

GE_GERICHTE A/850/2017 vom 8. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_850_2017

FR: GE_GERICHTE A/850/2017 du 8 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/850/2017 del 8 maggio 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.05.2018 A/850/2017

A/850/2017 ATAS/392/2018 du 08.05.2018 (LAA) , ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/850/2017 ATAS/392/2018 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 mai 2018 2 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Grégoire REY recourante contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise à ZURICH, représentée par ZURICH SIÈGE RÉGIONAL POUR LA SUISSE ROMANDE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, employée auprès de Secteur petite enfance à Genève en tant que personnel de maison dans les cuisines de la crèche B_____ du C_____ (ci-après : l'employeur), est assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de Zürich compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 3 mai 2015, l'assurée a chu dans les escaliers. Elle n'a pas arrêté son activité professionnelle à la suite de cet événement, mais s'est vue prescrire des AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et des séances de physiothérapie.! [endif]>! [if> 3. Durant le mois de juin 2015, alors qu'elle était occupée à nettoyer le sol à la crèche, l'assurée a percuté violemment une fenêtre ouverte avec son épaule droite en se redressant. Elle a alors ressenti une vive douleur. ! [endif]>! [if> 4. Dans un rapport du 30 juin 2015, la doctresse D_____, radiologue, a mentionné qu'un examen de l'épaule droite de l'assurée, pratiqué le 17 juin 2015, n'avait révélé ni fracture, ni apposition périostée, ni zone de lyse, ni ostéocondensation suspecte, ni calcification visible dans les parties molles. Les rapports articulaires étaient conservés. Tel était en particulier le cas pour l'espace sous-acromioclaviculaire qui se caractérisait par l'absence d'image érosive ou dégénérative.! [endif]>! [if> 5. Dans un rapport du 1 er juillet 2015, le docteur E_____, radiologue, a effectué une échographie de l'épaule droite de l'assurée, intervention motivée par un status post-traumatique remontant à quatre semaines et une douleur survenant à l'occasion de mouvements d'abduction de cette épaule. Selon ce médecin, on notait la présence d'un épanchement intra-articulaire gléno-huméral ainsi qu'un discret pincement de l'espace articulaire acromio-claviculaire. Le tendon du long chef du biceps était dans sa gouttière bicipitale avec une importante quantité de liquide dans sa gaine. Le tendon du supra-épineux présentait une zone hypoéchogène s'étendant de la surface inférieure jusqu'à la partie supérieure avec hyperhémie focalisée, ce qui traduisait une rupture qui s'avérait être quasi-complète. On notait enfin la présence d'un épanchement dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne.! [endif]>! [if> 6. Le 17 juillet 2015, l'assurée s'est blessée en tentant de rattraper le chariot de repas d'une centaine de kilos qui basculait à la descente d'un trottoir dans la rue. Dans le formulaire en cas d'accident qu'elle a complété et transmis à l'assureur le 18 août 2015, elle a indiqué que son bras droit avait été

bloqué et qu'elle avait alors eu très mal. Elle a précisé avoir eu des problèmes de santé avant cet évènement, à savoir qu'elle avait été victime d'une chute dans les escaliers le 15 mai 2015, et qu'elle avait eu depuis une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Trois infiltrations ont été pratiquées après cet évènement du 17 juillet 2015, ainsi que différents examens médicaux et traitements, et elle a été mise au bénéfice d'arrêts complets de travail dès ce jour-là. Le 22 juillet 2015, le Dr E_____ a écrit à la doctoresse F_____ médecin praticien traitant de l'assurée, spécialiste en médecine physique et réadaptation, pour l'informer que l'assurée souffrait d'une rupture du tendon supra-épineux avec liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Aussi avait-il pratiqué, le jour même, une infiltration de PRP (plasma riche en plaquettes) au niveau de l'épaule droite sous guidage échographique, sans complication. Dans un rapport du 7 août 2015, la Dresse F_____ s'est référée à l'évènement du 3 mai 2015 en indiquant que l'assurée avait chuté dans les escaliers d'une hauteur de trois mètres avec réception sur le pied droit. Même si l'état général était conservé, ce médecin notait la présence de contusions osseuses diverses, une douleur du quatrième orteil droit et à la mobilisation de l'épaule droite. Les constatations radiologiques n'avaient pas révélé de fracture au niveau du pied droit. En revanche, une échographie de l'épaule droite avait objectivé une rupture du tendon supra-épineux et une bursite sous-acromio-deltoïdienne post-traumatiques. Par courrier du 8 octobre 2015, un inspecteur de sinistres a fait savoir à l'assureur qu'il avait recueilli les déclarations de l'assurée lors d'une visite effectuée la veille à son domicile. Évoquant l'évènement survenu dans le courant du mois de juin, l'assurée a précisé qu'après le choc de son épaule droite avec le dessous d'une fenêtre ouverte, elle s'était certes rendue chez un médecin pour des contrôles mais ne s'était pas fait délivrer d'arrêt de travail. Elle n'avait pas non plus complété de déclaration d'accident. À la suite de ces contrôles, elle n'avait rien entrepris en vue de sa guérison. Aussi pensait-elle que l'évènement du 17 juillet 2015 avait « fini d'endommager l'épaule droite ». En effet, le trajet avec le chariot de vaisselle était long et très difficile. Elle devait traverser des routes et descendre et monter sur des trottoirs. Elle demandait parfois de l'aide à des passants afin de soulever le chariot pour passer un obstacle. Dans un rapport du 10 novembre 2015, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à la Dresse F_____ qu'il avait examiné l'assurée le 3 novembre 2015. Cette dernière présentait, depuis un an environ, des douleurs à son épaule droite qui avaient été décompensées lors de l'accident survenu le 17 juillet 2015. À cette date, c'était en tentant de rattraper un chariot d'une centaine de kilos qu'elle avait ressenti un violent craquement dans son épaule, immédiatement suivi de douleurs. « Cette articulation » était actuellement à 30 % d'une articulation normale, avec des douleurs pouvant être situées à 8 sur une échelle de 10. La symptomatologie, péjorée durant la nuit, n'avait pas connu d'amélioration après trois infiltrations de facteurs de croissance. À l'examen, on notait une sensibilité à la palpation des deux articulations acromio-claviculaires. Les amplitudes étaient complètes et la coiffe des rotateurs « compétente ». Le 12 novembre 2015, le Dr E_____ a pratiqué une IRM de l'épaule droite de l'assurée. Les images révélaient un remaniement intra-substantiel du supra-épineux avec épaissement sans rupture transfixiante. Le 9 décembre 2015, le Dr H_____, radiologue, a réalisé une échographie de l'épaule gauche, motivée par des douleurs à cette épaule ainsi que la suspicion d'un syndrome de la coiffe des rotateurs ou d'une bursite. Après examen, ce médecin a conclu à une déchirure partielle de la face bursale du tendon supra-épineux, sans argument pour une déchirure transfixiante,

associée à une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne. 13. À la demande de l'assureur, l'assurée s'est rendue le 26 février 2016 à la Clinique Corela pour se soumettre à un examen de l'appareil locomoteur que ce centre d'expertises avait confié à la doctoresse I _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport d'expertise du 4 avril 2016, cette experte a considéré que la chute dans les escaliers du 3 mai 2015 constituait un antécédent sans rapport direct avec la suite ; au cours de son entretien du 7 octobre 2015 avec l'inspecteur des sinistres, l'assurée avait évoqué surtout une réception sur le pied et des douleurs au niveau du coccyx, sans faire mention spontanément d'un problème d'épaule à la suite de cet événement. Quant au traumatisme par choc direct avec le dessous d'une fenêtre, survenu en juin 2015, il ne s'agissait pas, selon l'experte, d'un mécanisme habituel à l'origine de lésions des tendons au niveau de l'épaule. En effet, un choc direct sur le dessus de l'épaule en regard du trapèze ne pouvait pas engendrer une lésion ou une inflammation des tendons de la coiffe des rotateurs. Il ne s'agissait pas d'un traumatisme à risque pour la coiffe. Quant à l'apparition de douleurs au niveau de l'épaule gauche en décembre 2015, elle avait incité à la réalisation d'une échographie de cette autre épaule. Effectué le 9 décembre 2015, cet examen avait montré des tendons dégénératifs, ce qui était un autre argument en faveur d'une dégénérescence bilatérale préexistante, prenant l'aspect d'un tendon supra-épineux hétérogène à droite. Le fait d'avoir rattrapé le chariot de repas avec le membre supérieur droit le 17 juillet 2015 était simplement à l'origine d'une aggravation de l'inflammation préexistante du tendon du muscle supra-épineux, ce qui était corroboré par une sensation de craquement, ainsi que des douleurs immédiates de l'épaule droite survenues lors de cet événement. En conclusion, l'experte a retenu que l'on était en présence d'un tendon du muscle supra-épineux dégénératif (tendon hétérogène) avec microfissures, qui avait été le siège d'une inflammation de date et d'origine indéterminée. Cette inflammation avait connu une aggravation temporaire dans les suites du traumatisme survenu le 17 juillet 2015. Le lien de causalité de l'inflammation transitoire « sur tendon dégénératif du muscle supra-épineux de l'épaule droite » avec l'accident du 17 juillet 2015 apparaissait ainsi vraisemblable (51%). Cependant, une mise au repos de quatre à six semaines permettait habituellement un retour à l'état antérieur. Ainsi, la date du statu quo ante pouvait être fixée sur le plan médico-théorique au plus tôt le 15 août 2015, soit quatre semaines après l'accident du 17 juillet 2015 et quarante-cinq jours après l'échographie du 1 er juillet 2015, et au plus tard le 12 novembre 2015, date de l'arthro-IRM qui ne montrait que des lésions dégénératives. Outre cette aggravation temporaire de l'inflammation préexistante du tendon du muscle supra-épineux, l'événement du 17 juillet 2015 avait vraisemblablement été aussi la cause d'une aggravation temporaire de l'inflammation préexistante du tendon du long chef du biceps. En effet l'échographie réalisée le 1 er juillet 2015 permettait d'affirmer qu'il existait une inflammation au niveau de ce tendon avec notamment une importante quantité de liquide dans sa gaine. Le traumatisme direct de la partie supérieure de l'épaule contre le dessous du montant de la fenêtre, survenu en juin 2015, était difficilement rattachable à une inflammation du tendon du long chef du biceps, l'impact ayant touché le trapèze. En revanche, la responsabilité de la chute dans les escaliers du 3 mai 2015 pouvait être envisagée, mais sans certitude. L'apparition de cette inflammation survenue sur un tendon non pathologique plaidait en effet pour un événement accidentel. Pour autant, l'accident du 17 juillet 2015 ne pouvait être responsable à lui seul d'une telle lésion puisque celle-ci était déjà présente sur l'échographie du 1 er juillet 2015. Ainsi, le traumatisme du 17 juillet 2015 avait vraisemblablement temporairement aggravé cette inflammation, l'assurée ayant tenté

de rattraper le chariot avec le membre supérieur droit, avec craquements et algie scapulaire immédiate. Là aussi, la guérison de l'inflammation pouvait être fixée, sur le plan théorique, au plus tôt quatre semaines après l'accident du 17 juillet 2015, soit quarante-cinq jours après l'échographie du 1^{er} juillet 2015 ayant révélé la lésion, et au plus tard le 12 novembre 2015, date à laquelle l'arthro-IRM ne montrait plus aucune lésion au niveau du tendon du long chef du biceps. Il n'existait pas de lien de causalité entre les lésions du tendon du muscle supra-épineux de l'épaule gauche et l'accident du 17 juillet 2015. Il fallait noter ici que cette atteinte de l'épaule gauche, objectivée par l'échographie du 9 décembre 2015, existait de façon similaire du côté droit, ce qui était un argument pour évoquer des lésions d'origine dégénérative et non traumatique. Il s'agissait d'une lésion liée au vieillissement intrinsèque du tendon, qui n'avait pas été aggravée par les différents traumatismes qui avaient tous eu lieu à droite, même si l'assurée mentionnait l'apparition d'algies à l'épaule gauche à la suite de l'accident du 17 juillet 2015. Quoiqu'il en soit, la suspicion d'une rupture partielle du tendon du muscle supra-épineux de l'épaule gauche était peu probable, ou il s'agissait tout au plus d'une rupture très superficielle et de très petite taille car le testing clinique était actuellement tout à fait rassurant quant à la résistance au mouvement d'abduction contrariée, c'est-à-dire au testing de la force musculaire du supra-épineux de l'épaule gauche. S'agissant enfin de l'atteinte des articulations acromio-claviculaires des épaules droite et gauche, elle était tout à fait banale et le plus souvent asymptomatique. Il pouvait exister des poussées douloureuses qui cédaient spontanément ou à la faveur d'une infiltration. L'étiologie de cette pathologie n'était habituellement pas traumatique et dans le cas de l'assurée, cette atteinte était bilatérale, ce qui plaidait en faveur d'un mécanisme purement dégénératif. Sous l'angle des limitations et de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée, l'experte a considéré qu'aucune incapacité de travail d'origine scapulaire ne pouvait être attribuée à l'accident du 3 mai 2015. Pour l'incapacité de travail secondaire à l'événement du 17 juillet 2015, elle a estimé que théoriquement, pour des inflammations des tendons, la reprise de l'activité habituelle aurait pu avoir lieu dès le 15 août 2015. Cependant, dans la mesure où la disparition de l'inflammation ne pouvait être clairement exclue avant le 12 novembre 2015, cette date coïncidait avec la fin de l'incapacité de travail. L'experte n'a pas retenu de limitations fonctionnelles, ni dans l'activité habituelle ni dans une activité adaptée, mais souligné qu'au vu de l'état antérieur dégénératif bilatéral du tendon du muscle supra-épineux, le risque de lésion de la coiffe des rotateurs était bien présent en cas de bascule d'un chariot et de tentative de rattrapage de celui-ci. 14. Le 8 avril 2016, l'assureur a transmis à l'assurée une copie du rapport d'expertise du 4 avril 2016 et lui a fait savoir qu'au vu des conclusions de l'experte, en particulier du retour à une capacité de travail entière dès le 12 novembre 2015, le lien de causalité entre « les événements de 2015 (épaule droite) » et les problèmes de santé subsistant après le 11 novembre 2015 n'était plus donné. À compter du 12 novembre 2015, l'assurée ne pouvait plus prétendre à des prestations de la part de l'assureur et il lui incombait de s'adresser à sa caisse maladie pour la prise en charge du traitement de son épaule droite. 15. Par courrier du 11 avril 2016, l'assureur a transmis à l'employeur un décompte final d'indemnités journalières en précisant que l'incapacité de travail de l'assurée était en relation avec un état malade à partir du 12 novembre 2015. 16. Par décision du 26 juillet 2016, l'assureur a mis fin au versement des prestations avec effet au 11 novembre 2015. Un lien de causalité naturelle et adéquate devait exister afin qu'un événement dommageable de caractère accidentel puisse être retenu. Si un état maladie préexistant avait été rendu manifeste ou

aggravé par l'accident, l'obligation de prêter de l'assurance-accidents cessait lorsque l'évènement n'était plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. En l'espèce, selon les pièces au dossier, il existait un état maladif préexistant à l'accident du 17 juillet 2015. Selon l'arthro-IRM effectuée le 12 novembre 2015, il ne subsistait désormais plus que des lésions dégénératives de l'épaule droite. Le statu quo ante avait par conséquent été atteint ce même 12 novembre 2015. Opposition pouvait être formée dans les trente jours à compter de la réception de la décision. ¹⁷ Le 12 septembre 2016, l'assurée, représentée par une juriste de l'assurance de protection juridique Assista TCS SA (ci-après : Assista), a formé opposition à la décision du 26 juillet 2016 en concluant préalablement à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son opposition (le temps de produire un rapport de la Dresse F_____), et principalement à ce que la décision du 26 juillet 2016 soit annulée et que les prestations d'assurance lui soient versées au-delà du 11 novembre 2015. L'opposition était déposée afin que ses droits soient préservés. Étant dans l'attente dudit rapport médical, elle sollicitait un délai complémentaire afin de pouvoir compléter son écriture. ¹⁸ Dans un compte-rendu opératoire du 28 octobre 2016 du Service de chirurgie orthopédique de HUG, la doctoresse J_____, cheffe de clinique, a indiqué que l'assurée avait subi, le jour même, une intervention à l'épaule droite. L'arthroscopie diagnostique pratiquée avant l'opération avait révélé, à cette épaule, une tendinopathie du long chef du biceps. Ce tendon se montrait « délaminé à son insertion tubercule glénoïdal avec une déchirure du labrum ainsi que la racine du biceps correspondant à un type 4 de SLAP » (sic). S'y ajoutaient une arthrose acromio-claviculaire symptomatique ainsi qu'un conflit sous-acromial avec légère tendinopathie du supra-épineux. ¹⁹ a. Le 14 novembre 2016, l'avocat nouvellement constitué de l'assurée, après avoir eu un contact téléphonique avec une collaboratrice de l'assureur, a écrit un courriel à la gestionnaire du dossier de l'assurée en lui expliquant s'être vu déléguer le dossier de cette dernière par Assista quelques jours auparavant seulement. Il a relevé que l'assureur n'avait pas formellement répondu à la demande du mandataire précité de pouvoir compléter l'opposition du 12 septembre 2016, et sollicitait un nouveau délai pour compléter cette écriture, « d'au moins une trentaine de jours ». L'avocat a requis une réponse par retour de mail ou sur son téléphone portable, dont il a communiqué les coordonnées. ^b En réponse immédiate à l'envoi de ce courrier, une réponse d'absence automatique a été transmise à l'avocat de l'assurée, indiquant que la gestionnaire du dossier était en vacances jusqu'au 20 novembre 2016 et qu'elle répondrait aux messages dès son retour. Le mail précisait qu'en cas d'urgence, un autre collaborateur, dont elle transmettait les coordonnées, pouvait être contacté. ^c Ensuite de ce message d'absence, l'avocat a réécrit à la gestionnaire, en mettant la collaboratrice qu'il avait eue par téléphone en copie. Il a expliqué avoir reçu comme instruction de lui écrire et qu'il recevrait alors une réponse immédiate, ce qui n'était pas possible dès lors qu'elle était absente. L'avocat partait par conséquent du principe que le délai complémentaire d'un mois pour transmettre sa motivation lui était accordé. Si tel ne devait pas être le cas, il demandait à ce qu'il soit recontacté dès le retour de la gestionnaire afin qu'un délai convenable lui soit accordé. ²⁰ Par courrier du 12 décembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a motivé son opposition. L'assureur devait prêter tant qu'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé et l'évènement dommageable subi subsistait. Se référant à un rapport du 21 octobre 2016 (non produit à ce stade de la procédure) de la Dresse F_____, la recourante a indiqué que même si l'arthro-IRM du 12 novembre 2015 avait mis en évidence « un remaniement intra-substantiel du supra-épineux avec épaissement sans rupture

transfixiante » et, partant, une amélioration, son état était toujours fragile à ce moment-là. En effet, son activité professionnelle, qui impliquait le maniement d'un chariot pesant près de 100 kg, avait provoqué de nouvelles lésions tendineuses. L'assurée a également fait valoir que si, aux dires de l'experte, l'arthro-IRM du 12 novembre 2015 ne révélait que des lésions dégénératives, il n'en restait pas moins qu'il n'était pas possible de se fonder sur le rapport d'expertise du 4 avril 2016 dès lors que ce document ne faisait qu'affirmer que l'inflammation avait disparu, sans démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le remaniement intra-substantiel du supra-épineux avec épaissement, objectivé par ladite arthro-IRM, n'était plus une cause directe de l'accident. L'assureur n'avait par conséquent pas apporté la preuve de la rupture du lien de causalité entre l'évènement subit et l'atteinte à la santé mais s'était fondé sur la simple possibilité qu'il en fût ainsi, ce qui ne suffisait pas pour mettre un terme aux prestations. Il lui était par conséquent demandé de rendre une nouvelle décision et de verser les prestations dues pour son incapacité de travail. 21. Par décision sur opposition du 6 février 2017, l'assureur a déclaré l'opposition irrecevable. Cette dernière devait être motivée et comporter des conclusions. Si elle ne satisfaisait pas à ces exigences, l'assureur devait impartir à l'assuré un délai convenable pour réparer le vice, en précisant qu'à défaut, l'opposition serait déclarée irrecevable. Par ailleurs, le délai légal ne pouvait être prolongé. Dans un arrêt 9C_191/2016 du 18 mai 2016, le Tribunal fédéral avait jugé que le délai à impartir pour remédier à un défaut de motivation d'une opposition ne devait pas servir à un avocat à obtenir une prolongation du délai légal pour motiver une opposition si le temps était encore suffisant pour le faire. Pour le surplus, même en envisageant l'hypothèse d'une recevabilité de l'opposition, cette dernière ne pouvait être que rejetée. En effet, comme l'experte l'avait relevé (cf. p. 25 § 4), en tant que l'arthro-IRM du 12 novembre 2015 objectivait un remaniement intra-substantiel du supra-épineux avec épaissement sans rupture transfixiante, ce document d'imagerie ne montrait que des lésions dégénératives. Enfin, il y avait lieu de retenir que l'évènement du 17 juillet 2015 ne pouvait être qualifié d'accident au sens de la loi et n'avait pas non plus causé de lésion corporelle assimilée à un accident. L'opposition devait donc aussi être rejetée pour cette raison. L'assureur a néanmoins consacré l'essentiel de sa décision sur opposition à motiver le bien-fondé de sa décision du 26 juillet 2016, pour en conclure que l'opposition « devrait donc aussi être rejetée pour cette raison ». 22. Par acte du 9 mars 2017, l'assurée, par l'intermédiaire d'un avocat, a recouru contre cette décision sur opposition, en concluant à l'annulation de cette dernière, à la reconnaissance de son droit à des indemnités d'assurance en perte de gain après le 11 novembre 2015 et à l'octroi d'une indemnité de procédure, subsidiairement à ce qu'une expertise médicale indépendante soit ordonnée. S'agissant de la recevabilité de l'opposition, la recourante a rappelé que lorsque celle-ci ne satisfaisait pas aux exigences légales, l'assureur devait accorder un délai raisonnable à l'opposant afin qu'il la rende conforme, ceci sous peine d'irrecevabilité. En outre, la jurisprudence soulignait que les exigences posées quant à la forme et au contenu d'une opposition n'étaient pas élevées et qu'il suffisait que la volonté de l'opposant de ne pas accepter la décision litigieuse apparaisse clairement dans ses écritures ou ses déclarations pour que l'opposition soit déclarée recevable. En l'espèce, la recourante avait clairement indiqué dans ses conclusions qu'elle faisait opposition sur la question de la causalité des événements de l'été 2015 sur la subsistance des troubles, motifs qui ne pouvaient, selon elle, être développés qu'à réception du rapport médical requis du médecin traitant. En outre, l'assureur ne lui avait pas octroyé de délai pour rendre son opposition conforme aux exigences légales, et il n'avait pas même

donné suite à ses demandes de prolongation de délai. L'opposition était ainsi parfaitement recevable. Sur le fond, la recourante a soutenu que les événements subis devaient être qualifiés d'accidents au sens de la loi. Quant à l'argument d'une dégénérescence préexistante de l'épaule droite, invoqué dans la décision entreprise, il ne contrecarrait pas de manière si évidente la causalité naturelle entre les accidents et les lésions dont elle souffrait. En effet, même à supposer qu'une atteinte des deux épaules ait existé avant lesdits accidents, force était de constater que cette atteinte ne générait pas de souffrances et que la recourante travaillait et conduisait son véhicule normalement, activités qu'elle ne pouvait plus accomplir depuis ces accidents. De plus, si l'on s'en tenait à la thèse – défendue par l'experte – d'une simple inflammation causée par un événement bagatelle qui aurait dû être soignée en quatre à cinq semaines, il était manifeste qu'un tel délai de guérison était manifestement trop bref puisque la recourante avait subi une intervention à son épaule droite le 28 octobre 2016, soit plus d'un an après les accidents susmentionnés, ce qui démontrait que ces derniers avaient fait plus que réveiller une inflammation préexistante. À ce propos, le médecin traitant de la recourante, la Dresse F_____, avait constaté dans un rapport du 21 octobre 2016 que la fragilité de l'épaule droite était une conséquence directe des accidents, la motricité fonctionnelle n'ayant jamais été récupérée à leur suite. Par conséquent, le lien de causalité entre les accidents survenus en juin 2015 et le 17 juillet 2015 d'une part, et l'incapacité de travail qui avait perduré après le 12 novembre 2015 d'autre part, devait être admis, de sorte que l'intimée était tenue de verser des prestations au-delà de cette date. À l'appui de ses conclusions, la recourante a produit – pour la première fois – le rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____. Ce médecin y indiquait que l'assurée avait eu trois accidents à son épaule droite, à savoir : - chute dans les escaliers avec réception sur le côté droit le 3 mai 2015 ; - choc direct sur l'épaule droite contre une fenêtre en juin 2015 ; - violent craquement dans l'épaule droite lors d'une tentative de rattrapage d'un chariot d'une centaine de kilos le 17 juillet 2015. L'examen échographique qui avait été effectué à la suite du deuxième accident avait mis en évidence une rupture complète du tendon supra-épineux et une bursite sous acromio-deltoïdienne. Un traitement par PRP, pratiqué le 22 juillet 2015, n'avait pas permis de nette amélioration. L'assurée avait bénéficié également de plusieurs séances de physiothérapie et d'une troisième infiltration à l'épaule droite avec peu d'évolution. Tout en poursuivant son traitement, elle avait continué de forcer sur son épaule droite du fait de son activité professionnelle à la crèche (travail lourd et manuel). L'arthro-IRM du 12 novembre 2015 avait mis en évidence un remaniement intra-substantiel du supra-épineux avec épaissement sans rupture transfixiante. À cette date, il aurait été « possible d'affirmer une amélioration concernant la rupture totale ». Cependant, la présente fragilité de l'épaule était une conséquence directe des accidents précédents, la motricité n'ayant jamais été récupérée à leur suite. En effet, de nouvelles lésions tendineuses étaient toujours provoquées à chaque effort, entraînant des douleurs et une impotence fonctionnelle chez l'assurée. La dernière arthro-IRM de septembre 2016 avait permis de constater une tendinopathie fissuraire du supra-épineux sans évolution, une tendinopathie infra-épineuse ainsi qu'une bursite sous acromio-deltoïdienne. Pour résumer les réponses aux questions qu'Assista lui avait posées par courrier du 19 septembre 2016 (non produit au stade du recours), la Dresse F_____ a indiqué que l'assurée subissait encore des conséquences de ses accidents de 2015 et que les troubles endurés étaient en relation de causalité directe avec ces événements. La situation était « mixte », à savoir : si l'assurée avait probablement récupéré suite aux trois accidents subis en 2015, elle n'en avait pas moins développé des tendinopathies chroniques ainsi

qu'une arthropathie de son épaule, conséquences directes de ces accidents. Du reste, une intervention chirurgicale était nécessaire et prévue le 29 octobre 2016 (recte : 28 octobre 2016). 23. Par mémoire de réponse du 6 avril 2017, l'intimée a conclu principalement à ce que l'opposition soit déclarée irrecevable et, subsidiairement, à ce que le recours soit rejeté sur le fond et la décision confirmée. [endif]>[if> Assista n'avait nullement motivé son opposition. Le mandataire aurait pu la motiver dûment, en sollicitant la production ultérieure du rapport médical concerné, rapport qu'il n'avait toujours pas produit. L'acte déposé du 12 septembre 2016 n'était qu'une demande de prolongation d'un délai légal, qui ne pouvait pas être prolongé. Le mandataire de l'assurée avait en outre reçu une copie complète du dossier plus d'un mois avant que la décision du 27 juillet 2016 ait été rendue, et avait donc eu la possibilité de l'étudier dès ce moment-là. Il avait ensuite pu profiter de la suspension estivale des délais entre le 15 juillet et le 15 août et n'avait demandé une première prolongation de délai pour motiver son opposition que le 12 septembre 2016, puis une seconde un mois plus tard. Sur le fond, l'intimée a soutenu que l'événement du 17 juillet 2015 ne remplissait pas les conditions d'un accident au sens légal. De plus, aucun des événements décrits par la recourante n'avait eu pour conséquence une lésion assimilée à un accident et enfin, le statu quo sine était atteint. 24. Par courrier du 2 mai 2017, l'avocat de la recourante a sollicité un délai pour faire part de ses observations au sujet de la réponse du 6 avril 2017. Vu la teneur de cette écriture, il avait demandé à Assista TCS SA de se déterminer sur cette dernière et était toujours dans l'attente d'une réponse de leur part. [endif]>[if> 25. Par réplique du 15 mai 2017, l'avocat de la recourante a exposé qu'Assista, dans son écriture du 12 septembre 2016, avait clairement montré sa volonté de ne pas accepter la décision du 26 juillet 2016 en y faisant opposition et en concluant préalablement à ce qu'un délai complémentaire pour déposer de nouvelles pièces médicales lui soit accordé, et, principalement, à ce que la décision du 26 juillet 2016 soit annulée. L'assureur était tenu d'accorder un délai pour rendre l'opposition conforme aux exigences légales avant de la déclarer irrecevable, et les critères d'admission de la recevabilité d'une opposition étaient peu élevés. L'opposition devait par conséquent bien être déclarée recevable. [endif]>[if> Sur le fond, la recourante a notamment relevé que de l'avis de l'experte, une simple inflammation aurait dû se résorber spontanément au bout de cinq à six semaines. Or, tel n'était pas le cas. Depuis « l'accident », elle n'avait d'ailleurs plus pu conduire son véhicule, les douleurs à l'épaule droite rendant cette activité insupportable. Par ailleurs, les troubles consécutifs à « l'accident » avaient été si persistants qu'une intervention chirurgicale avait dû être pratiquée le 28 octobre 2016, soit près d'un an après que l'assureur eut cessé de verser ses prestations. Il était par conséquent contesté que le statu quo sine ait été atteint le 12 novembre 2015. 26. Le 23 mai 2017, la chambre de céans a invité l'intimée à se déterminer notamment sur les deux points suivants soulevés par la recourante, à savoir : [endif]>[if> - le fait que l'intimée n'avait apparemment pas imparti de délai à l'opposante pour motiver son opposition ; [endif]>[if> - le certificat médical établi le 21 octobre 2016 par la Dresse F_____ [endif]>[if> 27. Par courrier du 29 mai 2017, l'intimée a demandé à la chambre de céans de lui faire parvenir la liste de questions auxquelles la Dresse F_____ - avait répondu le 21 octobre 2016. [endif]>[if> 28. À la demande du greffe, la recourante a déposé, le 6 juin 2017, la liste en question. [endif]>[if> Il s'agissait d'un courrier du 19 septembre 2016 par lequel Assista avait transmis à la Dresse F_____ une copie du rapport d'expertise du 4 avril 2016 et l'avait invitée à lui faire parvenir un rapport indiquant si elle partageait ou non l'avis de l'experte. Assista lui avait également demandé si la recourante subissait encore des

conséquences de ses accidents de 2015, en particulier si les troubles rencontrés étaient en relation de causalité directe avec ces événements. Si tel n'était pas le cas, la Dresse F_____ était invitée à dire dans quelle mesure les troubles de la recourante étaient préexistants aux accidents. 29. Par courrier du 10 juillet 2017, l'intimée a indiqué qu'Assista, qui représentait initialement la recourante, avait des connaissances juridiques approfondies et l'habitude de former opposition pour ses assurés. Étant donné que cette assurance de protection juridique représentait la recourante depuis début juin 2016, elle avait eu suffisamment de temps pour étudier le dossier et indiquer brièvement, en respectant le délai légal d'opposition (non prolongeable), les raisons pour lesquelles elle s'opposait à la décision du 26 juillet 2016. Compte tenu de cette situation, « la défenderesse » n'avait pas jugé nécessaire d'accorder un délai supplémentaire pour remédier au vice affectant son opposition du 12 septembre 2016. S'agissant du rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____, l'intimée a estimé que ce médecin traitant n'avait pas eu à disposition toutes les pièces du dossier LAA et qu'elle s'était contentée de conclure, selon le principe « post hoc ergo propter hoc » que l'état de santé actuel de la recourante était dû aux suites des événements de 2015. L'intimée a par ailleurs relevé que la Dresse F_____ n'avait pas pris position sur le rapport d'expertise du 4 avril 2016 que lui avait soumis Assista. En définitive, le rapport de la Dresse F_____ du 21 octobre 2016 n'était pas convaincant et ne permettait pas de remettre en question l'expertise de la Dresse I_____. 30. Le 22 août 2017, la recourante s'est déterminée sur le courrier du 10 juillet 2017 de l'intimée en soutenant qu'il incombait dans tous les cas à l'assureur d'interpeller l'assuré dont l'opposition n'était pas suffisamment motivée ou claire avant de déclarer celle-ci irrecevable. Dans le cas concret, il n'appartenait pas à l'intimée d'apprécier s'il y avait lieu d'accorder un délai à la recourante ou non, elle aurait été tenue de le faire et l'opposition devait être déclarée recevable. 31. Concernant le rapport du 21 octobre 2016, la recourante a notamment fait valoir que la thèse d'une atteinte dégénérative de l'épaule droite, développée par l'experte en fonction d'une atteinte similaire à l'épaule gauche, était battue en brèche par l'évolution du cas après l'expertise. En effet, seule l'épaule droite avait nécessité une intervention chirurgicale le 28 octobre 2016. Ainsi, même en considérant que l'épaule gauche était atteinte elle aussi, il n'était pas possible de soutenir que cette atteinte était similaire à celle de l'épaule droite. Par ailleurs, même s'il fallait admettre qu'il existait une atteinte des deux épaules avant les accidents, il n'en demeurait pas moins que la recourante ne souffrait pas, travaillait et conduisait son véhicule normalement, activités qui ne lui étaient plus accessibles depuis lors. Partant, la cause de l'incapacité de travail de la recourante résidait bel et bien dans la lésion subie à son épaule droite, lésion qui, s'il s'était agi d'une simple inflammation, n'aurait pas nécessité d'opération et aurait dû être soignée en cinq à six semaines, selon les dires mêmes de la Dresse I_____. 32. Par duplique du 19 septembre 2017, l'intimée a réitéré en substance ses thèses sur l'inutilité d'accorder un délai supplémentaire à Assista pour motiver son opposition du 12 septembre 2016 ainsi que ses critiques à l'encontre du rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____. 33. Par envoi spontané du 22 mars 2018, la recourante a fait parvenir à la chambre de céans la copie d'un courrier qu'elle avait adressé le jour même à l'intimée. Elle avait appris par la presse que la chambre de céans avait invité les assurés dont le droit à des prestations avait été contesté sur la base d'une expertise rendue par la Clinique Corela à adresser une demande de révision à l'autorité ayant statué en dernier lieu sur leur cas. Étant donné que la décision sur opposition du 6 février 2017 reposait précisément sur une expertise réalisée par la Clinique Corela, l'intimée était invitée à faire savoir si elle était

disposée à entrer en matière sur une demande de révision et à rouvrir une procédure probatoire. Dans l'affirmative, le recours du 9 mars 2017 pourrait être retiré. 33. Par pli du 9 avril 2018, l'intimée a transmis à la chambre de céans une copie du courrier qu'elle avait envoyé le même jour à la recourante et dans lequel elle déclarait suspendre, en l'état, la demande de révision jusqu'à droit jugé par la chambre de céans. Si cette dernière confirmait l'irrecevabilité de l'opposition formée, l'intimée reprendrait l'examen de la requête. En revanche, si la chambre de céans considérait que l'opposition était recevable et entrerait en matière sur le fond, elle pourrait, forte de son pouvoir d'appréciation, procéder à une instruction complémentaire du dossier, notamment en interrogeant « les experts » (sic) de la Clinique Corela. En pareille hypothèse, le fait nouveau invoqué par la recourante serait pris en compte par l'autorité judiciaire. Partant, il se justifiait, par économie de procédure, de suspendre la demande de révision du 22 mars 2018. Pour le surplus, l'intimée a fait valoir que si la mesure disciplinaire rendue à l'encontre de la Clinique Corela pouvait formellement constituer un fait nouveau justifiant la recevabilité d'une requête de révision, elle n'impliquait évidemment pas d'office que matériellement, le rapport d'expertise rendu fût frappé d'un vice irréparable affectant la valeur de l'expertise rendue. Il s'agissait, dans le cas concret, d'une expertise orthopédique et non d'une expertise psychiatrique. Par opposition, l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017, auquel il était fait allusion, concernait un état de fait dans lequel les rapports d'expertise psychiatrique du Dr J_____, expert auprès de la Clinique Corela, avaient fait l'objet, sous la responsabilité du Dr K_____, de modifications importantes sans l'accord du Dr J_____ et sans que le Dr K_____ ne voie les expertisés. En l'espèce, il n'existait aucun indice remettant en question la fiabilité ou la crédibilité de la Dresse I_____. Au demeurant, celle-ci pouvait être questionnée pour lever tout doute quant à la fiabilité de son rapport d'expertise du 4 avril 2016. 34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accident déclarant l'opposition irrecevable. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que les articles précités n'y dérogent pas (art. 89B LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Déposé le 9 mars 2017 contre une décision sur opposition du 6 février 2017 reçue le lendemain, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours sera donc déclaré recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'opposition déposée par le mandataire de la recourante le 12 septembre 2016 doit être déclarée recevable et, dans l'affirmative, si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations pour le traitement médical et l'incapacité de travail au 11 novembre 2015. 3. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à

l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA, 1998, KV 37, p. 316, consid. 3b). Dans la mesure où les trois événements examinés 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 dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (aLAA et aOLAA).

4. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur. L'art. 10 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (al. 4). Si elle ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (al. 5). L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision. Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant de manière implicite ou explicite (ATF 119 V 347 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4).

5. a. En vertu de l'art. 40 al. 1 LPGA, un délai légal ne peut être prolongé. En effet, la sécurité du droit exige que certains actes (essentiellement les recours) ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps, un terme étant ainsi mis aux possibilités de contestation, de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 181). Le régime de la non-prolongation des délais légaux correspond cependant à un principe général valant sans préjudice des délais supplémentaires – qui s'appliquent précisément aux délais légaux. En droit des assurances sociales, de tels délais supplémentaires sont prévus en matière d'opposition (art. 10 al. 5 OPGA) mais aussi de recours au tribunal cantonal des assurances (art. 61 let. b LPGA ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, p. 547, n. 4-5 ad art. 40 LPGA).

b. À l'instar de ce que prévoit l'art. 61 let. b, phr. 2 LPGA pour la procédure judiciaire de première instance, un délai supplémentaire pour remédier à une opposition non conforme doit être accordé non seulement lorsque les conclusions et/ou la motivation ne sont pas claires, mais aussi lorsque l'opposition ne répond pas aux exigences légales – ce qui inclut les cas où les conclusions et/ou la motivation font simplement défaut (arrêt du Tribunal fédéral 8C_596/2012 du 29 novembre 2012 consid. 4.2 et les références citées). Il s'agit là d'une règle qui découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2009 du 8

septembre 2010 consid. 6.2 et la référence ; cf. Ueli KIESER, op. cit. n. 84 ad art. 61 LPGa). C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. Il s'agit là d'une prescription formelle, qui oblige le juge de première instance – excepté dans les cas d'abus de droit manifeste – de fixer un délai pour corriger les imperfections du mémoire de recours (143 V 249 consid. 6.2 et les références citées). Selon la jurisprudence, un abus de droit manifeste, justifiant qu'il soit renoncé à l'octroi d'un délai supplémentaire, est donné lorsqu'un avocat ou toute autre personne douée de connaissances juridiques adresse sciemment à l'autorité une écriture viciée en vue d'obtenir un délai supplémentaire pour motiver ses conclusions (ATF 134 V 162 consid. 4.1). On ne saurait toutefois voir d'abus de droit manifeste dans le simple fait de se procurer les pièces du dossier et de déposer dans le même temps un recours motivé sommairement ou qui ne l'est pas du tout (ATF 134 V 162 consid. 5.1). Demeure réservé le cas où la demande d'un délai supplémentaire est formée le premier jour du délai d'opposition et qu'il reste ainsi suffisamment de temps pour former une opposition motivée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016 du 18 mai 2016). Le Tribunal fédéral estime certes que l'existence d'un éventuel abus de droit peut être admise plus facilement lorsqu'un assuré est représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours (ATF 134 V 162 consid. 5.1) ; il n'en considère pas moins (indépendamment du point de savoir s'il y a lieu de faire une application restrictive ou non des conditions d'octroi d'un délai supplémentaire de l'art. 61 let. b LPGa) que lorsqu'un acte ne satisfait pas, de manière reconnaissable par le tribunal, aux réquisits de l'art. 61 let. b phr. 1 LPGa et que le délai de recours n'est pas encore échu à la date de réception de l'envoi, l'autorité judiciaire doit, en vertu du principe d'interdiction du formalisme excessif, avertir le recourant de cette irrégularité et, si elle ne l'a pas fait avant l'échéance du délai de recours, tolérer que l'acte concerné soit régularisé éventuellement hors délai (arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2009 du 8 septembre 2010 consid. 6.2). Ces principes peuvent être repris mutatis mutandis dans la procédure d'opposition (en appliquant par analogie l'art. 61 let. b LPGa), étant donné que cette dernière ne saurait être régie par des exigences formelles plus strictes que celles qui s'appliquent à la procédure judiciaire subséquente (ATF 123 V 128 consid. 3b ; Ueli KIESER, op. cit., p. 687 n. 27 ad art. 52 LPGa et les références). On précisera enfin qu'un délai supplémentaire est susceptible d'être prolongé (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 898/06 du 23 juillet 2007 consid. 3.4). 6. En l'espèce, l'opposition formée le 12 septembre 2016 comporte des conclusions tendant non seulement à l'annulation de la décision du 26 juillet 2016 mais aussi à l'octroi de prestations au-delà du 11 novembre 2015. Il ressort également de cet acte que la recourante a entendu compléter et motiver son opposition « en fonction des renseignements médicaux attendus », à savoir le rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____. Puisque la décision du 26 juillet 2016 se fondait sur le rapport d'expertise du 4 avril 2016 de la Dresse I_____ et qu'aucun rapport médical ne prenait position à ce sujet à deux jours de l'échéance du délai d'opposition (14 septembre 2016, vu la suspension des délais du 15 juillet au 15 août), on ne saurait voir un abus de droit manifeste de la part d'Assista dans le fait d'avoir formé une opposition non motivée le 12 septembre 2016 et demandé qu'on lui accorde un délai jusqu'au 14 novembre 2016 pour motiver son opposition. À la lumière de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2009 précité, la question d'un éventuel abus de droit manifeste pourrait au demeurant rester indécise dès lors que l'intimée a reçu l'opposition le 13 septembre 2016, soit avant l'échéance du délai d'opposition, et que l'absence de motivation de cet acte était reconnaissable. Par

conséquent, l'intimée aurait dû avertir Assista de cette irrégularité avant l'échéance du délai d'opposition et lui faire part simultanément des conséquences qu'elle entendait en tirer, par exemple en lui octroyant un délai supplémentaire (le cas échéant bref pour prévenir d'éventuels abus ; ATF 134 V 162 consid. 5.1 et 112 Ib 634 consid. 2c) et/ou en lui impartissant un délai pour motiver les raisons de l'absence de motivation de son opposition dans le délai légal (arrêt du Tribunal 8C_805/2012 du 27 mars 2013 consid. 7 pour un cas présentant quelques similitudes). Étant donné qu'elle s'en est abstenue et qu'elle n'a pas non plus interpellé le nouveau mandataire de la recourante (en charge du dossier depuis novembre 2016) à la suite de la demande de délai complémentaire d'un mois formée le 14 novembre 2016 par celui-ci, l'intimée doit se laisser opposer le fait que l'opposition du 12 septembre 2016 n'a été régularisée que le 12 décembre 2016 par ce mandataire. Il s'ensuit que l'opposition du 12 décembre 2016 est réputée avoir été formée dans les délais. Partant, la décision litigieuse doit être annulée en tant qu'elle déclare cette opposition

irrecevable.![endif]>![if> 7. a. 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. L'art. 4 LPGa dispose qu'est réputé accident 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.![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). b. L'art. 6 al. 2 aLAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (aOLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 aOLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA 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 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

8. 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 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.

9. a. 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 (et la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail), dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; FRÉSARD, MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3^{ème} éd., 2016, p. 1016 n. 385). Lorsque le *statu quo sine vel ante* est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état

maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références).>![endif]>![if> b. L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA, 1988, n° U 47, p. 228 consid. 6a). Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 470). L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps ; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 113 V 54 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD, MOSER-SZELESS, op. cit., p. 1015, n. 381). c. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (ATF 116 V 152 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 135/96 du 20 août 1997 consid. 2b). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN, Hans Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581, n. 16.50). 10. 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).>![endif]>![if> 11. a. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour

l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA, 2000, n° U 363, p. 45 consid. 2). Toutefois, 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, 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 264 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).

b. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. À défaut, en effet, 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 dégénérative ou accidentelle de cette lésion (arrêt du Tribunal fédéral 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 et les arrêts cités). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2).

12. 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. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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). b. 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). b/aa. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). b/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). b/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. À 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 13. 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).! [endif]>! [if> 14. a. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise du 4 avril 2016 pour mettre un terme à ses prestations au 11 novembre 2015. Ce rapport émane d'une spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soit une discipline dont il n'est pas contestable ni contesté qu'elle doit permettre d'appréhender la situation médicale de la recourante. Ce dernière n'a fait valoir aucun motif de récuser l'experte et n'a pas proposé de questions à lui poser en complément à celles de l'intimée. ! [endif]>! [if> b. D'un point de vue formel, ledit rapport paraît a priori complet (à tout le moins jusqu'à la date de l'expertise). Il relate les données fournies par la recourante, énonce les données objectives, pose les diagnostics, fait une appréciation de son cas et répond aux questions du mandat d'expertise. En revanche, certains événements relayés par la voie de la presse, mettant en cause la Clinique Corela (cf. le courrier du 22 mars 2018 de la recourante) et ayant connu des suites judiciaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017), nécessitent l'obtention d'éclaircissements quant à de possibles influences tierces sur la teneur du rapport d'expertise du 4 avril 2016 (cf. ci-dessous : consid 14d). c. Sur le fond, les développements de l'experte au sujet de l'accident du 3 mai 2015 (chute dans les escaliers) révèlent des zones d'ombre problématiques sur le déroulement de cet événement. Dans un certificat du 7 août 2015, le médecin traitant de la recourante, la Dresse F _____, fait état d'une réception sur le pied droit alors qu'il est question d'une « réception sur le côté droit » dans son rapport du 21 octobre 2016. En revanche, si l'on se réfère aux déclarations de l'assurée consignées par l'inspecteur des sinistres au procès-verbal du 7 octobre 2015, il est question d'une chute sur les fesses pour ce même événement (cf. annexe à la pièce 11 intimée). Bien que l'experte semble s'en tenir, pour sa part, à une chute sur le pied droit, lui permettant de classer l'accident du 3 mai 2015 parmi les « antécédents sans rapport direct avec la suite » (cf. p. 15 du rapport d'expertise), elle n'en considère pas moins que la responsabilité de la chute dans les escaliers du 3 mai 2015 peut être envisagée (« sans certitude ») pour l'inflammation du tendon du long chef du biceps, tout en précisant que cette inflammation était apparue sur un tendon non pathologique, ce qui plaidait pour une origine accidentelle de l'atteinte (cf. p. 26 du rapport d'expertise). Force est par ailleurs de constater que même si de l'avis de l'experte, le traumatisme du 17 juillet 2015 n'aurait que temporairement aggravé l'inflammation du tendon du long chef du biceps (vu l'absence de toute lésion de ce tendon à l'arthro-IRM du 12 novembre 2015), cette affirmation paraît a priori remise en question par le compte-rendu opératoire du 28 octobre 2016 puisque ce document diagnostique un tendon du long chef du biceps qui se montre délaminé à son insertion au niveau du tubercule supraglénoidal avec une déchirure du labrum correspondant à une lésion SLAP de type 4, sans que l'on sache à quelle(s) cause(s) cette évolution se rattache. Le fait que l'intimée n'ait pas soumis ce compte-rendu opératoire à l'experte justifierait à lui seul le renvoi du dossier pour instruction complémentaire, premièrement, sur le lien de causalité entre les atteintes diagnostiquées aux HUG le 28 octobre 2016 et les trois événements survenus en 2015 et, deuxièmement, sur le point de savoir s'il est toujours possible d'affirmer que l'aggravation passagère de l'inflammation du tendon du long chef du biceps, induite par l'événement du 17 juillet 2015, aurait cessé de déployer ses effets au plus tard le 12 novembre 2015. Troisièmement, au regard de la possible causalité reconnue par l'experte entre l'inflammation traumatique du tendon du long chef du biceps et l'événement du 3 mai 2015 (chute dans les escaliers), le flou entourant le déroulement de cette chute et son issue (réception sur le pied, les fesses ou le côté ?) devra également être

levé. Quatrièmement, l'argumentation de l'experte à l'appui du caractère dégénératif – car bilatéral – des lésions observées à l'épaule droite comme à l'épaule gauche apparaît désormais insuffisante au vu de l'intervention chirurgicale du 28 octobre 2016. Cette dernière ne concernait en effet que l'épaule droite. d. Dans ces circonstances, il s'impose que le rapport d'expertise du 4 avril 2016 soit complété notamment à la lumière du compte-rendu opératoire du 28 octobre 2016 et du rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____ - et des quatre points mis en exergue ci-dessus (consid. 14c). Étant donné que la Clinique Corela/Medlex SA a été frappée d'un retrait de l'autorisation d'exploitation durant trois mois (cf. ATA/967/2016 du 15 novembre 2016, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 en tant que l'arrêt cantonal attaqué concerne le « département expertises » de ladite clinique) et qu'il n'est a priori pas exclu, dans ce contexte, que le rapport d'expertise du 4 avril 2016 comporte des modifications faites sans l'accord ou à l'insu de la Dresse I_____, l'intimée aura le choix de confier ce complément d'expertise – voire une nouvelle expertise – à un autre expert. Dans ce cas, l'intimée devra permettre à la recourante de participer au choix de l'expert à désigner (cf. ATAS/226/2013). Si en revanche, l'intimée estime préférable de faire confiance à la même experte personnellement, il lui incombera de soumettre le rapport du 4 avril 2016 à cette dernière et de lui demander de confirmer préalablement si elle reconnaît être l'auteur de l'ensemble de ce rapport et si ce document reflète fidèlement les arguments, appréciations et conclusions auxquels elle est elle-même parvenue à la suite de la consultation de l'appareil locomoteur du 26 février 2016 et de l'examen du dossier de la recourante. À défaut d'une telle confirmation écrite, la charge d'apporter les éclaircissements requis devra être confiée à un autre expert. 15. La décision attaquée sera donc annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. 16. a. Obtenant partiellement gain de cause, une indemnité doit être accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'500.-. b. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des considérants. 3. Annule la décision du 6 février 2017 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et pour nouvelle décision. 4. Alloue à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'500.- à la charge de l'intimée. 5. Dit que la procédure est gratuite. 6. 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 Marie NIERMARÉCHAL Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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