consid. 2.2 et 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 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). a) 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) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142 p. 75 sv.). 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 (arrêt 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Dans ce contexte, il sied encore de relever que 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; 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. 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 (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in 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 G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références). 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 125 V 351 consid. 3). Par ailleurs, 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/bb et cc). En outre, toujours selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de

service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Ainsi, l'administration et le juge des assurances sociales peuvent, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). Ainsi, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA 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 (cf. ATF 125 V 353 sv. consid. 3b/ee). 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). Dans le cas d'espèce, le Dr C \_\_\_\_\_ a considéré qu'en date du 21 avril 2010, jour de l'examen médical de la recourante, l'accident du 17 janvier 2008 ne jouait plus qu'un rôle minime dans la symptomatologie douloureuse résiduelle de l'épaule. a) Il sied donc de déterminer, dans un premier temps, si le rapport établi à l'issue de l'examen médical revêt une pleine valeur probante, de sorte que l'intimé pouvait se fonder sur ses conclusions pour nier ex nunc et pro futuro la prise en charge du traitement médical. C'est le lieu de rappeler que la seule question à laquelle le Dr C \_\_\_\_\_ devait répondre portait sur l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'événement du 17 janvier 2008 et la symptomatologie douloureuse résiduelle de l'épaule. En effet, le fait que la recourante souffre d'une épaule douloureuse n'est pas remis en question. S'agissant de la valeur probante du rapport du Dr C \_\_\_\_\_, la Chambre de céans constate qu'il répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351, consid. 3a). En effet, il a été établi après que l'expert ait étudié les pièces du dossier. Il se base sur une anamnèse complète et tient compte des plaintes subjectives de la recourante, qu'il a au demeurant examinées. Enfin, ses conclusions sont bien motivées. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il a considéré que la symptomatologie résiduelle de l'épaule n'était plus liée à l'accident. Par conséquent, le rapport du 25 septembre 2009 remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, le Dr C \_\_\_\_\_ considère qu'« en l'absence de déchirure de la coiffe avérée, l'accident du 17 janvier 2008 ne joue en effet, à [son] avis qu'un rôle minime sur la symptomatologie douloureuse résiduelle de l'épaule », les troubles douloureux vertébraux et les douleurs cervico-scapulo-brachiales étant à mettre en relation avec des comorbidités indépendantes de l'accident, telles que spondylarthrose, fibromyalgie, séquelles de maladie de Lyme. En d'autres termes, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs résiduelles n'était plus établi au degré de la vraisemblance prépondérante nécessaire en matière d'assurances sociales. Dans son complément du 18 juin 2010, l'expert rappelle encore que les investigations pratiquées n'avaient démontré aucune lésion structurelle susceptible d'entraîner des troubles ostéo-articulaires durables. L'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ et son complément disposent par conséquent d'une pleine valeur probante. b) Quant à l'appréciation du Dr A \_\_\_\_\_ du

30 juillet 2010, elle ne saurait remettre en question la valeur probante de l'expertise précitée. En effet, ce praticien explique simplement qu'une cause neuropathique - ou, en d'autres termes, nerveuse - pourrait expliquer les douleurs, et se borne à rappeler que la fibromyalgie dont souffre la recourante était préexistante à l'accident et ne l'empêchait alors pas de dormir. Or, comme l'a relevé à juste titre l'assureur-accidents dans son courrier du 10 août 2010, le principe « post hoc, ergo propter hoc » n'est pas un moyen de preuve et ne permet pas d'établir à lui seul l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, c'est le lieu de rappeler que la recourante souffre d'une fibromyalgie, que le Dr A \_\_\_\_\_ a qualifiée de sévère dans son rapport du 27 novembre 2009, et qu'une arthro-IRM du 26 août 2009 a mis en évidence, d'une part, plusieurs petites géodes dans la portion postérieure du trochiter, au site d'insertion du tendon du muscle sous-épineux, dont la présence a été mentionnée dans les conclusions du rapport, et, d'autre part, de discrètes irrégularités de contours du bourrelet postérieur, probablement d'origine dégénérative. Ainsi, plusieurs atteintes d'origine pathologique pouvant expliquer ces douleurs ont été constatées. S'agissant des lésions à l'origine de la prise en charge du traitement (rupture partielle du sus-épineux et micro-arrachement du trochiter), elles sont guéries comme cela ressort des rapports du Dr A \_\_\_\_\_ des 12 janvier et 27 novembre 2009. En effet, à titre de diagnostics, ce médecin a retenu un status post rupture partielle du sus-épineux et un status post-micro-arrachement du trochiter. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ revêt une pleine valeur probante, que le Dr A \_\_\_\_\_ ne saurait remettre en question. C'est donc à juste titre que l'assureur-accident a mis un terme à la prise en charge du traitement médical, de sorte que le recours doit être rejeté. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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