

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1310/2012

ATAS/313/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 avril 2015**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ANNEMASSE, France,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître van  
GESSEL Christian

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---



**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1962, travaillait depuis le 15 novembre 2008 en tant que vendeuse pour le compte de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, dans l'un des magasins genevois de cette société. Le 19 mai 2009, alors qu'elle était occupée à déplacer des cartons en les poussant à travers le magasin, l'assurée a chuté en avant, par-dessus lesdits cartons. D'un point de vue médical, l'évolution du cas a été marquée par des troubles aux hanches, en particulier à droite.
2. Par décision du 11 février 2011, confirmée sur opposition le 24 février 2011, la SUVA (ci-après : la SUVA ou l'intimée), a considéré que les coxalgies bilatérales de l'assurée n'engageaient pas sa responsabilité au-delà du 31 décembre 2010.
3. Le 14 février 2011, l'assurée a subi une arthroscopie de la hanche droite, pratiquée par le docteur C\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste à Lyon.
4. Par acte du 19 mars 2011, l'assurée a saisi le Tribunal des assurances du canton de St-Gall d'un recours contre la décision du 24 février 2011.
5. Par jugement n° UV 2011/22 du 11 avril 2012, cette juridiction a rejeté le recours et confirmé la décision attaquée.
6. Le 21 avril 2011, l'assurée a subi une résection labrale et une acétabuloplastie de la hanche gauche, toujours pratiquée par le Dr C\_\_\_\_\_.
7. Statuant sur le recours interjeté par l'assurée le 18 mai 2012, le Tribunal fédéral a confirmé, par arrêt 8C\_423/2012 du 26 février 2013, le caractère dégénératif de la lésion du labrum de la hanche droite. Dès lors qu'il ne ressortait pas des rapports médicaux versés au dossier dans quelle mesure l'accident du 19 mai 2009 avait perdu tout effet causal sur les troubles présentés aux hanches au-delà du 31 décembre 2010, la Haute Cour a annulé le jugement cantonal et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire sur le plan médical, charge à cette dernière de nommer un expert médical indépendant ayant pour mission de déterminer si la chute du 19 mai 2009 avait tout au plus activé, même en partie, un état dégénératif et, dans l'affirmative, à quel moment l'assurée aurait retrouvé l'état de santé qui aurait été le sien sans l'événement considéré.
8. Intervenant sur mandat de la SUVA, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a considéré dans un rapport d'expertise rendu le 31 janvier 2014 que l'accident du 19 mai 2009 avait simplement révélé des lésions dégénératives préexistantes et que le statu quo sine était intervenu trois mois plus tard.
9. Par décision du 20 août 2014, confirmée sur opposition le 17 septembre 2014, la SUVA a maintenu la cessation des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement au 31 décembre 2010.

10. Par acte du 17 octobre 2014, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 17 septembre 2014. Cette affaire, enregistrée sous le numéro de cause A/3181/2014 LAA, fait l'objet d'une procédure distincte.
11. Dans un rapport du 26 mai 2010 – figurant au dossier SUVA relatif aux suites l'accident du 19 mai 2009 –, la doctoresse E\_\_\_\_\_, du service de rhumatologie des HUG, a indiqué que si la symptomatologie présentée aux hanches connaissait une évolution favorable, au point que l'assurée avait augmenté son temps de travail à 70% et prévoyait un 100% dès l'été, l'assurée se plaignait néanmoins de la persistance d'une douleur au niveau de l'épaule droite, sans impotence fonctionnelle, pour laquelle une IRM avait été faite en ambulatoire. Cette dernière avait mis en évidence une bursite sous acromio-deltoïdienne, sans lésion tendineuse associée. Dans ce contexte, la Dresse E\_\_\_\_\_ lui avait alors proposé d'envisager, avec son physiothérapeute, des exercices de renforcement des abaisseurs de l'humérus.
12. Le 10 juillet 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la route survenu à Chambéry. Le jour-même, le centre hospitalier de Chambéry lui a délivré un arrêt de travail complet.
13. Au cours d'un entretien qui s'était déroulé à son domicile le 1<sup>er</sup> septembre 2010, l'assurée a expliqué à la SUVA qu'elle se trouvait en vacances au moment de l'accident du 10 juillet 2010. À hauteur d'une intersection, un véhicule était entré en collision avec celui qu'elle occupait en tant que passagère du côté droit. Suite au choc qui était survenu latéralement à sa droite, elle avait ressenti des douleurs à la nuque, au dos et au bras droit, ainsi que des nausées.
14. Les 6 décembre 2010 et 20 janvier 2011, la SUVA a reçu divers rapports médicaux relatant l'état de santé de l'assurée après son accident du 10 juillet 2010 :
  - un rapport daté du 10 juillet 2010, établi par le docteur F\_\_\_\_\_, du service d'accueil des urgences du Centre hospitalier de Chambéry ; la palpation des épineuses du rachis cervical s'était avérée douloureuse, celle du rachis dorsal également (douleur au niveau de T6-T8) ; celle de la ceinture scapulaire, des deux membres supérieurs et des côtes ne l'était pas ; une radiographie du bassin n'avait mis en évidence aucune fracture, en particulier de la hanche droite. L'assurée avait un antécédent de déchirure musculaire à ce niveau, déjà pris en charge. L'assurée pouvait se mettre debout, mais la marche était douloureuse avec une douleur à droite « comparable à la douleur de déchirure déjà connue » ;
  - un compte rendu daté du 19 juillet 2010 par le docteur G\_\_\_\_\_, de la Polyclinique de Savoie ; l'assurée présentait, lors de la consultation du 11 juillet 2010, une douleur à l'épaule droite consécutive au choc ; des radiographies de l'épaule n'avaient pas été faites à Chambéry le jour de l'accident, car elle ne s'était pas plainte de douleurs à l'épaule à ce moment ; à l'examen des radiographies cervicales, du bassin et de la hanche droite, le

Dr G\_\_\_\_\_ n'avait rien à signaler, mais il relevait une perte de la courbure physiologique qu'il interprétait en faveur d'une entorse cervicale. En conclusion, ce médecin a fait état d'une simple contusion ;

- un bilan radiologique de l'épaule droite, du 13 juillet 2010, établi par le docteur H\_\_\_\_\_, de la Polyclinique de Savoie ; la congruence articulaire était satisfaisante ; il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique décelable et pas de calcification péri-articulaire ; le tendon bicipital se projetait dans la gouttière et était continu ; le tendon du sous-scapulaire était normalement inséré dans le trochin ; le tendon du sus-épineux présentait un aspect épaissi et continu ; le tendon du sous-épineux était continu et homogène ; le LAC était normal ; il existait une minime lame de bursite sous acromio-deltoïdienne ;
  - une arthro-IRM de l'épaule droite, réalisée le 28 juillet 2010 par le docteur I\_\_\_\_\_, indiquait qu'il n'y avait pas de signe de rupture capsulaire ou tendineuse au niveau de l'épaule droite. Les bourrelets glénoïdiens étaient intacts. Ce médecin signalait cependant un épaississement modéré du tendon du sus-épineux et de moindre degré du sous-épineux près de son insertion, compatible avec une élongation traumatique récente. En revanche, il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique à signaler ;
  - une IRM de la colonne cervicale du 10 novembre 2011, réalisée par le docteur J\_\_\_\_\_, de la Clinique Générale-Beaulieu, concluait à l'absence d'anomalie significative, hormis une discrète inversion cyphotique du rachis cervical centrée sur le disque C3-C4 ;
15. Dans un rapport du 14 janvier 2011, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin diplômé en traumatologie du sport, a attesté que l'assurée présentait une inflammation de l'épaule droite et des cervicalgies post-traumatiques suite à son accident du 10 juillet 2010.
16. Dans un rapport du 17 janvier 2011 à la SUVA, il a ajouté que la capacité de travail était toujours nulle et qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent, sans plus de précisions.
17. Dans un rapport du 3 février 2011 au docteur L\_\_\_\_\_, du Centre médical de Chêne-Bourg, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en angiologie et phlébologie, a rappelé que depuis son accident du 10 juillet 2010, l'assurée se plaignait de douleurs à l'épaule droite, traitée par immobilisation de l'épaule avec un diagnostic de bursite, ajoutant qu'une IRM de l'épaule droite n'avait pas mis en évidence de rupture de la coiffe des rotateurs. En outre, il a attesté avoir constaté, lors d'une consultation remontant au 28 janvier 2011, que l'assurée était très algique au niveau du membre supérieur droit. En l'absence de pathologie vasculaire du membre supérieur, il a posé le diagnostic différentiel d'algoneurodystrophie post-traumatique qu'il laissait au Dr L\_\_\_\_\_ le soin d'explorer.

18. Par rapport du 3 février 2011, le Dr K\_\_\_\_\_ a certifié que l'assurée présentait, suite à son accident du 10 juillet 2010, une algodystrophie de l'épaule droite diagnostiquée le 28 janvier 2011.
19. Dans un rapport du 4 février 2011, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a exposé que suite à l'accident du 10 juillet 2010, l'évolution clinique avait été marquée par une aggravation progressive des douleurs du membre supérieur droit, tout particulièrement au niveau de l'épaule avec une limitation fonctionnelle progressive de cette articulation. Suite à l'examen clinique, ce médecin a posé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite et d'un probable syndrome épaule-main du membre supérieur droit, ajoutant qu'une prochaine scintigraphie osseuse permettrait de trancher entre ces deux diagnostics « très voisins ».
20. En date du 7 février 2011, le docteur O\_\_\_\_\_ a effectué une scintigraphie osseuse ; les données scintigraphiques osseuses par balayage du corps entier avec phase de perfusion et étude ciblée au niveau des membres supérieurs mettaient en évidence une hyperactivité positive aux trois phases, relativement marquée au niveau de l'ensemble des constituants osseux de l'épaule droite, compatible avec un élément d'algoneurodystrophie à ce niveau. Sur la base de cet examen, ce médecin ne pouvait pas exclure une éventuelle ancienne fracture au niveau des constituants osseux de l'épaule droite.
21. Par courrier du 23 février 2011, la SUVA a rappelé à l'assurée qu'elle présentait une incapacité de travail complète suite à son accident du 10 juillet 2010 et qu'elle était déjà en arrêt de travail auparavant, en raison d'un autre événement. Aussi lui a-t-elle recommandé de s'annoncer à l'office cantonal de l'assurance-invalidité, ajoutant que cet office avait vocation à se charger de sa réinsertion professionnelle par des mesures appropriées.
22. Du 18 février au 11 avril 2011, l'assurée a séjourné au Centre de réadaptation fonctionnelle du Mont-Veyrier à des fins de rééducation. Le médecin chef de service de cet établissement, le docteur P\_\_\_\_\_ a évoqué la présence d'une lésion tendineuse au niveau de l'épaule droite et d'une entorse cervicale, compliquée d'une algodystrophie de l'épaule droite « dans les suites ». Le diagnostic kinésithérapique de sortie ne mentionnait aucune douleur au repos, mais une douleur des faces antérieure et latérale du bras droit lors de la mobilisation de celui-ci.
23. Le 10 juin 2011, lors d'un entretien avec la SUVA, l'assurée a expliqué que si ses hanches, douloureuses à la suite de l'accident du 19 mai 2009, allaient beaucoup mieux et qu'elle ne suivait plus de traitement médical particulier, il n'en allait pas de même de son épaule droite et de la colonne cervicale, qui la faisaient encore passablement souffrir. Il n'y avait pas de grande évolution selon elle, malgré son séjour au Centre de réadaptation du Mont-Veyrier. Elle poursuivait la prise de médicaments et des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine.

Les nuits étaient pénibles car les douleurs perturbaient passablement son sommeil. L'épaule droite demeurait fragile et très peu mobile. Du fait de sa faiblesse et de ses douleurs à l'épaule et au membre supérieur droit, elle avait de la peine à préparer ses repas et ne pouvait, par exemple, tenir une poêle à bout de bras, précisant qu'elle était droitrière. L'incapacité de travail demeurait totale et indéterminée. Une cure thermale lui avait été prescrite par son médecin traitant, le Dr K\_\_\_\_\_, à partir du 20 juin 2011, pour une durée de trois semaines.

24. Dans un rapport du 10 juin 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de capsulite rétractile d'origine post-traumatique, précisant que la scintigraphie osseuse pratiquée avait mis en évidence une hypercaptation bien corrélée avec le tableau clinique. Malheureusement, l'évolution clinique n'était pas favorable, la patiente continuant tout à la fois à présenter d'importantes douleurs diurnes et nocturnes de son épaule droite, mais également une limitation fonctionnelle qui ne s'était pas améliorée entre la consultation du 4 février et celle du 9 juin 2011.
25. Suite au licenciement prononcé par B\_\_\_\_\_ SA, le contrat de travail de l'assurée a pris fin au 30 juin 2011.
26. Dans un rapport du 8 juillet 2011 au Dr K\_\_\_\_\_, le docteur Q\_\_\_\_\_ a exposé avoir suivi l'assurée durant sa cure thermale, précisant que cette dernière avait été motivée par le traumatisme de l'épaule droite et du rachis cervical survenus suite à l'accident de la route de juillet 2010. Les cervicalgies s'amélioraient, mais l'assurée présentait des douleurs de l'épaule droite puis de la main droite, « réalisant un tableau de syndrome épaule-main ». Par ailleurs, l'examen clinique avait révélé quelques signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs gauches et des douleurs à l'insertion des muscles de la patte d'oie droite et gauche. Les soins thermaux avaient été bien supportés et avaient permis une amélioration globale de la gêne fonctionnelle, même si une recrudescence de courte durée des douleurs de l'épaule était survenue après un jet d'eau un peu trop fort. Le Dr Q\_\_\_\_\_ pensait que tout devrait rentrer rapidement dans l'ordre.
27. Par courriel du 13 juillet 2011, l'assurée a annoncé à la SUVA que peu avant la fin de sa cure thermale à Aix-les-Bains, soit le 11 juillet 2011, elle avait voulu s'installer sur un « relax » à la terrasse de l'hôtel. Le fauteuil avait basculé et elle s'était fait mal aux hanches.
28. Le 21 juillet 2011, l'assurée a rempli une déclaration d'accident-bagatelle LAA dans laquelle elle a précisé qu'en chutant du « relax », elle s'était retrouvée par terre, ce qui avait forcé sur les deux hanches en cours de consolidation.
29. En date du 19 août 2011, le docteur R\_\_\_\_\_ a procédé à une arthrographie et à une arthro-IRM de la hanche gauche et du bassin pour bilan de chute avec status post-arthroscopie et résection labrale. L'examen des documents d'imagerie obtenus avait mis en exergue un status post-résection étendue du labrum et acétabuloplastie sans complication. Une copie du rapport du Dr R\_\_\_\_\_ a été transmise au Dr C\_\_\_\_\_.

30. Dans un rapport du 23 août 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a expliqué que suite aux interventions qu'il avait pratiquées aux deux hanches, l'état de celle du côté droit s'était bien amélioré. Côté opposé, la situation était en progrès. Malheureusement, la chute d'un transat le 11 juillet 2011 avait généré une récurrence douloureuse importante. Commentant le bilan de consultation annexé – qui faisait état, depuis cette chute, d'une position assise prolongée douloureuse avec sensation de brûlure interne irradiant jusque dans le pied et d'une arthro-IRM sans anomalie – le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne lui semblait pas qu'il y eût de nouvelle lésion clinique ou radiologique, mais des douleurs inflammatoires de la hanche et des tendons ischio-jambiers adducteurs. Il a ajouté avoir effectué une infiltration de Hexatrione intra-articulaire, pour diminuer le processus inflammatoire de la hanche et, par voie de conséquence, la douleur.
31. Dans un rapport médical intermédiaire à l'OAI, établi le 14 septembre 2011 et se rapportant aux suites de l'accident du 10 juillet 2010, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis la précédente consultation du 9 juin 2011, il relevait une petite amélioration de la mobilité de l'épaule droite que l'assurée décrivait néanmoins comme étant toujours douloureuse. Le traitement actuel (mobilisation active et passive par l'assurée et physiothérapie) était appelé à durer quelques mois encore. Sans se prononcer sur une éventuelle reprise de travail, le Dr N\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée était toujours en arrêt de travail, ceci également en raison de ses hanches. Il a ajouté qu'en principe, il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent.
32. Par certificat du 1<sup>er</sup> octobre 2011, le Dr K\_\_\_\_\_ a délivré un arrêt de travail du 4 octobre au 4 novembre 2011, précisant que celui-ci était lié à la fois à l'accident du 10 juillet 2010 et à celui du 11 juillet 2011.
33. Dans un rapport médical du 12 octobre 2011 à la SUVA, sur les suites de l'accident du 11 juillet 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a répété ses précédentes observations du 23 août 2011 et posé le diagnostic de probable tendinopathie des ischio-jambiers. Invité à dire si les lésions étaient dues uniquement à l'accident, il a répondu par la négative, ajoutant qu'il existait un contexte anxio-dépressif dans les suites d'un arrêt de travail préalable. L'incapacité de travail était complète dès le 11 juillet 2011, probablement jusqu'au 30 décembre 2011.
34. Lors d'un entretien téléphonique du 19 octobre 2011 avec la SUVA, l'assurée s'est référée à son accident du 10 juillet 2010. Depuis lors, elle ressentait des douleurs depuis les cervicales jusqu'au bras gauche. En raison des troubles aux hanches, elle n'y faisait pas trop attention. Afin de préserver son épaule droite, elle avait sollicité plus souvent le membre supérieur gauche pour effectuer ses tâches ménagères. Aussi avait-elle ressenti dernièrement une douleur (comme un « poing ») avec des fourmillements dans le bras gauche, précisant qu'une arthro-IRM de la colonne cervicale avait été effectuée le 18 octobre 2011.

À cet égard, il ressort du rapport établi le 19 octobre 2011 par les Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ que les données IRM cervicales illustraient une petite discopathie

---

protrusive focale C4-C5 para-médiane gauche, venant au contact avec l'émergence de la racine C5 gauche, pouvant être à l'origine des cervico-brachialgies gauches, sans conflit disco-radicaire objectivable.

35. En date du 1<sup>er</sup> novembre 2011, l'assurée a subi une « US des ischio-jambiers » en lien avec l'accident du 11 juillet 2011. Dans un rapport daté du même jour, adressé au Dr C\_\_\_\_\_, les Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ont conclu à une échographie des muscles ischio-jambiers sans particularité, précisant qu'il n'y avait pas d'argument pour une tendinite à l'insertion au niveau de l'ischion.
36. Par courrier non daté à la SUVA, reçu le 6 décembre 2011, l'assurée s'est référée à l'accident du 10 juillet 2010; elle y joignait une prolongation d'arrêt de travail établie le 5 décembre 2011 par le Dr C\_\_\_\_\_, valable jusqu'au 5 janvier 2012.
37. En date du 13 février 2012, le Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant auprès de la SUVA, a rendu une appréciation médicale relative aux accidents des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011.

Sur la base des pièces relatives au premier événement cité, le Dr W\_\_\_\_\_ a relevé que la déclaration de sinistre faisait état d'une contusion cervicale. Le rapport d'arthro-IRM du 28 juillet 2010 décrivait des signes d'une possible élongation traumatique récente du sus-épineux et du sous-épineux de l'épaule droite, qui étaient modérément épaissis, sans signe de rupture tendineuse ou capsulaire; les radiographies de l'épaule droite du 13 juillet 2010 étaient sans particularité; le rapport de la polyclinique de Savoie, du 19 juillet 2010, retenait un diagnostic de simple contusion du rachis cervical; l'IRM cervicale du 10 novembre 2010, effectuée en raison de cervicobrachialgies persistantes ne démontrait aucune anomalie significative; le rapport du Dr N\_\_\_\_\_, du 4 février 2011, proposait un diagnostic de syndrome épaule-main du membre supérieur droit avec capsulite rétractile, tout en confirmant que l'arthro-IRM de l'épaule droite n'avait mis en évidence ni déchirure tendineuse « ni lésion d'épaule glénoïdienne »; enfin une aggravation des troubles de l'épaule droite était décrite en date du 10 juin 2010 par le Dr N\_\_\_\_\_.

Dans l'appréciation qui s'en est suivie, le Dr W\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assurée avait initialement subi une contusion-entorse cervicale sans lésion structurelle démontrée par l'imagerie. Elle avait également présenté quelques troubles à l'épaule droite sans déchirure tendineuse ou ligamentaire et sans fracture démontrée à l'IRM. Sur la base de ces éléments, le Dr W\_\_\_\_\_ a considéré qu'en l'absence de lésion structurelle significative, l'accident du 10 juillet 2010 avait vraisemblablement cessé de déployer ses effets sur le plan somatique dans un délai de trois mois à compter de sa survenance ou au plus tard lors de l'appréciation du 13 février 2012. À son avis, l'aggravation algique invalidante rapportée par le Dr N\_\_\_\_\_ ne présentait pas de lien de causalité probable avec l'accident en question et relevait vraisemblablement de facteurs étrangers à ce dernier.

Sur la base des pièces relatives à l'accident du 11 juillet 2011, le Dr W\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr C\_\_\_\_\_ avait fait mention d'une arthro-IRM sans anomalie particulière et qu'il avait précisé que les lésions constatées n'étaient pas uniquement dues à l'accident. De plus, ce médecin avait fait état d'un contexte anxio-dépressif susceptible d'influencer défavorablement le cours de la guérison.

Dans l'appréciation consécutive, le Dr W\_\_\_\_\_ a considéré que la chute d'une faible hauteur, telle qu'elle avait été décrite par l'assurée, avait tout au plus passagèrement réactivé des troubles douloureux des hanches persistants. L'IRM n'avait cependant pas démontré de lésion récente, imputable à cet accident sur lequel se greffait un contexte anxio-dépressif vraisemblablement indépendant de ce dernier, comme le signalait explicitement le Dr C\_\_\_\_\_.

Au regard de ces éléments, le Dr W\_\_\_\_\_ a considéré que la chute « banale » d'une chaise longue avait tout au plus réactivé un état antérieur de la hanche indépendant de l'accident, sans toutefois entraîner de lésions susceptibles de conduire à une aggravation ou à une incapacité de travail durable. En conséquence, il estimait que l'accident du 11 juillet 2011 avait entièrement et largement cessé de déployer ses effets trois mois après sa survenance, ou au plus tard dès ce jour.

En conclusion, le Dr W\_\_\_\_\_ a considéré que les troubles invalidants actuels présentés par l'assurée relevaient de comorbidités indépendantes des accidents déclarés et étaient vraisemblablement influencés par des facteurs non organiques et anxio-dépressifs dont la causalité adéquate avec lesdits accidents restait à démontrer.

38. Par décision du 15 février 2012, la SUVA a annoncé à l'assurée qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement consécutifs à l'accident du 10 juillet 2010 avec effet au 29 février 2012. En guise de motivation, elle s'est référée à l'appréciation du Dr W\_\_\_\_\_ du 13 février 2012.
39. Dans une deuxième décision également datée du 15 février 2012, la SUVA a signalé à l'assurée la fin des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement consécutifs à l'accident du 11 juillet 2011 avec effet au 29 février 2011 (recte : 2012). Comme pour les suites de l'accident du 10 juillet 2010, cette décision se fondait sur la même appréciation du Dr W\_\_\_\_\_.
40. Le 23 février 2012, le Dr R\_\_\_\_\_ a effectué une arthrographie et arthro-IRM de l'épaule gauche dans la perspective d'un bilan des douleurs post-traumatiques du 10 juillet 2010. À la lumière de l'arthrographie, il a relevé une bonne congruence articulaire gléno-humérale sans diminution de l'espace sous-acromial ainsi que l'absence de calcification pathologique décelable. À l'examen de l'arthro-IRM, il a fait état, du point de vue osseux et cartilagineux, de la présence d'un petit réseau kystique d'allure banale au niveau de la partie postéro-supérieure de la tête humérale. Du point de vue tendineux et ligamentaire, les tendons du sus- et du sous-épineux ainsi que ceux du sous-scapulaire et du long chef du biceps

présentaient une parfaite intégrité. Du point de vue musculaire, le Dr R\_\_\_\_\_ a noté l'absence d'amyotrophie ou d'involution graisseuse objectivable de même que l'absence d'épanchement significatif visible au niveau de la bourse sous-acromiale. En conclusion, les données arthrographiques et arthro-IRM de l'épaule gauche ne présentaient pas d'argument en faveur d'une déchirure de la coiffe des rotateurs.

41. Le 27 février 2012, le Dr O\_\_\_\_\_ a procédé à une scintigraphie osseuse par balayage du corps entier avec phase de perfusion, précisant que l'assurée était examinée pour bilan de douleurs de l'épaule gauche. En conclusion, il a relevé l'absence d'anomalie significative au niveau des constituants osseux de l'épaule gauche, notamment l'absence d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie. Au niveau de l'épaule droite, le Dr O\_\_\_\_\_ a fait état d'une importante atténuation de l'hyperactivité précédemment décrite à l'examen du 7 février 2011 avec apparition d'un petit foyer hyperactif linéaire au niveau de la partie supérieure de la tête humérale droite, évoquant un élément de conflit sous-acromial.
42. Par courrier du 7 mars 2012, l'assurée, agissant par l'entremise de son conseil, a formé opposition aux deux décisions datées du 15 février 2012, déclarant qu'elle n'acceptait pas les conclusions de l'appréciation médicale du Dr W\_\_\_\_\_, aux termes desquelles la situation serait influencée par des facteurs non organiques et anxio-dépressifs. Cette appréciation méconnaissait gravement la réalité médicale. L'assurée a soutenu par ailleurs que l'accident de 2011 n'était autre qu'une suite de l'accident de 2009 dans la mesure où c'était bien suite à ce dernier accident qu'elle avait été opérée en février 2011. En effet, c'était lorsqu'elle se trouvait en convalescence qu'elle avait été victime d'une chute qui avait aggravé la situation au niveau des hanches.
43. Par décision du 20 mars 2012, la SUVA a rejeté les oppositions formées par l'assurée et confirmé ses décisions du 15 février 2012.

Le Dr W\_\_\_\_\_, dans son appréciation du 13 février 2012, était parvenu à la conclusion que l'accident du 10 juillet 2010, en l'absence de lésion structurelle significative, avait cessé de déployer ses effets sur le plan somatique dans un délai de trois mois, mais au plus tard le jour de ladite appréciation. L'aggravation décrite par le Dr N\_\_\_\_\_ ne pouvait pas être mise en relation de causalité au degré de la probabilité prépondérante avec l'accident et relevait vraisemblablement de facteurs étrangers à ce dernier. En outre, l'accident du 11 juillet 2011, soit une chute d'une faible hauteur avait, tout au plus, passagèrement réactivé un état antérieur de la hanche, sans toutefois entraîner de lésion susceptible de conduire à une aggravation ou à une incapacité de travail durable. L'IRM n'avait pas démontré de lésion récente qui fût imputable à l'accident de juillet 2011. Trois mois après ce dernier accident mais au plus tard lors de l'appréciation du 13 février 2012, la chute avait cessé entièrement et largement de déployer ses effets.

En l'espèce, la SUVA ne voyait pas de raison de mettre en doute l'analyse effectuée par son médecin d'arrondissement. S'agissant de facteurs non organiques,

---

force était de constater que le Dr W\_\_\_\_\_ n'avait fait que reprendre les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ qui, dans un rapport daté du 12 octobre 2011, avait fait état d'un contexte anxio-dépressif et indiqué que les lésions n'étaient pas dues uniquement à l'accident. Le point de savoir si l'assurée présentait effectivement des troubles psychiques pouvait rester indécis dans la mesure où la responsabilité de la SUVA ne pouvait de toute façon pas être engagée à cet égard.

44. Par courrier du 11 avril 2012, l'assurée a invité la SUVA, indépendamment d'un éventuel recours, à mettre en œuvre une expertise indépendante, annuler la décision du 20 mars 2012 et à reprendre le versement des indemnités journalières.

L'affirmation du Dr W\_\_\_\_\_ selon laquelle le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, du 23 août 2011, faisait état d'un contexte anxio-dépressif susceptible d'influencer le cours de la guérison était sans fondement.

Pour appuyer ses dires, l'assurée a produit un certificat du Dr C\_\_\_\_\_, daté du 6 mars 2012, dans lequel ce médecin prenait note de la « désaprétition médicale » de la SUVA, ajoutant qu'il n'avait jamais fait état de contexte anxio-dépressif dans ses divers courriers. Si d'aventure, une telle appréciation s'était tout de même insinuée dans sa plume, elle s'expliquait par les pressions constantes que la SUVA faisait subir à l'assurée. En conclusion, il a considéré que « l'ensemble des suite [...] sont effectivement lié à son accident » (sic).

L'assurée a ajouté qu'elle souffrait d'algodystrophie, d'une capsulite rétractile et d'un syndrome épaule-main et cela en relation avec les accidents qu'elle avait subis les 19 mai 2009, 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011, soutenant qu'il était contradictoire de le nier aujourd'hui puisque la SUVA avait pris en charge un traitement précisément lié à l'algodystrophie, soit une cure auprès d'un centre de rééducation à Aix-les-Bains, dès le 21 juin 2011.

45. Par courrier du 18 avril 2012, l'assurée a transmis à la SUVA copie d'un rapport d'expertise médicale du 6 juin 2011, dû à la plume du docteur X\_\_\_\_\_, exerçant à Annemasse. Celui-ci avait été mandaté par le médecin conseil de MAAF Assurances et avait examiné l'assurée dans le cadre des suites de l'accident du 10 juillet 2010, référence étant faite à la « loi du 5 juillet 1985 ».

Après rappel des faits, relatés selon les déclarations de l'assurée et des pièces médicales produites par cette dernière, évocation de l'état antérieur et transcription des doléances de l'assurée, l'expert a procédé à l'examen clinique de l'assurée. Ce dernier avait révélé la persistance d'un état inflammatoire à l'épaule droite avec une limitation importante des amplitudes de mobilité de l'épaule dominante dans tous les axes. En revanche, la mobilité cervicale était globalement dans la norme.

Dans la discussion subséquente, l'expert a considéré que suite à l'accident du 10 juillet 2010, l'assurée avait présenté :

- une contusion rachidienne étagée cervico-dorso-lombaire, non compliquée, traitée médicalement par le port d'un collier cervical et par kinésithérapie ;

- une contusion de la hanche droite, survenue sur un état antérieur constitué par des antécédents de déchirure musculaire ;
- un traumatisme de l'épaule droite, avec douleurs évoquées dès le lendemain des faits, avec mise en évidence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne, avec tendinopathie d'insertion du sus-épineux et, dans une moindre mesure, du sous-épineux, documentés par arthro-IRM du 28 juillet 2010 ;

Rappelant qu'un avis spécialisé rhumatologique du 4 février 2011 avait évoqué une capsulite rétractile de l'épaule droite et une algodystrophie avec syndrome épaule-main et qu'une scintigraphie osseuse réalisée le 7 février 2011 avait confirmé l'algodystrophie de l'épaule, l'expert a conclu qu'au regard des constatations qu'il avait effectuées le jour de l'examen et en tenant compte du diagnostic d'algodystrophie et de capsulite de l'épaule droite en cours de rééducation, il pouvait considérer que la situation médicale de l'assurée, en rapport direct et certain avec l'accident, n'était pas stabilisée, raison pour laquelle il proposait de revoir l'intéressée courant décembre 2011.

46. Par courrier du 25 avril 2012 à l'assurée, la SUVA a relevé que dans son rapport du 12 octobre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ avait bel et bien mentionné un contexte anxio-dépressif dans les suites d'un arrêt de travail préalable.

Pour le surplus, elle avait interpellé le Dr W\_\_\_\_\_ qui, le 18 avril 2012, avait complété son appréciation du 13 février 2012 à la lumière des rapports médicaux postérieurs, soulignant que l'arthro-IRM de l'épaule gauche mettait en évidence des altérations kystiques de type dégénératif de la tête humérale, mais ne démontrait aucune lésion fracturaire pouvant être imputée à une chute. De plus, cette arthro-IRM ne décrivait aucune atteinte des parties molles susceptible de traduire un état post-contusionnel. Enfin, l'examen démontrait également l'intégrité de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, la scintigraphie osseuse du 27 février 2012 ne révélait aucune anomalie des constituants de l'épaule gauche, ce qui permettait d'exclure à un haut degré de probabilité une atteinte structurelle à ce niveau. Ladite scintigraphie décrivait également une importante atténuation d'une hyperactivité précédemment décrite à l'épaule droite. De l'avis du Dr W\_\_\_\_\_, cet élément excluait la persistance d'une algodystrophie à ce niveau. Enfin, la scintigraphie ne rapportait par ailleurs aucun élément permettant de retenir une anomalie de captation des mains, ce qui autorisait également l'exclusion, à ce stade, du diagnostic de syndrome épaule-main évoqué dans l'expertise du Dr X\_\_\_\_\_ du 6 juin 2011, de sorte que les conclusions de ce médecin n'étaient plus d'actualité.

Dans ces conditions, la SUVA a fait savoir qu'elle n'entendait pas mettre en œuvre une expertise ou revenir sur sa décision sur opposition du 20 mars 2012.

47. Par acte du 7 mai 2012, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la ladite décision, concluant, principalement, à son annulation et au renvoi de la cause à la SUVA, afin que cette dernière lui serve les prestations découlant des accidents survenus les 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011 et, préalablement, à la suspension de

l'instruction du recours dans l'attente de l'issue de la procédure engagée suite à l'accident du 19 mai 2009 ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise, le tout sous suite de dépens.

Malgré « l'évidence » de l'accident du 10 juillet 2010 et de ses suites, de même que le lien entre les conséquences de l'accident du 11 juillet 2011 et les suites de l'accident du 19 mai 2009, la SUVA avait, par décision du 15 février 2010 (recte : 2012), confirmée sur opposition, considéré que l'incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à sa charge.

Dans la mesure où aucune expertise indépendante n'avait été ordonnée par la SUVA, qui s'était écartée sans motif objectif des conclusions des médecins traitants pour ne retenir que l'appréciation insoutenable du Dr W\_\_\_\_\_, une telle expertise s'imposait afin d'établir que les douleurs étaient bien dans un rapport de causalité « avec l'accident » dont elle avait été victime. Précisant qu'elle ne souffrait pas de troubles psychiatriques – ce qu'elle offrait également de prouver, même à ses frais, au moyen de l'expertise à ordonner –, la recourante a soutenu que seul le lien de causalité naturelle était déterminant dans la présente cause.

48. Par acte du 22 mai 2012, l'intimée a fait savoir qu'elle ne s'opposait pas à la suspension sollicitée par la recourante.
49. Par ordonnance du 29 mai 2012, la chambre de céans a suspendu l'instruction de la cause.
50. Le 16 janvier 2013, la recourante a subi une intervention chirurgicale à l'épaule droite, pratiquée par le Dr Y\_\_\_\_\_.
51. Par courrier du 10 juin 2013, l'intimée a informé la chambre de céans que par arrêt 8C\_423/2012 du 26 février 2013, le Tribunal fédéral avait annulé la décision par laquelle la SUVA mettait un terme, avec effet au 31 décembre 2010, aux prestations qu'elle servait à la recourante à la suite de l'accident dont elle avait été victime le 19 mai 2009. Dans la mesure où l'instruction complémentaire ordonnée par les juges fédéraux était susceptible d'influencer le sort de la présente procédure, l'intimée sollicitait le maintien de la suspension de la cause.
52. Par courrier du 10 juin 2013, la recourante a invité la chambre de céans à reprendre l'instruction de la cause.
53. Par ordonnance du 13 juin 2013, la chambre de céans a ordonné la reprise de la procédure.
54. Par courrier du 5 août 2013, la chambre de céans a invité l'intimée à faire parvenir sa réponse et son dossier d'ici au 30 août 2013.
55. Par courrier du 29 août 2013, l'intimée a annoncé à la chambre de céans que dans la mesure où la recourante s'efforçait de démontrer l'existence de liens entre les trois accidents subis dans ses écritures du 7 mai 2012, elle maintenait qu'il était opportun de suspendre la présente procédure jusqu'à l'issue de l'instruction complémentaire

ordonnée par les juges fédéraux dans le cadre de la procédure relative à l'accident du 19 mai 2009. En concertation avec le mandataire de la recourante, l'intimée suggérait également de soumettre à l'expert les questions relatives aux accidents de 2010 et 2011.

56. Par acte du 13 septembre 2013, la recourante a invité la chambre de céans à procéder à la suspension de la cause, une fois seulement le dossier reçu du Tribunal des assurances du canton de St-Gall, auquel le Tribunal fédéral avait renvoyé la cause le 26 février 2013.
57. Par ordonnance du 17 septembre 2013, la chambre de céans a suspendu la cause, relevant que contrairement à l'avis de la recourante, le Tribunal fédéral avait renvoyé la cause à l'intimée et non au Tribunal des assurances du canton de St-Gall, de sorte qu'aucune procédure ne pouvait être transmise à la chambre de céans.
58. Par courrier du 31 juillet 2014, l'intimée a informé la chambre de céans que l'instruction complémentaire ordonnée par le Tribunal fédéral dans son arrêt 8C\_423/2012 du 26 février 2013 s'était achevée par une expertise médicale orthopédique pratiquée par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Elle estimait dès lors qu'il y avait lieu d'ordonner la reprise de l'instruction de la cause.
59. Il ressort du rapport d'expertise précité, daté du 31 janvier 2014, que le Dr D\_\_\_\_\_ a reçu la recourante le 10 décembre 2013.

Après avoir retracé son anamnèse et recueilli ses plaintes, l'expert a effectué un examen orthopédique du rachis, des épaules, des membres inférieurs et supérieurs. Il a également examiné l'ensemble des radiographies versées au dossier médical.

Dans l'appréciation subséquente, il a déduit des documents à disposition que l'accident de la voie publique du 10 juillet 2010 s'était déroulé sur un parking, donc a priori à relativement basse vitesse. Bien qu'il n'eût ni le rapport de gendarmerie à disposition, ni une photo des véhicules qui aurait permis de faire une étude dynamique de l'accident, il a relevé que la recourante ne déclarait pas avoir perdu connaissance, mais avoir eu un peu mal partout. L'expert a souligné que le rapport détaillé du Dr F\_\_\_\_\_, du service d'accueil des urgences du Centre hospitalier de Chambéry, mentionnait que lors de la consultation, soit le jour de l'accident, la patiente se plaignait essentiellement de sa hanche droite, qu'elle n'avait pas de plaies au cuir chevelu, à la face ou au rachis, que la palpation des ceintures scapulaires et des membres supérieurs, de même que des côtes était non douloureuse. Il existait des douleurs dorsales, thoraciques et à la hanche droite, mais non aux membres inférieurs. Le bilan radiologique ne montrait rien de particulier, notamment pas de lésions osseuses récentes. Au vu des antécédents à la hanche droite et d'une recrudescence des douleurs, le Dr F\_\_\_\_\_ avait néanmoins proposé un complément de bilan par IRM.

Rentrée à domicile le jour de l'accident, l'assurée s'était rendue à la Polyclinique de Savoie le lendemain, se plaignant de douleurs à l'épaule et à la nuque. Le bilan

clinique montrait des contractures à la nuque pour lesquelles une minerve avait été mise en place. Selon l'expert, le bilan radiologique de l'épaule droite, effectué dans le même établissement, était normal.

Les douleurs augmentant, une arthro-IRM avait été pratiquée le 28 juillet 2010. De l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, cette arthrographie était strictement dans la norme pour une femme de 47 ans, précisant qu'il ne retenait pas d'épaississement du tendon sus-épineux, mais un très discret hypersignal dans sa partie inférieure, soit quelque chose « de tout à fait banal pour l'âge ». Ainsi, ce bilan par arthro-IRM infirmait l'existence de lésions séquellaires organiques somatiques en relation avec l'accident survenu dix-huit jours plus tôt.

Selon l'expert, on ne retrouvait, jusqu'à la fin de l'année 2010, aucun élément objectif probant de la part des médecins concernant un syndrome épaule-main se manifestant par un œdème du dos de la main, une rougeur ou une chaleur. Même le Dr N\_\_\_\_\_, dans son bilan de février 2011, décrivait une mobilité du poignet droit normale, sans faire état de doigts boudinés ou d'un œdème du dos de la main droite.

Prenant position au sujet du bilan scintigraphique du 7 février 2011, l'expert a considéré que celui-ci n'était pas clairement probant pour une algoneurodystrophie. En effet, l'hyperactivité en phase tissulaire précoce n'était pas très intense, ni même en phase osseuse tardive et le Dr N\_\_\_\_\_ parlait d'une capsulite rétractile, et non pas d'algoneurodystrophie.

S'agissant précisément du diagnostic de capsulite rétractile, l'expert a observé qu'il n'en avait été question que sept mois après l'événement, après exclusion des pathologies cervico-dorsales, ostéo-articulaires ou neurologiques. Il a rappelé que la capsulite rétractile consistait en une inflammation de la capsule articulaire, d'étiologie inconnue, touchant de façon préférentielle la femme de la cinquantaine, et que dans 30 à 50% des cas, elle était bilatérale, ajoutant qu'il s'agissait d'une pathologie tout à fait différente de celles qui surviennent dans un contexte de lésion ostéo-articulaire telle qu'une fracture du trochiter, une fracture sous-capitale de l'humérus ou une contusion majeure avec hématome massif de la ceinture scapulaire. Du reste, en se fondant sur les plaintes douloureuses exprimées par la recourante, il s'agissait de douleurs à la fois nucales et des deux épaules, qui s'inscrivaient parfaitement dans le cadre d'une entorse cervicale bénigne.

Selon l'expert par ailleurs, il était tout à fait intéressant de voir que la recourante avait présenté « spontanément » une capsulite rétractile du côté gauche, diagnostiquée également par ses médecins traitants, pour laquelle elle reconnaissait n'avoir eu strictement aucun traumatisme, mais qu'elle mettait sur le compte d'une surutilisation de son bras gauche due à la gêne fonctionnelle de son bras droit. Lors de l'examen par l'expert, cette pathologie du côté controlatéral était encore quelque peu limitante dans les mouvements à hauteur d'épaule du côté gauche. Quant au côté droit, il présentait une arthrofibrose postopératoire, liée au geste opératoire. Il s'agissait d'une complication connue, classique de la chirurgie de l'épaule,

---

favorisée chez la recourante par des antécédents de capsulite de l'épaule droite en décours à la fin de l'année 2012.

Enfin, l'expert a relevé qu'il ressortait du rapport du 26 mai 2010 de la Dresse E\_\_\_\_\_, du service de rhumatologie des HUG, que la recourante présentait, à cette époque déjà, des douleurs persistantes de l'épaule droite et que selon cette rhumatologue, l'IRM faite en ambulatoire avait mis en évidence une bursite sous acromio-deltoïdienne, sans lésion tendineuse associée. Selon l'expert, ceci prouvait de façon objective et probante que la recourante souffrait clairement de son épaule droite avant l'événement de juillet 2010 et que l'IRM – qu'il n'avait personnellement pu consulter – montrait déjà une petite bursite sous-deltoïdienne, status qu'il qualifiait, somme toute, dans les limites de la norme pour l'âge.

En conclusion, l'expert a retenu pour l'événement du 10 juillet 2010, une entorse cervicale bénigne et des contusions de l'hémicorps droit, autorisant la fixation du statu quo sine au plus tard à la fin de l'année 2010. Il a relevé que ceci corroborait l'avis de l'expert X\_\_\_\_\_ qui, en page 11 de son rapport du 31 mai 2012, avait considéré que l'algoneurodystrophie et la capsulite s'étaient exprimées à la fin de l'année 2010, avec une amélioration encore envisageable à la fin de l'année 2012.

S'agissant de l'accident du 11 juillet 2011, l'expert a rappelé que suite à cet événement, qui avait débouché sur une recrudescence des douleurs aux hanches, particulièrement à gauche, une arthro-IRM effectuée le 19 novembre 2011, n'avait montré aucune lésion traumatique récente et confirmé le status postopératoire de réparation du labrum et de l'acétabuloplastie sans complications. Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ avait confirmé que cette arthro-IRM était sans anomalie particulière, se bornant à diagnostiquer une probable tendinopathie des ischio-jambiers dans un contexte anxio-dépressif dans les suites d'un arrêt de travail (rapport du 12 octobre 2011 ; pièce 20 intimée).

Invité à dire si l'accident du 19 mai 2009 avait, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, provoqué une aggravation de l'état antérieur et, dans l'affirmative, pour quelle durée, l'expert a répondu que la chute sur les cartons avait simplement révélé des lésions dégénératives préexistantes et entraîné une contusion antérieure du bassin, bénigne, sans lésions objectivables avec statu quo sine trois mois plus tard.

S'agissant de l'événement du 10 juillet 2010, l'expert a retenu une entorse cervicale bénigne et des contusions de l'hémicorps droit pour lesquelles il convenait de fixer le statu quo sine à la fin de l'année 2010.

Quant à l'accident du 11 juillet 2011, il avait consisté en une simple contusion du bassin, sans lésions objectivables, avec statu quo sine trois mois plus tard.

60. Le 14 août 2014, la chambre de céans a ordonné la reprise de la procédure et fixé un délai au 3 septembre 2014 aux deux parties pour qu'elles se prononcent sur le rapport d'expertise du 31 janvier 2014. Dans ce même délai, l'intimée était invitée à produire sa réponse.

61. Dans ses observations du 26 août 2014, la recourante a soutenu en substance que l'expert D\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivi en tant qu'il retenait que l'accident du 10 juillet 2010 n'avait provoqué aucune lésion traumatique à l'épaule droite.

Une échographie de l'épaule droite réalisée le 27 juillet 2010 avait révélé un épaissement tendineux du tendon du sus-épineux pouvant aller avec une tendinite d'allure chronique avec décompensation post-traumatique (pièce 3 recourante).

L'arthro-IRM du 28 juillet 2010 signalait également un épaissement modéré du tendon du sus-épineux et de moindre degré du sous-épineux près de son insertion, compatible avec une elongation traumatique récente.

Dans son rapport du 4 février 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ avait conclu que la recourante présentait, au décours d'un second accident survenu sur la voie publique le 10 juillet 2010, une capsulite rétractile de l'épaule droite et probablement un syndrome épaule-main du membre supérieur droit.

Le Dr M\_\_\_\_\_ avait constaté dans son courrier du 3 février 2011 au Dr L\_\_\_\_\_ qu' « une IRM avait mis en évidence une rupture de la coiffe des rotateurs. Depuis lors un œdème du membre supérieur droit avec doigts boursoufflés très algique ». En l'absence de pathologie vasculaire du membre supérieur, le Dr M\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic différentiel d'algoneurodystrophie post- traumatique, par ailleurs confirmé par scintigraphie osseuse du 7 février 2011.

Dans son rapport du 10 juin 2011 à la SUVA, le Dr N\_\_\_\_\_ avait également posé le diagnostic d'une capsulite de l'épaule droite d'origine post-traumatique.

Enfin, le Dr K\_\_\_\_\_ avait également affirmé à plusieurs reprises, soit le 13 novembre 2012 et le 14 janvier 2013, que les atteintes à l'épaule droite subies par la recourante découlaient directement de l'accident du 10 juillet 2010 (pièces 5 et 6 recourante).

Pour étayer son argumentation, la recourante a également produit une expertise médicale réalisée par le professeur Z\_\_\_\_\_, nommé en qualité d'expert dans le cadre d'un arbitrage à la demande de MAAF Assurances (pièce 7 recourante).

Selon ce « document intermédiaire », établi le 10 juillet 2014, l'expert a rappelé les antécédents (fissuration du labrum aux deux hanches et reprise chirurgicale non prise en charge par l'assurance-accidents), retracé l'anamnèse, évoqué l'état antérieur, recueilli les doléances de la recourante et procédé à son examen clinique.

Dans la discussion subséquente, le Prof. Z\_\_\_\_\_ a relevé que les rapports médicaux établis le jour de l'accident précisait qu'il n'y avait aucune douleur sur les ceintures scapulaires et donc véritablement aucune plainte initiale sur l'épaule droite, mais compte tenu de douleurs qui, selon l'intéressée, étaient apparues immédiatement après la sortie du Centre hospitalier de Chambéry, des radiographies avaient été faites à la Polyclinique de Savoie le 13 juillet 2010. Selon l'expert, ces documents n'objectivaient pas d'anomalie traumatique et une

échographie réalisée le même jour avait permis d'éliminer une pathologie de la coiffe.

Évoquant l'arthro-IRM du 28 juillet 2010, le Prof. Z\_\_\_\_\_ a considéré qu'on pouvait retenir l'absence de rupture de la coiffe, mais qu'il existait une anomalie sur le labrum inférieur, contrairement à ce que prétendait le radiologue. Il a ajouté que ce labrum était désinséré, laminé dans sa partie basse et inférieure, précisant que cette lésion, de nature dégénérative, était antérieure à l'accident. La recourante avait présenté par la suite une algodystrophie « bien inventoriée » sur la scintigraphie du 7 février 2011. Fin 2012, la recourante avait consulté le Dr Y\_\_\_\_\_, chirurgien spécialiste de l'épaule, pour une épaule douloureuse. Ce praticien avait posé le diagnostic d'instabilité douloureuse et de slap lésion. Aussi avait-il proposé – puis effectué le 16 janvier 2013 – une intervention chirurgicale arthroscopique de stabilisation et de réparation du bourrelet. Par la suite, la recourante avait certes vu son algodystrophie se réactiver, mais au final, l'expert considérait qu'on était en présence d'un très bon résultat clinique, puisqu'au jour où il l'avait examinée, l'intéressée présentait une élévation antérieure active à 160°. Elle conservait certes des douleurs, mais qui n'avaient rien à voir avec ce qu'elle avait présenté à la suite de son accident.

En synthèse, le Prof Z\_\_\_\_\_ a considéré que la recourante avait été victime d'un accident de la voie publique avec tiers responsable. Il existait un état antérieur sur l'épaule droite sous forme d'une lésion dégénérative dans le cadre d'une instabilité potentielle totalement asymptomatique. Dans les suites de l'accident, elle avait présenté un tableau algodystrophique qui était venu modifier la cinématique de l'épaule et qui était responsable d'une décompensation de l'état antérieur. En conséquence, la prise en charge par le Dr Y\_\_\_\_\_ et les préjudices étaient imputables pour moitié à l'accident du 10 juillet 2010.

Tirant argument du document intermédiaire du Prof. Z\_\_\_\_\_, la recourante a soutenu que les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ paraissaient une fois encore bien isolées.

S'agissant de l'accident du 11 juillet 2011, la recourante a considéré que le Dr D\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivi, puisqu'il se fondait sur des conclusions attribuées au Dr C\_\_\_\_\_ qui avaient été démenties par ce dernier le 6 mars 2012.

Enfin l'ensemble des conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ paraissait plus surprenant encore dans la mesure où la recourante s'était vue reconnaître en France le statut de travailleur handicapé le 24 mai 2013 (pièces 9 et 10 recourante) et que l'OAI, dans un projet d'acceptation de rente limitée daté du 14 août 2014 avait considéré qu'elle présentait une incapacité totale de travailler du 10 juillet 2010 au 3 décembre 2012 (pièce 11 recourante).

62. Le 3 novembre 2014, après deux prolongations de délai successives, la chambre de céans a accordé à l'intimée un ultime délai pour produire son écriture.

---

63. Par acte du 17 novembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 20 mars 2012. Elle a également déposé en annexe à son écriture, deux appréciations médicales établies les 22 septembre et 4 novembre 2014 par les Drs Daniel AA\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie FMH, et Didier AB\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur FMH, œuvrant tous deux au sein de la division médecine des assurances de la SUVA. La première appréciation se référait en partie à l'accident du 19 mai 2009, la seconde uniquement à celui du 10 juillet 2010.

Dans leur appréciation du 22 septembre 2014, les Drs AA\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_ – qui avaient reçus de l'intimée la mission de se déterminer sur la valeur probante de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ et de se prononcer sur les critiques émises par la recourante à l'encontre de celle-ci – ont considéré que le rapport d'expertise établi par le Dr D\_\_\_\_\_ répondait pleinement aux exigences requises de forme et de fond.

Les Drs AA\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_ ont souligné que le Dr D\_\_\_\_\_ ne mettait pas en doute le fait que l'assurée avait développé une capsulite rétractile entre fin 2010 et début 2011, mais que l'expert ne retenait pas de lien de causalité probable entre cette maladie et l'accident de juillet 2010, expliquant clairement pourquoi il arrivait à cette conclusion. Pour le surplus, les Drs AA\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_ ont affirmé qu'ils n'avaient pas accès à l'imagerie au sujet de laquelle la recourante avait une autre interprétation que celle de l'expert, mais qu'ils pouvaient attester qu'il était normal de voir certaines irrégularités, en particulier d'épaisseur des tendons à l'imagerie d'épaules de patients de plus de 40 ans, qui plus est si ces patients ont déjà souffert de troubles, à l'instar de la recourante. Enfin, ils disaient regretter que la recourante ait fait dire au Dr M\_\_\_\_\_ ce qu'il n'avait jamais dit. En effet, ce dernier avait bien écrit, dans son rapport du 3 février 2011 qu'une IRM de l'épaule droite n'avait pas mis en évidence de rupture de la coiffe des rotateurs.

S'agissant de l'accident du 11 juillet 2011, force était de constater que dans son rapport du 12 octobre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ avait bel et bien indiqué que les lésions n'étaient pas dues uniquement à l'accident puisqu'il existait un contexte anxio-dépressif dans les suites d'un arrêt de travail préalable, susceptible qui plus est d'influencer défavorablement le cours de la guérison.

Dans l'appréciation du 4 novembre 2014, qui prenait position sur le document intermédiaire d'expertise médicale établi le 10 juillet 2014 par le Prof. Z\_\_\_\_\_, le Dr AB\_\_\_\_\_ avait considéré que le raisonnement de cet expert – selon lequel une atteinte capsulaire préexistante aurait été décompensée à la suite d'une algodystrophie provoquant classiquement une modification structurelle de la capsule – pouvait être défendable. Cependant, le raisonnement tout entier ne pouvait pas être suivi dès lors qu'il comportait quelques inexactitudes ou simplifications par rapport à ce qu'avait exprimé le Dr D\_\_\_\_\_. En effet, ce dernier avait bien mis en évidence qu'il existait déjà une symptomatologie de l'épaule droite avant l'accident du 10 juillet 2010, contrairement à ce qu'affirmait

---

le Prof. Z\_\_\_\_\_. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait ensuite exposé de manière approfondie de quelle pathologie la recourante avait souffert à l'épaule droite dans les suites tardives de l'accident du 7 juillet 2010 – capsulite et non syndrome épaule-main type algodystrophie, cette dernière pathologie étant également appelée CRPS pour complex regional pain syndrome selon la nouvelle nomenclature – et expliqué pourquoi il ne retenait pas que ce cadre nosologique fût en rapport de causalité naturelle probable avec l'accident du 7 juillet 2010 (latence du diagnostic, non spécificité de la symptomatologie de pont, présence de la même pathologie d'apparition spontanée controlatéralement). Dans le même temps, les arguments permettant au Prof. Z\_\_\_\_\_ de retenir un lien de causalité naturel probable équivalaient pratiquement à une raisonnement post hoc ergo propter hoc, puisqu'après tout, il se contentait de considérer suffisante la présence de symptômes de pont non spécifiques pour établir ce lien de causalité entre l'accident et une pathologie diagnostiquée bien plus tardivement à l'épaule droite. De plus, contrairement au Dr D\_\_\_\_\_, le Prof. Z\_\_\_\_\_ n'était pas entré en détail dans son analyse en ce qui concerne les différentes affectons arthro-fibrotiques de l'épaule connues d'un point de vue scientifique, afin de déterminer laquelle avait affecté spécifiquement la recourante. Ainsi, le diagnostic de capsulite rétractile, pourtant évoqué dans les actes, n'avait été nulle part discuté par le Prof. Z\_\_\_\_\_ qui, sur la base de la scintigraphie du 7 février 2011, avait fait état d'une algodystrophie (ou CRPS) « bien inventoriée ». Dans la mesure où le CRPS est un diagnostic exclusivement clinique – qui plus est d'exclusion – répondant à des critères bien précis et qu'il n'existe en l'espèce aucun examen complémentaire d'imagerie spécifique permettant d'affirmer ou d'infirmer ce diagnostic, il était scientifiquement inexact de la part du Prof. Z\_\_\_\_\_ d'affirmer que le résultat de l'examen scintigraphique avait bien inventorié le CRPS. En conclusion, le Dr AB\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport d'expertise (document intermédiaire), établi le 10 juillet 2014 par le Prof. Z\_\_\_\_\_, n'apportait pas d'éléments nouveaux, respectivement non connus du Dr D\_\_\_\_\_ au moment de son expertise, susceptibles de remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise du 31 janvier 2014.

64. Par réplique du 12 décembre 2014, la recourante a soutenu que l'absence de rapport de causalité entre la capsulite rétractile et l'accident du 10 juillet 2010, retenue par le Dr D\_\_\_\_\_, était contredite par les différents examens effectués par la recourante ainsi que par les différents médecins consultés par cette dernière. Pour appuyer cette assertion, elle a énuméré derechef les extraits de rapports médicaux qu'elle avait cités dans ses observations du 26 août 2014 pour démontrer le caractère traumatique de la lésion à l'épaule, ajoutant qu'il ressortait du rapport de scintigraphie osseuse du 7 février 2011 qu'une éventuelle ancienne fracture au niveau des constituants osseux de l'épaule droite n'était pas à exclure.

Concernant le rapport du 3 février 2011 du Dr M\_\_\_\_\_, ce dernier avait certes indiqué qu'une IRM de l'épaule n'avait pas mis en évidence de rupture de la coiffe

---

des rotateurs, c'était cependant le Dr D\_\_\_\_\_ qui avait écrit l'inverse en mentionnant ce même rapport (cf. rapport d'expertise du 31 janvier 2014, p. 14). Dès lors, on ne pouvait que s'interroger sur l'exactitude des faits tels que retenus par l'expert D\_\_\_\_\_, cette incertitude jetant un discrédit insurmontable sur l'ensemble de l'expertise qui devait être ainsi purement et simplement écartée.

Enfin, la recourante s'est fondée sur le rapport final du Prof. Z\_\_\_\_\_ (pièce 13 recourante) pour affirmer que sa lésion à l'épaule droite était antérieure à l'accident du 10 juillet 2010.

Il ressort de l'examen de cette pièce – produite de manière complète le 23 janvier 2015 – qu'à l'exception d'une rubrique supplémentaire consacrée à l'évaluation des préjudices, le rapport final du Prof. Z\_\_\_\_\_ reproduisait fidèlement la teneur du document intermédiaire du 10 juillet 2014.

S'agissant de l'accident du 11 juillet 2011, la recourante a fait valoir en substance qu'il ne fallait pas voir de contradiction dans le certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 6 mars 2012, mais une simple précision par rapport aux déclarations précédentes de ce médecin.

65. Le 11 février 2015, l'intimée a déclaré renoncer à déposer formellement une duplique, se contentant de renvoyer à une nouvelle appréciation orthopédique du Dr AB\_\_\_\_\_ du 11 février 2015.

Après avoir pris connaissance du rapport final du Prof. Z\_\_\_\_\_, le Dr AB\_\_\_\_\_ a répété en substance ses précédentes observations, soulignant que cet expert n'avait pas su prendre en considération et discuter les arguments développés par le Dr D\_\_\_\_\_ qui avait conclu à l'absence de causalité entre la capsulite rétractile diagnostiquée à l'épaule droite de la recourante et l'accident du 10 juillet 2010. En particulier, le Prof. Z\_\_\_\_\_ n'avait pas expliqué pourquoi il établissait un lien de causalité probable entre cet accident et la capsulite rétractile nonobstant le délai temporel écoulé entre le traumatisme et la mise en évidence du diagnostic.

Étant donné que la recourante avait affirmé dans sa réplique que le Prof. Z\_\_\_\_\_ était tout à fait clair au sujet d'une situation pathologique préexistante à l'épaule droite, contrairement à ce qu'avait écrit le Dr AB\_\_\_\_\_, ce dernier a saisi l'opportunité d'apporter les précisions suivantes au sujet de sa précédente appréciation : il avait bien souligné que contrairement à ce qu'avait considéré le Dr D\_\_\_\_\_, le Prof. Z\_\_\_\_\_ avait retenu une absence de symptômes au niveau de l'épaule droite avant l'accident. Il n'avait nullement écrit que le Prof. Z\_\_\_\_\_ aurait affirmé que l'épaule de la recourante ne présentait pas de pathologie préexistante, mais tout simplement que ce dernier n'avait pas retenu de manifestations cliniques en rapport avec un état pathologique préexistant, ce alors même que cet élément ressortait de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_. En conclusion, le Dr AB\_\_\_\_\_ a considéré que les écritures de la recourante du 12 décembre 2014 ainsi que le rapport d'expertise non daté du Prof. Z\_\_\_\_\_, consécutif à l'examen de la recourante du 10 juillet 2014, n'apportaient pas d'éléments médicaux

nouveaux ou susceptibles de remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_.

66. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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<sup>er</sup> 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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. Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton ou la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA).

Suite à la notification de la décision querellée le 21 mars 2012, le délai de recours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA). Suspendu du 1<sup>er</sup> au 15 avril 2012, il est arrivé à échéance le samedi 5 mai 2012. Posté le lundi 7 mai 2012, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 29 février 2012. Singulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés après cette date sont en lien de causalité avec les événements assurés des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011.

Faisant l'objet d'une procédure distincte enregistrée sous le numéro de cause A/3181/2014 LAA, les suites de l'accident du 19 mai 2009 ne seront pas examinées dans le présent arrêt.

- 
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

6. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 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.

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 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

b) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

c) Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet

partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;

- 
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
  - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
  - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
8. 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).

b/aa) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

---

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/bb) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

b/cc) 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).

c) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il

---

convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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).
10. a) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).
- 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 correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé

ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).
13. a) Dans la décision litigieuse, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement remplaçant, le Dr W\_\_\_\_\_. Au terme de son appréciation du 13 février 2012, celui-ci était arrivé à la conclusion que l'accident du 10 juillet 2010 avait généré une contusion-entorse cervicale sans lésion structurelle démontrée par l'imagerie et qu'en l'absence d'une telle lésion, elle avait cessé de déployer ses effets sur le plan somatique dans un délai de trois mois, mais au plus tard le jour de ladite appréciation. Quant à l'accident du 11 juillet 2011, il avait tout au plus passagèrement réactivé un état antérieur de la hanche, sans toutefois entraîner de lésion susceptible de conduire à une aggravation ou à une incapacité de travail durable. Ainsi, trois mois après ce dernier accident, mais au

plus tard lors de l'appréciation du 13 février 2012, la chute avait cessé entièrement et largement de déployer ses effets.

Dans son rapport d'expertise du 31 janvier 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a conclu, de manière assez similaire, que l'accident du 10 juillet 2010 n'avait pas entraîné de lésions structurelles propres mais une entorse cervicale bénigne et des contusions de l'hémicorps droit pour lesquelles le statu quo sine pouvait être fixé à la fin de l'année 2010. Concernant l'accident du 11 juillet 2011, il avait retenu que cet événement avait généré une contusion simple du bassin, sans lésions objectivables, avec statu quo sine trois mois plus tard.

Les Drs AA\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_, de la division médicale de la SUVA, appelés à se prononcer sur la valeur probante de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2014 ainsi que sur les critiques émises à son encontre, ont entièrement adhéré aux conclusions de l'expert, considérant que son rapport répondait entièrement aux exigences requises de forme et de fond.

Au terme de l'instruction médicale du dossier, l'intimée a conclu à la confirmation de la décision querellée.

b) Le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ remplit l'ensemble des critères jurisprudentiels rappelés ci-avant pour lui reconnaître pleine valeur probante. En particulier, il a été rédigé après que son auteur a pris connaissance du dossier complet de la cause et a examiné l'intéressée. Les plaintes et explications de cette dernière sont prises en considération et les conclusions sont motivées de manière convaincante. S'il est vrai que le rapport contient une inexactitude en tant qu'il attribue à tort au Dr M\_\_\_\_\_ la mention d'une rupture de la coiffe des rotateurs en réalité niée par ce dernier, cette erreur de transcription, qui apparaît dans l'énumération des rapports médicaux rendus précédemment, reste sans conséquences pertinentes dans la mesure où elle n'interfère manifestement pas avec le raisonnement et l'appréciation de l'expert.

c) Quoi qu'en dise la recourante, les deux expertises effectuées par le Dr X\_\_\_\_\_ le 6 juin 2011 puis par le Prof. Z\_\_\_\_\_ le 10 juillet 2014, initiées toutes deux en France par MAAF Assurances à la suite de l'accident du 10 juillet 2010 ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_.

c/aa) Se fondant essentiellement sur le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 4 février 2011, le Dr X\_\_\_\_\_ conclut que la recourante présente une algodystrophie avec syndrome épaule-main et une capsulite rétractile de l'épaule droite en cours de rééducation. Estimant toutefois que la situation en rapport direct et certain avec l'accident du 10 juillet 2010 n'est pas stabilisée, il propose de revoir la recourante courant décembre 2011.

Force est de constater que l'absence de problème à l'épaule droite avant l'accident constitue une prémisse erronée dans la mesure où la recourante, de son propre aveu, présentait déjà des douleurs à ce niveau, comme l'atteste le rapport du 26 mai 2010 de la doctoresse E\_\_\_\_\_, qui évoque au surplus une IRM ayant mis en évidence

---

une bursite sous acromio-delhoïdienne sans lésion tendineuse associée. En second lieu, le Dr X\_\_\_\_\_ précise dans son rapport final du 31 mai 2012, non produit au dossier mais cité par le Dr D\_\_\_\_\_ (cf. p. 37 du rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_), que l'algoneurodystrophie et la capsulite ne se sont exprimées qu'à la fin de l'année 2010. En troisième lieu, comme le relève le Dr D\_\_\_\_\_ en p. 35 de son rapport, il n'y a jusqu'à cette date aucun élément objectif probant de la part des médecins concernant un syndrome épaule-main. En effet, même le Dr N\_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 février 2011, fait état d'une mobilité du poignet droit normale, sans mentionner de doigts boudinés ou d'œdème du dos de la main droite. En outre, la scintigraphie du 27 février 2012 ne rapporte aucun élément permettant de retenir une anomalie de captation des mains, ce qui permet au Dr W\_\_\_\_\_ de retenir logiquement dans son appréciation du 18 avril 2012 qu'il convient d'exclure le diagnostic de syndrome épaule-main évoqué par le Dr X\_\_\_\_\_ dont les conclusions ne sont partant plus d'actualité. Au regard de ces éléments, on ne saurait reconnaître de valeur probante à l'expertise du Dr X\_\_\_\_\_.

c/bb) S'agissant à présent de l'expertise du Prof. Z\_\_\_\_\_, elle explique que si la lésion du labrum glénoïdien, diagnostiquée par cet expert sur la base de l'arthro-IRM du 28 juillet 2010, était certainement préexistante et n'avait été ni causée par l'accident, ni aggravée structurellement, l'instabilité auparavant asymptomatique due à cette lésion du labrum avait malgré tout été décompensée de manière déterminante par l'algodystrophie ensuite diagnostiquée, rendant ainsi l'intervention chirurgicale du Dr Y\_\_\_\_\_ nécessaire en date du 16 janvier 2013 (réparation du labrum). En conséquence, puisque cette même algodystrophie était post-traumatique, un lien de causalité au moins partiel entre cette intervention et l'accident était établi.

Si, comme l'a considéré le Dr AB\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 4 novembre 2014, le raisonnement du Prof. Z\_\_\_\_\_ est défendable d'un point de vue médico-scientifique, il n'en existe pas moins quelques omissions ou inexactitudes, à commencer par la même prémisse erronée déjà signalée en lien avec l'expertise du Dr X\_\_\_\_\_. À l'image ce dernier, et contrairement au Dr D\_\_\_\_\_, le Prof. Z\_\_\_\_\_ n'a pas tenu compte du fait qu'il existait déjà une symptomatologie de l'épaule droite avant l'accident du 10 juillet 2010, ce qui bat en brèche l'affirmation selon laquelle l'instabilité potentielle préexistante de l'épaule était totalement asymptomatique avant cet accident. La seconde critique a trait au diagnostic d'algodystrophie (ou CRPS) d'une part et au lien de causalité entre l'accident du 10 juillet et ce cadre nosologique d'autre part. Alors que le Dr D\_\_\_\_\_ indique pour quels motifs il retient le diagnostic de capsulite rétractile, soulignant que le bilan scintigraphique de février 2011 n'est clairement pas probant pour une algoneurodystrophie, le Prof. Z\_\_\_\_\_ n'entre pas en détail dans son analyse en ce qui concerne les différentes affections arthro-fibrotiques de l'épaule connues d'un point de vue scientifique. Comme le relève le Dr AB\_\_\_\_\_, le diagnostic de capsulite rétractile, pourtant évoqué dans les actes, n'est nulle part

---

discuté par le Prof. Z\_\_\_\_\_, celui-ci se contentant, sur la base de la scintigraphie du 7 février 2011, de faire état d'une algodystrophie « bien inventoriée » alors même que le CRPS est un diagnostic d'exclusion répondant à des critères bien précis que le Dr D\_\_\_\_\_ nie précisément au profit d'une capsulite rétractile à l'épaule droite dont l'apparition tardive (sept mois après l'événement) – conjuguée à la présence, en amont, y compris après l'accident, d'un cadre pathologique discret, dégénératif et banal, ainsi qu'à l'absence de lésion traumatique au niveau des parties molles et de l'os – lui permet de conclure que le statu quo sine était déjà atteint avant l'apparition de la capsulite rétractile, elle-même d'origine malade. Ce dernier élément est en outre corroboré par l'apparition spontanée – soit sans traumatisme aucun – de la même pathologie à l'épaule gauche. Par opposition, le Prof. Z\_\_\_\_\_ se contente de considérer suffisante la présence d'une lésion dégénérative du labrum glénoïdien pour établir un lien de causalité entre l'accident du 10 juillet 2010 et une algodystrophie (ou CRPS) diagnostiquée bien plus tardivement à l'épaule droite, ce qui revient pratiquement à un raisonnement post hoc ergo propter hoc. Dans ces circonstances, il n'est pas possible de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Prof. Z\_\_\_\_\_.

d) Se fondant sur une échographie du 27 juillet 2010 (pièce 3 recourante) et l'arthro-IRM du 28 juillet 2010, la recourante entend tirer argument de l'épaississement modéré du tendon du sus-épineux et de moindre degré du sous-épineux mise en exergue par ces documents d'imagerie pour conclure que l'accident du 10 juillet 2010 a bel et bien provoqué une lésion traumatique. Il sied de relever que l'arthro-IRM du 28 juillet 2010 évoque simplement la compatibilité de ce diagnostic avec une elongation traumatique récente. Deuxièmement, l'expert D\_\_\_\_\_ a contesté un tel épaissement à l'examen de ladite arthro-IRM. Troisièmement, comme l'ont relevé les Drs AA\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_ dans leur appréciation du 22 septembre 2014, même si l'on admettait le contraire, il est normal de voir certaines irrégularités, en particulier d'épaisseur des tendons à l'imagerie chez des patients de plus de 40 ans, qui plus est si ces patients ont déjà souffert de troubles, comme c'est le cas pour la recourante. Enfin, il convient de souligner que le Dr X\_\_\_\_\_, sur lequel s'appuie également le Prof Z\_\_\_\_\_ en page 3 de son rapport d'expertise, retient que lors de la consultation à la Polyclinique de Savoie, l'échographie de l'épaule droite réalisée trois jours après l'accident n'avait pas objectivé de lésion tendineuse, mais une minime lame de bursite sous-acromio deltoïdienne. Dans ce contexte, on rappellera que ce dernier tableau clinique avait déjà été dressé par la Dresse E\_\_\_\_\_ en mai 2010. Enfin, on rappellera que selon la jurisprudence précitée (cf. consid. 8c supra), 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. Au regard de ces éléments, l'interprétation différente – non motivée qui plus est ou évoquée comme simple hypothèse – donnée par certains praticiens à un document d'imagerie isolé n'est pas de nature à remettre en

cause les conclusions de l'expert D\_\_\_\_\_ qui se fondent sur une appréciation globale et approfondie du cas.

e) Dans ses écritures des 26 août 2014 et 12 décembre 2014, la recourante cite encore différents rapports médicaux censés prouver le caractère traumatique de la lésion subie le 10 juillet 2010. Or les rapports en question, ont tous été pris en considération par l'expert D\_\_\_\_\_ à l'exception de l'expertise postérieure du Prof. Z\_\_\_\_\_, déjà discutée plus haut. Il sera également mentionné que l'énumération et la citation parfois tronquée de rapports médicaux par la recourante n'aboutissent à aucune démonstration convaincante. À ce propos, on relève notamment que l'intéressée, dans ses écritures du 12 décembre 2014, s'appuie tantôt sur le Prof. Z\_\_\_\_\_ pour soutenir qu'il existe une lésion à l'épaule droite antérieure à l'accident du 10 juillet 2010 (p. 5 du mémoire) et tantôt sur les certificats du Dr K\_\_\_\_\_, lequel affirme pourtant que toutes les pathologies sont imputables aux accidents des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011, la recourante « n'ayant auparavant jamais souffert de ces pathologies » (cf. pièce 2, page 2 bordereau complémentaire recourante). Au regard de cette argumentation assez confuse et peu en phase avec la complexité médicale du cas, on ne peut que constater que la recourante n'apporte aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions cohérentes et bien motivées du Dr D\_\_\_\_\_.

f) S'agissant de l'accident du 11 juillet 2011, la recourante soutient que le Dr D\_\_\_\_\_ ne saurait être suivi, puisque celui-ci se fondait sur des conclusions attribuées au Dr C\_\_\_\_\_ qui avaient été démenties par ce dernier le 6 mars 2012. Ces objections s'avèrent également infondées. On rappellera à cet égard qu'il n'a nullement échappé à l'expert que l'événement en question – chute d'un transat – avait débouché sur une recrudescence des douleurs aux hanches mais que l'arthro-IRM effectuée le 19 novembre 2011 n'avait révélé aucune lésion traumatique récente et confirmé le status postopératoire de réparation du labrum et de l'acétabuloplastie sans complications. Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ avait lui-même confirmé le 12 octobre 2011 que cette arthro-IRM était sans anomalie particulière, se bornant à diagnostiquer une probable tendinopathie des ischio-jambiers. Or le diagnostic possible de tendinopathie a été infirmé peu après par les Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2011 adressé au Dr C\_\_\_\_\_, ces médecins ont en effet conclu que l'échographie des muscles ischio-jambiers est sans particularité, ajoutant qu'il n'y avait pas d'argument pour une tendinite à l'insertion au niveau de l'ischion.

S'agissant à présent du contexte anxio-dépressif litigieux, force est de constater que dans son rapport du 12 octobre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a bien indiqué que la recourante présentait des douleurs à la cuisse et aux adducteurs et que ces « lésions » n'étaient pas dues uniquement à l'accident puisqu'il existait un contexte anxio-dépressif dans les suites d'un arrêt de travail préalable, susceptible d'influencer défavorablement le cours de la guérison. Cela étant, la question de savoir si le revirement opéré par ce médecin le 6 mars 2012 doit être pris en

considération peut rester indécise. La chute d'un transat constitue en effet un accident de peu de gravité au sens de la jurisprudence (cf. consid. 6c supra), de sorte que le lien de causalité adéquat entre l'événement accidentel et d'éventuels troubles psychiques additionnels doit être clairement nié dans le cas d'espèce.

Partant, les divers rapports du Dr C\_\_\_\_\_ ne remettent pas en cause les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ relatives à l'accident du 11 juillet 2011.

g) La chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à mettre en œuvre une expertise judiciaire, considérant qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les accidents des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011 ont cessé de déployer leurs effets à la fin de l'année 2010, respectivement trois mois plus tard.

14. Il suit de tout ce qui précède que le lien de causalité entre les troubles présentés par la recourante au-delà du 29 février 2012 (date de la suppression des prestations) et les accidents des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011 doit être nié. En conséquence, la décision querellée sera confirmée et le recours rejeté.

La recourante qui n'obtient pas gain de cause ne saurait se voir allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Le président

Irène PONCET

Mario-Dominique  
TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le