

GE_GERICHTE A/4062/2015 vom 24. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4062_2015

FR: GE_GERICHTE A/4062/2015 du 24 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/4062/2015 del 24 ottobre 2016

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par ORION, assurance de protection juridique SA recourante contre BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1949, travaillait en tant que sage-femme depuis mai 2001 auprès des B_____ (ci-après: l'employeur) et était à ce titre assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Bâloise Assurances SA (ci-après l'assureur ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 29 décembre 2012, l'assurée est tombée en courant.! [endif]>! [if> 3. Le lendemain, elle a consulté les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), où une contusion du genou droit a été diagnostiquée. Il s'agissait d'une chute accidentelle en courant, avec réception sur les deux genoux. A la radiographie du genou, il n'y avait pas de fracture. L'incapacité de travail était totale dès le 30 décembre 2012 et probablement jusqu'au 3 janvier 2013 (rapport du 21 janvier 2013, signature illisible).! [endif]>! [if> 4. Le 3 janvier 2013, l'employeur a annoncé l'accident à l'assureur, indiquant notamment que le genou droit et la jambe gauche de l'assurée étaient atteints. ! [endif]>! [if> 5. Le 8 mars 2013, à la demande de la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, une radiographie de l'épaule droite de l'assurée a été effectuée. Par rapport du 21 mars 2013, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en radiologie, n'a constaté ni fracture, ni zone de lyse ou ostéocondensation suspecte, ni calcification visible dans les parties molles ; les rapports articulaires étaient conservés, sans image érosive ou dégénérative.! [endif]>! [if> 6. Le 11 mars 2013, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a prescrit à l'assurée neuf séances de physiothérapie, en raison d'une douleur en status post-traumatique à l'épaule droite et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (int.). ! [endif]>! [if> 7. Le 28 mars 2013, une arthro-imagerie à résonance médicale (ci-après IRM) de l'épaule droite de l'assurée a été effectuée en raison d'un status après traumatisme de l'épaule trois mois auparavant et de douleurs sur une probable lésion de la coiffe des rotateurs. Selon le rapport de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en radiologie, l'assurée présentait une arthrose acromio-claviculaire et une bursite sous-acromio-deltaïdienne, une tendinopathie du tendon du muscle supra-épineux sans déchirure significative identifiée et une probable désinsertion de quelques fibres. Il existait un doute quant à une tendinopathie focale du tendon du muscle biceps brachial dans la poulie bicipitale. ! [endif]>! [if> 8. A la demande du docteur F_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, l'assurée a subi, le 15 mai 2013, une infiltration dans le contexte d'une articulation acromio-claviculaire droite douloureuse.! [endif]>! [if> 9. Le 6 novembre 2013, le docteur G_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, a prescrit neuf séances de

physiothérapie en piscine. !endif>![if> 10. Les 7 et 14 novembre 2013, l'assurée a subi une infiltration à but antalgique pour l'arthrose acromio-claviculaire droit et la tendinopathie du tendon supra-épineux. !endif>![if> 11. Selon un rapport du 6 janvier 2014, l'évolution était bonne; la physiothérapie, la prise d'antidouleurs et les infiltrations étaient en cours (signature illisible). !endif>![if> 12. Le 7 avril 2014, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a indiqué qu'aucun des documents initiaux ne mentionnait un problème à l'épaule lors de l'accident. Le reste des documents était peu lisible et incomplet. Il ne lui était donc pas possible de déterminer s'il existait un lien de causalité entre les traitements suivis par l'assurée pour son épaule droite et l'accident. !endif>![if> 13. Par rapport du 16 avril 2014, le Dr G_____ a indiqué que l'évolution était bonne, avec la disparition des douleurs. La physiothérapie prescrite avait eu pour but de diminuer les douleurs et améliorer la mobilité. Le traitement avait pris fin le 6 mars 2014. !endif>![if> 14. Le 1^{er} mai 2014, l'assureur a informé l'assurée que tous les frais en relation avec son épaule étaient refusés car le lien de causalité avec l'accident du 29 décembre 2012 ne pouvait pas être prouvé. !endif>![if> 15. Le 29 juillet 2014, l'assureur a repris l'instruction du dossier s'agissant des traitements en lien avec l'épaule de l'assurée, en sollicitant divers rapports médicaux. !endif>![if> 16. Dans un formulaire rempli le 18 août 2014, la Dresse D_____ a indiqué avoir donné les premiers soins le 12 mars 2013. Selon les indications de l'assurée, elle avait subi une chute accidentelle en courant avec réception sur les deux genoux. Depuis, elle avait des douleurs et des difficultés à la marche, avec une tuméfaction du genou droit et sur l'épaule droite (consultation aux HUG le 30 décembre 2012). La Dresse D_____ avait constaté que depuis l'accident du 29 décembre 2012, l'assurée présentait une douleur à la mobilisation de l'épaule avec une limitation à la rotation externe. L'arthro-IRM de mars 2013 avait révélé une tendinopathie du supra-épineux post-traumatique. Le diagnostic provisoire était une arthrose acromio-claviculaire, une bursite sous-acromio-deltoidienne à l'épaule droite et une tendinopathie du supra-épineux. L'accident était la cause des symptômes et l'assurée n'avait pas souffert auparavant d'atteintes similaires. Le traitement allait probablement se terminer dans quatre semaines. !endif>![if> 17. Le 1^{er} septembre 2014, la Dresse B_____ a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assurée le 8 mars 2013. Selon les indications de l'assurée, elle avait chuté dans la rue le 29 décembre 2012, ce qui avait entraîné une contusion vs entorse du genou droit et une douleur à l'épaule droite avec une limitation à l'élévation et l'habillement. La Dresse B_____ avait constaté un testing sus-épineux douloureux, limité; elle avait diagnostiqué une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) post-traumatique à l'épaule droite. L'arthro-IRM avait révélé une tendinopathie du muscle supra-épineux avec quelques fibres désinsérées ainsi qu'une bursite sous-acromio-deltoidienne. Les symptômes étaient causés par l'accident et l'assurée n'avait pas souffert auparavant d'atteintes similaires. Elle avait prescrit des séances de physiothérapie, des antidouleurs et avait adressé l'assurée à la Dresse D_____. !endif>![if> 18. Après avoir pris connaissance de ces rapports, le Dr H_____ a expliqué, le 21 septembre 2014, que tous les éléments concernant l'épaule figuraient au dossier dès mars 2013. Il n'était pas en mesure d'établir un avis détaillé sur la question du lien de causalité, car le seul élément existant était l'absence de mention de l'épaule sur le rapport initial. Selon le Dr H_____ la pathologie décrite pouvait avoir aussi bien une origine dégénérative ou avoir été aggravée par l'accident. Il convenait d'interroger l'assurée sur ce qui s'était passé ou alors d'admettre le retour au statu quo ante en mars

2014.![endif]>![if> 19. Le 16 octobre 2014, des radiographies de l'épaule droite de l'assurée ont été effectuées aux HUG.![endif]>![if> 20. Le 22 octobre 2014, en raison de la persistance de douleurs importantes à l'épaule droite de l'assurée, le Dr F_____ a fait réaliser une nouvelle arthro-IRM. Selon le rapport du 23 octobre 2014 du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, l'assurée présentait une large lésion fissuraire interstitielle de la partie distale et antérieure du tendon supra-épineux à hauteur du footprint. Seules les fibres superficielles et articulaires du tendon étaient encore visualisées en continuité associées à des signes de tendinopathie des tendons du long chef du biceps et infra-épineux. L'examen révélait également une lésion partielle de la partie distale et supérieure du tendon subscapulaire avec subluxation médiale du long chef du biceps, un volumineux épanchement dans la bourse sous-acromiale et une empreinte du ligament coraco-acromial sur le versant superficiel de la bourse et du tendon supra-épineux pouvant prédisposer à un conflit sous-acromial, une fissuration du labrum supérieur à postéro-supérieur de direction supéro-latérale, un œdème du versant postérieur du muscle supra-épineux et un volumineux épanchement dans la bourse sous-acromiale traduisant la présence d'une bursite.![endif]>![if> 21. Le 18 novembre 2014, l'assureur a sollicité une copie de ce rapport, qu'il a obtenu le 20 novembre 2014. ![endif]>![if> 22. Le 16 décembre 2014, l'assurée a subi une intervention chirurgicale, soit la réinsertion du sus-épineux, une ténodèse du long chef du biceps et une acromioplastie. Selon le protocole opératoire du 17 décembre 2014, l'assurée présentait une rupture partielle de la face bursale du sus-épineux de plus de 50%, une subluxation du long chef de biceps et un conflit sous-acromial (rapport du Dr F_____).![endif]>![if> 23. A la demande de l'assureur, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée le 3 février 2015, et par rapport du 19 mars 2015, a diagnostiqué un status post-contusion de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et probable désinsertion de quelques fibres, une arthrose acromio-claviculaire droite, une bursite sous-acromio-delhoïdienne droite, une subluxation sternoclaviculaire droite, un status post-fracture du genou gauche (1977) consolidé en position vicieuse et post-ostéotomie de correction (2006) et raideur résiduelle ainsi qu'une tendance probable à la limitation volontaire des efforts (majoration des symptômes).![endif]>![if> L'expert a notamment relevé que le 29 décembre 2012, en se rendant au travail, l'assurée avait glissé sur du verglas et était tombée lourdement sur son côté droit. Le choc s'était produit au genou droit et à l'épaule droite au niveau deltoïdien, bras en adduction. Elle s'était rendue tout de même au travail, elle avait mis de la pommade et du froid sur l'épaule et le genou, et avait pris des antidouleurs. Voyant son genou gonfler, elle s'était rendue aux urgences. Après trois semaines de traitement antalgique et anti-inflammatoire, elle avait arrêté les médicaments et avait ressenti des douleurs à l'épaule droite. Elle avait alors demandé un rendez-vous avec le Dr F_____, qu'elle n'avait obtenu que tardivement. Une IRM avait été effectuée et des infiltrations l'avaient soulagée, mais temporairement. Cela avait permis une indolence relative de novembre 2013 à juin 2014, mois à partir duquel il y avait eu une récurrence des douleurs du bras droit, de plus en plus importantes, localisées au tiers moyen du bras. Le Dr F_____ avait alors proposé une intervention arthroscopique qui avait eu lieu le 16 décembre 2014. L'assurée ne ressentait plus les fortes douleurs qu'elle avait avant l'opération et elle allait commencer un programme de physiothérapie. Après un examen clinique, l'expert a apprécié le cas de l'assurée en indiquant notamment que l'anamnèse ne révélait pas d'antécédents au niveau des épaules. La chute semblait avoir provoqué des douleurs qui étaient signalées au départ, mais non relevées par les médecins dans les rapports. Ce n'était que secondairement que le

problème de l'épaule avait été investigué. Un traitement conservateur avec infiltrations en mai et novembre 2013 avait permis une indolence relative. Le 6 mars 2014, le Dr G _____ avait noté la disparition des douleurs et la fin du traitement. Quelques mois plus tard, il y avait eu une rechute avec récurrence des douleurs du bras et de l'épaule droite et le Dr F _____ avait proposé une arthroscopie afin de traiter cette récurrence douloureuse. S'agissant du lien de causalité entre les diagnostics et l'accident, l'expert a estimé que la contusion et la désinsertion de quelques fibres du sus-épineux étaient en relation vraisemblable avec l'accident. Il était possible que la bursite sous-acromio-deltaïdienne soit en relation avec l'accident, mais d'autres étiologies, en particulier dégénératives (en relation avec l'arthrose par exemple) étaient plus vraisemblables. L'évolution était bonne et le Dr G _____ avait noté une disparition des douleurs le 6 mars 2014, avec la fin du traitement. L'arthrose acromio-claviculaire existait déjà avant l'accident et était illustrée sur les images de mars 2013. Enfin, la subluxation sternoclaviculaire droite avait été découverte récemment par l'assurée et était probablement d'origine dégénérative et/ou en relation avec l'intervention effectuée sur l'articulation acromio-claviculaire droite. L'expert a retenu que l'assurée présentait un état antérieur, soit une atteinte dégénérative de l'acromio-claviculaire droite asymptomatique avant l'accident, que ce dernier avait décompensé. La contusion avait probablement exacerbé la pathologie sous-jacente dégénérative et semblait l'avoir révélée. Une contusion sans lésion traumatique nette, sans déchirure transfixiante de la coiffe ne laissait pas de séquelles fonctionnelles à long terme. Selon les explications de l'assurée et le status du rhumatologue, un retour au statu quo sine pouvait être fixé en mars 2014. L'état actuel de l'assurée était ainsi à mettre en relation avec l'état antérieur malade : une atteinte dégénérative avec arthrose acromio-claviculaire droite et une subluxation sternoclaviculaire droite. 24. Par décision du 7 mai 2015, l'assureur, en se référant aux conclusions du Dr J _____, a estimé que le lien de causalité naturelle n'était plus admis dès le 6 mars 2014. 25. Les 4 et 24 juin 2015, l'assurée s'est opposée à la décision en se référant à un rapport du Dr F _____ du 8 mai 2015. Il en résulte que ce dernier avait vu l'assurée pour la première fois le 16 mai 2013, avec la mise en évidence d'une symptomatologie acromio-claviculaire au premier plan, qui avait bien évolué initialement sous traitement en infiltration. Le bilan IRM du 28 mars 2013 avait mis cependant en évidence une lésion interstitielle du sus-épineux, réalisant déjà une désinsertion partielle de ce tendon. L'évolution s'était faite dans un deuxième temps vers une progression de cette lésion, objectivée par arthro-IRM de l'épaule le 22 octobre 2014. Cet examen avait mis en évidence une large lésion fissuraire interstitielle du sus-épineux avec la préservation de quelques fibres uniquement superficielles et profondes, accompagnées d'une subluxation du long chef du biceps. Le Dr F _____ a relevé par ailleurs que l'expert avait conclu à une corrélation entre les lésions visibles à l'IRM de 2013 et le traumatisme initial. Selon le Dr F _____, il était certain que l'image visualisée à l'IRM de 2014 consistait en une non-guérison de cette lésion avec une progression défavorable. L'imagerie avait d'ailleurs été confirmée par l'arthroscopie du 16 décembre 2014, qui avait retrouvé une lésion de la face bursale du sus-épineux comprenant plus de 50% de l'épaisseur du tendon accompagnée d'une subluxation du long chef du biceps. Le Dr F _____ a ajouté que le rapport de l'expert ne faisait ni mention du rapport de l'IRM de 2014, ni du compte-rendu opératoire du 17 décembre 2014. Ainsi, on ne pouvait pas conclure au retour du statu quo sine en mars 2014. Il était donc justifié de considérer la lésion de la coiffe comme l'évolution défavorable de la lésion occasionnée par la chute initiale. 26. Par rapport complémentaire du 8 octobre 2015, le Dr J _____, après avoir pris connaissance des arthro-IRM des 28 mars

2013 et 22 octobre 2014, de la radio infiltration acromio-claviculaire du 15 mai 2013, des radiographies des 6 mars et 16 octobre 2014 et du protocole opératoire du 17 décembre 2014, a estimé que ces examens confirmaient une atteinte dégénérative progressive de l'épaule droite, avec une péjoration progressive de l'arthrose acromio-claviculaire, une progression de l'atteinte dégénérative de la coiffe, une synovite inflammatoire très importante, une subluxation du long chef du biceps qui paraissait hypertrophique, ainsi qu'une bursite floride sous-acromiale. L'ensemble de ces lésions n'était pas la conséquence de la désinsertion de quelques fibres constatées à l'examen du 28 mars 2013. ![/endif]>![if> Le Dr J_____ relevait encore une fois que les premières constatations médicales de la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite ne figuraient au dossier que plusieurs mois après l'événement incriminé. En outre, le Dr G_____ avait précisé la disparition des douleurs et l'évolution satisfaisante avec fin du traitement le 6 mars 2014. On ne pouvait donc, selon les critères de la vraisemblance prépondérante, admettre que l'ensemble des lésions dégénératives de l'épaule soit en lien avec l'accident, à savoir une chute sur le moignon de l'épaule, bras en adduction, mécanisme qui n'était d'ailleurs pas répertorié comme étant lésionnel pour le sus-épineux. Selon le résultat de cinq études décrivant le mécanisme lésionnel pour la coiffe des rotateurs, il s'agissait le plus souvent de mécanismes de chute avec bras en extension, de rotation externe contre résistance de traction violente en se retenant ou en soulevant des poids lourds ou lors de luxations gléno-humérales. Par conséquent, l'expert ne pensait pas que la contusion et la désinsertion de quelques fibres constatées le 28 mars 2013 étaient à l'origine des lésions actuelles, la déchirure constatée étant par ailleurs d'allure dégénérative (non transfixiante). 27. Par décision du 28 octobre 2015, l'assureur a rejeté l'opposition dès lors que l'expertise du Dr J_____ du 19 mars 2015 et son rapport complémentaire du 8 octobre 2015 avaient pleine valeur probante. L'expert, qui avait pris en compte le dossier médical complet de l'assurée, avait conclu à l'absence de tout lien de causalité naturelle entre la problématique présentée par l'assurée et l'événement du 29 décembre 2012 dès le 6 mars 2014. Cet accident n'avait provoqué qu'une aggravation passagère de l'état antérieur et l'assurée n'apportait aucun élément permettant de contester les conclusions de l'expert. C'était donc à bon droit que l'assureur avait limité la prise en charge des suites de l'accident au 6 mars 2014. ![/endif]>![if> 28. Le 20 novembre 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la prise en charge des frais de traitements relatifs à son épaule droite au-delà du 6 mars 2014. Selon la recourante, les conclusions du Dr J_____ étaient principalement fondées sur le fait que le Dr G_____ avait indiqué que le traitement avait pris fin le 6 mars 2014. Le Dr F_____ estimait toutefois qu'il existait toujours un lien de causalité entre l'accident et les constatations postérieures au 6 mars 2014, comme indiqué dans son rapport du 8 mai 2015. Le rapport d'expertise était par ailleurs incomplet, dès lors qu'il ne prenait pas suffisamment en compte le dossier médical de la recourante. Celle-ci avait eu une recrudescence des douleurs à l'épaule droite après le 6 mars 2014, de sorte que des examens et une intervention par arthroscopie avaient eu lieu. Le rapport d'expertise du 19 mars 2015 ne faisait aucune mention de l'arthro-IRM de 2014 et du compte-rendu opératoire du 17 décembre 2014. Enfin, il n'établissait pas de manière objective pour quels motifs les lésions objectivées à l'automne 2014 n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident de 2012. ![/endif]>![if> 29. Par réponse du 21 janvier 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, au motif notamment que le rapport d'expertise et son complément avaient pleine valeur probante. Contrairement à ce qu'invoquait la recourante, l'expert avait complété son

expertise par un rapport du 8 octobre 2015, après avoir pris connaissance du rapport IRM de 2014 et du compte rendu opératoire du 17 décembre 2014. Par ailleurs, le Dr F_____ ne disait rien s'agissant de l'état maladif antérieur, soit l'atteinte dégénérative avec arthrose acromio-claviculaire droite et subluxation sterno-claviculaire droite. Il n'expliquait pas non plus les raisons pour lesquelles la lésion interstitielle du sus-épineux aurait évolué défavorablement, en l'absence de tout nouvel accident, alors que la symptomatologie acromio-claviculaire avait bien évolué initialement. Il n'expliquait pas non plus pour quelles raisons la recourante avait consulté, pour la première fois, seulement deux mois et demi après l'accident. Il ne se déterminait pas non plus sur le mécanisme lésionnel, soit la chute telle que décrite par la recourante, qui n'était pas de nature à occasionner les atteintes constatées. Ses considérations étaient donc essentiellement fondées sur le raisonnement « post hoc ergo propter hoc », impropre à établir un lien de causalité, alors que le retour au statu quo sine au 6 mars 2014 fixé par l'expert reposait sur des faits incontestables, soit la date indiquée par le Dr G_____. Le rapport du Dr G_____ confirmait qu'à la date du 6 mars 2014, le statu quo sine des troubles résultant de l'accident survenu le 29 décembre 2012 était atteint. Les troubles actuels de la recourante étaient liés à l'état maladif antérieur, soit l'atteinte dégénérative avec arthrose acromio-claviculaire droite et subluxation sternoclaviculaire droite, et n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident.

!endif]>![if> 30. Par réplique du 10 février 2016, la recourante a fait valoir que le rapport complémentaire du 3 février 2015 du Dr J_____ ne lui avait pas été transmis. En outre, dans sa décision litigieuse, l'intimée reprenait pour l'essentiel les éléments relevés dans le rapport d'expertise du 19 mars 2015. !endif]>![if> 31. Le 22 février 2016, après avoir pris connaissance du rapport complémentaire de l'expert du 3 février 2015, la recourante a relevé que ce dernier n'avait pas tenu compte des éléments figurant dans le rapport du Dr F_____, à savoir l'existence d'une large lésion fissuraire interstitielle du sus-épineux avec la préservation de quelques fibres uniquement superficielles et profondes, accompagnées d'une subluxation du long chef du biceps. Or, c'était cette même lésion du sus-épineux qui avait été retrouvée lors de l'arthroscopie du 16 décembre 2014 et le Dr J_____ ne s'était pas déterminé sur ces nouveaux éléments. En outre, l'expert n'expliquait pas pour quelles raisons précises et particulières les lésions seraient dégénératives et sans lien avec l'accident. Les points litigieux, relevés par le Dr F_____, n'avaient donc pas fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions de l'expert n'étaient pas dûment motivées.

!endif]>![if> 32. Par duplique du 16 mars 2016, l'intimée a fait valoir que les arguments de la recourante ne résistaient pas à l'examen. Le complément rédigé par le Dr J_____ le 8 octobre 2015 était établi sur la base de l'ensemble des imageries et des rapports. Soutenir que ce complément d'expertise n'était pas fondé sur une étude circonstanciée était clairement contraire aux faits. L'expert avait retenu que les examens confirmaient une atteinte dégénérative progressive de l'épaule droite avec péjoration progressive de l'arthrose acromio-claviculaire, la progression de l'atteinte dégénérative de la coiffe, une synovite très importante, une subluxation du long chef du biceps et une bursite florde sous-acromiale. L'expert avait considéré que l'ensemble de ces lésions n'était pas la conséquence de la désinsertion de quelques fibres constatées sur l'examen du 28 mars 2013 et il avait clairement explicité le caractère dégénératif de ces troubles dans son expertise du 3 février 2015. Les points litigieux importants avaient donc fait l'objet d'une étude fouillée, ils se fondaient sur un examen de la recourante ainsi que sur l'ensemble des documents radiologiques. Les conclusions étaient parfaitement claires et motivées. L'expertise avait donc pleine valeur probante. !endif]>![if> 33. Sur ce, la chambre de céans a gardé la

cause 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 de la 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).![endif]>![if> 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge les frais de traitements de l'épaule droite de la recourante au-delà du 6 mars 2014. Il s'agira en particulier de déterminer si les troubles de l'épaule présentés par la recourante postérieurement au 6 mars 2014 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 29 décembre 2012. ![endif]>![if> 5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).![endif]>![if> b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examinent 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). c. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p.

75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). d. 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). e. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Les déchirures de tendons figurent parmi la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident (art. 9 al. 2 let. f OLAA ; ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c). c. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). 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, ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu

quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). d. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2).

7. a. 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 (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).

b. 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). c. 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). d. 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). e. Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

8. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend

l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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). 9. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 10. Enfin, 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. En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée, en se fondant sur les conclusions du

Dr J _____, a retenu que les troubles à l'épaule droite de la recourante ne sont plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 29 décembre 2012 à compter du 6 mars 2014.

!endif]>![if> A la lecture des rapports établis par le Dr J _____, la chambre de céans est toutefois d'avis que l'appréciation de cet expert n'emporte pas la conviction, et ce pour les motifs qui suivent. S'agissant de son rapport du 19 mars 2015, force est de constater que le Dr J _____ a pris ses conclusions en l'absence de pièces fondamentales, telles que le rapport de l'arthro-IRM du 22 octobre 2014 – que l'intimée avait pourtant en sa possession depuis le 20 novembre 2014 - et le protocole opératoire du 17 décembre 2014. Par ailleurs, alors que l'expert a estimé que la contusion de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et probable désinsertion de quelques fibres sont en lien de causalité avec l'accident et qu'une rechute a eu lieu à compter de juin 2014, il a néanmoins fixé le statu quo sine au 6 mars 2014 sans apporter aucune explication sur les raisons pour lesquelles cette rechute ne serait pas en lien de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé causée par l'accident. Son rapport complémentaire du 8 octobre 2015 n'est pas plus convaincant. En effet, alors que le Dr J _____ a été appelé à se déterminer sur les lésions révélées par l'arthro-IRM du 22 octobre 2014 et l'arthroscopie du 16 décembre 2014, son rapport complémentaire passe toutefois totalement sous silence la large lésion fissuraire de la partie distale et antérieure du tendon supra-épineux et comprenant plus de 50% de l'épaisseur du tendon. Cette omission est d'autant plus surprenante que le Dr J _____ avait justement retenu - dans son premier rapport - un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à ce tendon. Qui plus est, l'expert estime dans son rapport complémentaire que l'atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs a progressé, alors que dans son premier rapport, seule l'arthrose acromio-claviculaire est mentionnée en tant qu'état antérieur dégénératif (rapport du 19 mars 2015, page 11, question 5.2). De surcroît, alors que dans son premier rapport l'expert considère que la chute avec le bras en adduction a causé la contusion de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et probable désinsertion de quelques fibres, de manière contradictoire il expose dans son rapport complémentaire que le mécanisme de la chute ne peut pas léser le sus-épineux. Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans ne saurait admettre, sur la base des rapports du Dr J _____, que la causalité naturelle entre les troubles à l'épaule droite de la recourante et l'accident du 29 décembre 2012 a pris fin le 6 mars 2014. Par ailleurs, on ne saurait non plus statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations succinctes et peu motivées du Dr F _____, chirurgien traitant, lequel retient un lien de causalité naturelle postérieurement au 6 mars 2014. Qui plus est, dans la mesure où une probable désinsertion de quelques fibres du tendon supra-épineux et une large lésion fissuraire de la partie distale et antérieure de ce tendon ont notamment été constatées (arthro-IRM des 28 mars 2013 et 22 octobre 2014), se pose la question de savoir si ces atteintes correspondent à des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, auquel cas il y aurait lieu d'appliquer les principes propres auxdites lésions pour admettre le lien de causalité naturelle et pour fixer le statu quo sine/ ante. Or, les rapports versés à la procédure ne permettent pas non plus de répondre à cette question. Compte tenu de l'ensemble de ces motifs, force est de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires et probants pour statuer sur la question litigieuse du droit de la recourante à la prise en charge des frais de traitements de son épaule droite postérieurement au 6 mars 2014. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA, auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, puis rende une nouvelle décision. Un renvoi est d'autant plus

justifié que l'expertise mise en œuvre par l'intimée n'a pas porté sur l'existence éventuelle de lésions assimilées. 12. Le recours sera donc admis partiellement et la décision du 28 octobre 2015 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 13. La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.