

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2255/2016

ATAS/24/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 16 janvier 2018**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

recourante

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES, sise  
Bundesgasse 35, BERN, comparant avec election de domicile en  
l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président.**

---



---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le \_\_\_\_\_ 1968, a été engagée le 19 novembre 2007 en qualité d'animatrice parascolaire par le Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (ci-après : GIAP ou l'employeur). Elle bénéficie, à ce titre, d'une couverture pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de Mobilière Suisse Société d'assurances SA (ci-après : la Mobilière, l'assureur ou l'intimée).
2. Le 2 janvier 2016, l'assurée a complété une déclaration de sinistre LAA en indiquant qu'elle avait glissé dans sa baignoire le 15 décembre 2012 en y prenant une douche et qu'elle s'était tapée l'épaule droite « sur l'angle du carrelage » lors de la chute qui s'est ensuivie.
3. Selon le certificat médical d'accident-bagatelle LAA du 25 janvier 2013, l'assurée s'était rendue à l'Hôpital de la Tour et les médecins de cet établissement avaient constaté la présence d'un hématome et diagnostiqué une contusion de l'épaule droite.
4. Dans un rapport du 24 avril 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, radiologue, a indiqué avoir réalisé, le jour même, une IRM de l'épaule droite qui avait révélé une rupture de la coiffe des rotateurs aux dépens du supra-épineux, avec liquide dans la bourse sous-acromio-deltoidienne sans rétraction tendineuse.
5. Le 15 janvier 2014, l'assurée s'est soumise à une intervention chirurgicale pratiquée par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, comprenant une arthroscopie de l'épaule droite avec réinsertion du tendon sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps, réinsertion du tendon sus-épineux, acromioplastie et résection du centimètre externe de la clavicule. Dans un rapport daté du 16 janvier 2014, ce chirurgien a posé les diagnostics suivants :
  - lésion de la coiffe des rotateurs droite aux dépens du tendon sous-scapulaire (type I) et du tendon sus-épineux (lésion de la face bursale) ;
  - tendinopathie du long chef du biceps ;
  - conflit sous-acromial et arthropathie acromio-claviculaire droite symptomatique.
6. Dans un rapport du 9 avril 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait revu l'assurée deux jours plus tôt pour un contrôle post-opératoire. L'évolution était alors satisfaisante avec des amplitudes articulaires quasiment complètes. Il subsistait cependant des douleurs qui, de l'avis du médecin, étaient liées à une surcharge. Le Dr C\_\_\_\_\_ ne pensait pas que les tendons et la réparation puissent tolérer tout renforcement à ce stade, raison pour laquelle il avait conseillé à l'assurée d'arrêter la physiothérapie. L'arrêt de travail complet se poursuivrait deux mois encore et une reprise d'activité était prévue le 1<sup>er</sup> juin 2014.
7. Le 25 juin 2014, alors que l'assurée se trouvait au parc des Bastions et se dirigeait vers les marches situées en face du Mur des réformateurs, elle a perdu l'équilibre à

hauteur de la première marche avant de retomber violemment sur son épaule droite. En outre, elle s'était tordue les chevilles en tentant de retrouver l'équilibre. Enfin, l'assurée a précisé dans la déclaration de sinistre du 12 juillet 2014 qu'elle avait reçu les premiers soins de la part de son médecin traitant ainsi qu'à l'hôpital.

8. Dans un rapport du 8 juillet 2014, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Mobilière, a fait part de ses observations au sujet de l'événement du 15 décembre 2012. Selon ce médecin, le diagnostic exact était celui de décompensation d'une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs avec arthrose acromio-claviculaire, lésion dégénérative du sous-scapulaire et lésion intra-tendineuse du sus-épineux. Invité à dire si l'accident du 15 décembre 2012 était la cause certaine (100 %), vraisemblable (plus de 50 %) ou possible (moins de 50 %) de l'atteinte à la santé actuelle, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu que le lien de causalité entre cet événement et l'atteinte à la santé était vraisemblable pour la lésion du sus-épineux et possible pour les autres lésions. De son point de vue, la guérison n'avait pas été influencée par des facteurs étrangers à l'accident. En revanche, l'incapacité de travail semblait bien longue. Actuellement, la mobilité était bonne mais l'assurée ressentait toujours des douleurs. Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ a ajouté que le traitement médical paraissait adéquat et le pronostic favorable.
9. Invité par l'assureur à faire part de ses observations relatives à l'événement du 25 juin 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin à l'Hôpital de la Tour, a mentionné dans un rapport du 5 août 2014 que l'assurée lui avait déclaré avoir été victime d'une chute de sa hauteur accidentelle. L'état général était marqué par une baisse de force au niveau de l'épaule. Après avoir constaté qu'une IRM pratiquée le 15 juillet 2014 avait révélé une bursite sous-acromiale, ce médecin a posé le diagnostic provisoire de bursite post-opératoire sous-acromiale. Les causes entrant en considération pour les symptômes actuels étaient d'origine malade. Évoquant le suivi du cas, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait prescrit un reconditionnement par l'activité physique et que la capacité de travail serait à nouveau complète le 25 août 2014.
10. Dans un rapport du 13 mai 2015, faisant suite à une consultation donnée la veille, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à six mois de l'intervention du 15 janvier 2014, l'évolution avait été marquée par une nouvelle chute. Un bilan avait alors permis d'exclure une rupture itérative mais l'assurée avait néanmoins gardé des douleurs qui, selon ses dires, étaient principalement localisées au niveau de l'épaule et qui avaient tendance à irradier sur la face antérieure du thorax, dans le bras, la nuque et même sur la face interne de son coude. D'un point de vue clinique, les amplitudes articulaires étaient complètes mais l'assurée présentait une sensibilité dans la zone de réinsertion, au niveau du sous-scapulaire et du sus-épineux. Selon une échographie pratiquée le 12 mai 2015, le long chef du biceps était retrouvé au niveau de la partie basse de la gouttière bicipitale (status après ténodèse). Il n'y avait pas de rupture itérative au niveau du sous-scapulaire. Ce dernier était bien inséré jusqu'au niveau de la partie haute du trochin. On ne retrouvait pas de rupture

---

itérative au niveau du sus-épineux. Il existait peut-être uniquement une petite zone d'insertion partielle au niveau de la face dorsale sur environ 3 mm. Le tendon sous-épineux était sans particularité et il n'y avait pas de bursite sous-acromiale. Dans ce contexte, le Dr C\_\_\_\_\_ s'est dit un peu perplexe au vu de l'évolution et des douleurs persistantes, ajoutant qu'il était évident, selon lui, que ces dernières étaient en partie liées à la chirurgie au vu de leur localisation très précise.

11. Dans un rapport du 16 juin 2015 adressé au Dr C\_\_\_\_\_, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics suivants :

- tendinopathie du long chef du biceps et du sous scapulaire de l'épaule droite ;
- status post réparation/arthroscopie de la coiffe des rotateurs droits le 15 avril 2014 avec résection distale de la clavicule.

S'y ajoutaient des comorbidités :

- status post chirurgie de la thyroïde en 2009 ;
- status « post opération de la cheville droite par le docteur J\_\_\_\_\_ » ;
- status post brûlure de la main gauche en décembre 2014 ;
- gastrite intermittente.

Sur le plan anamnestique, le Dr F\_\_\_\_\_ a noté que l'assurée ressentait des douleurs mécaniques et inflammatoires à son épaule droite après avoir chuté une nouvelle fois sur cette dernière le 24 juin (recte : 25 juin) 2014. Malgré différents traitements conservateurs (infiltrations de cortisone, ostéopathie, physiothérapie et anti-inflammatoires buccaux), l'évolution n'était toujours pas favorable. Elle présentait des douleurs mécaniques surtout antérieures qui irradiaient latéralement dans le bras droit et au niveau cervical. Ces douleurs étaient surtout exacerbées lorsqu'elle portait des charges lourdes ou effectuait des mouvements le bras au-dessus de la tête. À l'examen clinique de l'épaule droite, la mobilité était sans particularité. Il existait cependant un arc douloureux entre 60 et 120 degrés d'abduction, une sensibilité à la palpation antérieure et latérale. Le test de Jobe était douloureux mais non déficitaire au niveau de la force.

Le Dr F\_\_\_\_\_ avait également réalisé une échographie de l'épaule droite le 8 juin 2015. Il en était ressorti qu'il n'y avait pas d'épanchement dans la gouttière bicipitale ni dans la bourse sous-acromiale. Le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait pas vu non plus de zone franche de rupture au niveau des tendons supra-épineux, sous-scapulaires et du long biceps.

Dans la discussion consécutive du cas, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs ressenties par l'assurée étaient liées à une décompensation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite consécutive à sa chute du 24 juin (recte : 25 juin) 2014. Il lui avait proposé des séances de mésothérapie vu l'absence d'amélioration induite par les différents traitements conservateurs. De plus, il lui avait prescrit de nouvelles séances de physiothérapie ayant pour objectif de la rendre autonome dans les

---

exercices et d'améliorer la biomécanique de son épaule droite. Il était assurément primordial que l'assurée évite les mouvements avec des charges lourdes.

12. Dans un rapport du 29 juin 2015, la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assurée était venue la consulter le 11 mars 2015 et qu'elle s'était alors plainte de douleurs invalidantes de l'épaule droite consécutives à une chute survenue quelques mois après avoir subi une intervention chirurgicale à la même épaule. Selon ce médecin, un traitement de physiothérapie, des traitements antalgiques ainsi qu'un nouvel avis spécialisé avaient été proposés.
13. Dans un rapport du 30 septembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à un « rappel anamnestique » en décrivant comme suit l'événement du 15 décembre 2012 : « [...] glisse dans sa baignoire. Elle se retient avec son membre supérieur droit et ressent une douleur à ce niveau ».

Le diagnostic exact pouvait être libellé comme suit : status après plastie du sus-épineux, du sous-épineux et ténodèse du long chef du biceps associée à une acromioplastie et à la résection du dernier centimètre de la clavicule pour arthrose acromio-claviculaire. L'accident était la cause vraisemblable pour la lésion du sus-épineux, possible pour les autres lésions, exclue pour l'arthrose acromio-claviculaire. La nouvelle chute n'avait pas provoqué de lésion mais l'assurée restait algique. La mobilité était physiologique et la force bonne. Invité à dire si la guérison avait été influencée par des facteurs étrangers, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la lésion du biceps, du sous-scapulaire étaient dégénératives, de même que l'arthrose acromio-claviculaire. L'arthro-IRM pratiquée après la nouvelle chute et l'échographie effectuée le 12 mai 2015 ne mettaient pas en évidence de nouvelle lésion. Il n'y avait pas de bursite sous-acromiale. On devait admettre que s'il n'y avait eu que la lésion du sus-épineux, l'évolution eût été probablement meilleure avec disparition des douleurs. La part des lésions associées était évidemment difficile à évaluer de manière précise mais le Dr D\_\_\_\_\_ pensait que l'on pouvait fixer un statu quo sine au plus tard une année après la nouvelle chute. En effet, la réparation du sus-épineux était de bonne qualité et les autres réparations l'étaient également, cependant, c'était la « qualité tendineuse » qui expliquait non seulement les lésions dégénératives vues lors de l'opération mais aussi les douleurs persistantes.

14. Par courrier du 5 octobre 2015, l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015 au plus tard, l'atteinte à la santé était exclusivement due aux lésions dégénératives et donc en relation avec des facteurs d'ordre purement maladif. Dès cette date, il incombait à la caisse-maladie de l'assurée de prendre en charge ses frais de traitement. Par ailleurs, l'assurée était invitée à faire part de son désaccord éventuel avec cette prise de position, de manière à permettre à l'assureur de prendre une décision formelle sujette à opposition.
15. Le 6 janvier 2016, l'assurée a fait savoir à l'assureur qu'elle n'était pas d'accord avec son projet de suppression de toute prise en charge du traitement médical à

---

partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015. En effet, elle était toujours suivie par le Dr F\_\_\_\_\_ pour des séances de mésothérapie.

16. Par décision du 29 janvier 2016, l'assureur a maintenu que l'atteinte à la santé était exclusivement due à des lésions dégénératives à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015 et qu'en conséquence, la prise en charge des frais de traitement de l'assurée ne lui incombait plus dès cette date. En effet, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraissait possible, sans pouvoir être qualifiée de probable, le droit à des prestations découlant de l'accident assuré devait être nié. Dans le cas particulier, le Dr D\_\_\_\_\_ avait constaté que l'assurée avait subi une décompensation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une entorse de la cheville gauche après la chute du 25 juin 2014. Il ne s'agissait toutefois que d'une aggravation passagère de son état de santé dans un contexte marqué par des lésions dégénératives préexistantes à l'accident du 15 décembre 2012.
17. Le 29 janvier 2016, l'assureur a transmis une copie de cette décision à la caisse-maladie de l'assurée.
18. Le 15 février 2016, l'assurée, représentée par son assurance de protection juridique, a formé opposition à cette décision.
19. Par courrier du 26 février 2016, l'assurée a motivé sa position en faisant valoir qu'il existait « une absence de certitude fondant [la] décision du 29 janvier 2016 » et qu'il appartenait ainsi à l'assureur de prendre en charge le traitement et les frais médicaux déjà encourus ou à venir en lien de causalité avec les accidents des 15 décembre 2012 et 25 juin 2014. Subsidiairement, l'assureur était invité à mettre en œuvre une expertise complète.
20. Le 24 février 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'assurance de protection juridique en indiquant que les lésions corporelles subies à la suite de l'accident du 25 juin 2014 consistaient dans une décompensation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite suite à une chute à cette même date. L'assurée avait gardé des douleurs après l'intervention du 15 janvier 2014, avec toutefois une lente amélioration jusqu'à la chute du 25 juin 2014 qui avait relancé les douleurs malgré des auto-étirements. Les douleurs avaient ensuite persisté durant plus d'une année malgré deux échographies rassurantes. Dans ces circonstances, le Dr C\_\_\_\_\_, qui n'avait plus revu l'assurée depuis mai 2015, avait orienté cette dernière auprès du Dr F\_\_\_\_\_ pour une mésothérapie. Invité à dire si les plaintes, les lésions, les troubles et les affections constatés étaient dus de manière certaine (100 %), probable (plus de 50 %) ou seulement possible (moins de 50 %) aux accidents, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu que les lésions des tendons sous-scapulaire et sus-épineux étaient dues de manière certaine à l'accident du 15 décembre 2012. En revanche le lien de causalité entre la tendinopathie du long chef du biceps et ce même événement n'était que probable. Quant à l'arthropathie acromio-claviculaire, elle était sans lien avec l'accident.

À la question de savoir si, parallèlement aux suites de l'accident du 25 juin 2014, d'autres maladies ou suites d'autres accidents influençaient l'état de santé de l'assurée, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu que le status après réinsertion de la coiffe des rotateurs le 15 janvier 2014 était responsable à environ 30 % des douleurs résiduelles. Le traitement médical entrepris consistait en physiothérapie, auto-étirements, mésothérapie et antalgiques (Zaldiar). De plus, une infiltration sous-acromiale avait été pratiquée le 22 mai 2014.

Invité à dire s'il partageait l'avis exprimé par le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 30 septembre 2015, plus précisément la conclusion selon laquelle les lésions subies par l'assurée étaient d'ordre dégénératif, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu que tel était le cas uniquement pour l'arthropathie acromio-claviculaire. Toutefois, dans la mesure où l'acromioplastie du 15 janvier 2014 permettait de protéger la réparation de la coiffe supérieure (sus-épineux), elle était liée indirectement à l'accident de 2012. Quant aux lésions des tendons sous-scapulaires et sus-épineux, elles étaient en lien avec cet accident.

21. Le 8 mars 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire identique à celui auquel le Dr C\_\_\_\_\_ avait répondu le 24 février 2016.

Selon le Dr F\_\_\_\_\_, les lésions corporelles subies à la suite de l'accident du 25 juin 2014 consistaient en une tendinopathie du long chef du biceps et du sus-scapulaire de l'épaule droite. L'évolution était stable depuis lors. À l'heure actuelle, l'assurée ressentait toujours des douleurs mécaniques et inflammatoires à son épaule droite qui étaient exacerbées lorsqu'elle portait des charges lourdes ou effectuait des mouvements le bras au-dessus de la tête. Invité à dire si les plaintes, les lésions, les troubles et les affections constatés étaient dus de manière certaine (100 %), probable (plus de 50 %) ou seulement possible (moins de 50 %) aux accidents, le Dr F\_\_\_\_\_ a répondu que le lien de causalité était probable (plus de 50 % dû aux accidents). À la question de savoir si, parallèlement aux suites de l'accident du 25 juin 2014, d'autres maladies ou suites d'autres accidents influençaient l'état de santé de l'assurée, le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu par la négative. Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ a exprimé son désaccord avec le rapport du 30 septembre 2015 du Dr D\_\_\_\_\_. Selon le Dr F\_\_\_\_\_, la cause initiale des douleurs de l'épaule droite était l'accident du 15 décembre 2012. La cause était clairement traumatique vu qu'il y avait une rupture de la coiffe des rotateurs aux dépens du sus-épineux, traitée par voie chirurgicale le 15 janvier 2014. La chute du 25 juin 2014 avait entraîné une décompensation des tendons de la coiffe des rotateurs, précédemment opérée le 15 janvier 2014. Cette décompensation liée à l'accident du 25 juin 2014 avait pris la forme d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendinopathie du supra-épineux, sus-scapulaire et du long chef du biceps). Seule l'arthrose acromio-claviculaire était d'origine dégénérative mais l'arthrose acromio-claviculaire n'était pas en relation avec les douleurs que l'assurée présentait actuellement.

22. Le 25 mai 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que le Dr C\_\_\_\_\_, dans son rapport du 24 février 2016, avait mentionné que l'état antérieur était responsable pour 30 % de l'état actuel alors que le Dr F\_\_\_\_\_ ne tenait même pas compte d'un état antérieur. Les échographies qui avaient été effectuées montraient une bonne qualité de la coiffe des rotateurs et l'assurée avait été adressée au Dr F\_\_\_\_\_ pour mésothérapie, c'est-à-dire pour traitement des douleurs. En résumé, il subsistait principalement des douleurs au niveau de l'épaule avec une qualité de la coiffe qui était bonne. Habituellement, après la réparation d'une rupture fraîche d'un sus-épineux sur une épaule exempte de lésions dégénératives, le statu quo ante était atteint au plus tard au bout d'une année. Dans le cas concret, il y avait des lésions dégénératives (sous-scapulaire, tendon du biceps, arthrose acromio-claviculaire), de sorte que le statu quo avait été atteint une année après la réparation de la coiffe. Enfin, ce médecin-conseil a estimé que les douleurs n'étaient pas une cause d'incapacité de travail et qu'il ne savait pas si la mésothérapie faisait partie des traitements dits « économiques » à la charge de l'assurance-accidents.
23. Par décision du 7 juin 2016, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assurée en soutenant que les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ étaient motivées et qu'aucun indice ne permettait de mettre en doute leur bien fondé.
24. Le 1<sup>er</sup> juillet 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à la condamnation de l'assureur à verser des prestations au-delà du 30 juin 2015, le tout sous suite de dépens. Elle a également conclu, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours.
25. Dans son écriture complémentaire du 7 septembre 2016, la recourante a soutenu que le rapport du 30 septembre 2015 du Dr D\_\_\_\_\_ n'était pas précis et ne distinguait pas les conséquences des deux accidents. Du reste, ce médecin-conseil s'était fondé uniquement sur les pièces du dossier pour rendre ses conclusions, sans jamais procéder à un examen médical. Dans ces circonstances, il convenait d'ordonner une expertise afin de déterminer le lien de causalité entre les accidents assurés et les atteintes à la santé.
26. Par réponse du 19 octobre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, relevant que la recourante avait été déclarée apte à reprendre une activité professionnelle à 100 % dès le 25 août 2014 par le Dr E\_\_\_\_\_. Ce n'était que sept mois plus tard, soit le 11 mars 2015 qu'elle avait consulté la Dre G\_\_\_\_\_ pour des douleurs persistantes à l'épaule droite. On pouvait en conclure que les problèmes liés à l'accident du 15 décembre 2012 et à celui du 25 juin 2014 étaient alors résorbés. Ainsi, l'intimée avait considéré de manière non-critiquable que l'affection de l'épaule droite n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 25 juin 2014 et ceci au plus tard depuis le 25 juin 2015.
27. Le 17 novembre 2016, la recourante a versé au dossier une prescription de neuf séances de physiothérapie par le Dr F\_\_\_\_\_, invitant le physiothérapeute à effectuer un travail biomécanique et par ondes de choc.

28. Par réplique du 2 mai 2017, la recourante a annoncé à titre liminaire que les traitements qu'elle avait suivis au cours des derniers mois n'avaient finalement pas apporté l'amélioration escomptée. Pour le reste, elle a relevé qu'elle avait subi une lésion assimilée à un accident puisque l'accident du 15 septembre 2012 lui avait causé une rupture de la coiffe des rotateurs. C'était ainsi à juste titre que l'intimée avait pris en charge les suites de l'évènement, reconnaissant ainsi implicitement qu'une origine exclusivement dégénérative de cette lésion n'était pas manifeste. Contrairement à ce que laissait entendre l'intimée, le fait que la recourante ait été apte à reprendre une activité professionnelle à plein temps dès le 25 août 2014 ne constituait pas un argument en faveur de l'intimée puisque celle-ci avait elle-même admis qu'un lien de causalité avec l'accident du 25 juin 2014 avait subsisté jusqu'au 25 juin 2015. S'il paraissait possible qu'une atteinte dégénérative ait exercé une influence dans la survenance des lésions de l'épaule droite, il ne ressortait pas du dossier de manière manifeste que les lésions subsistant au-delà du 25 juin 2015 ainsi que leurs symptômes résultaient exclusivement de phénomènes dégénératifs. Dans la mesure où les pièces versées à la procédure ne permettaient pas, en l'état, de retenir un statu quo sine, la date fixée par l'intimée au 25 juin 2015 n'était pas admissible. Partant, pour la suite de la procédure, c'était à un expert qu'il incombait d'examiner à nouveau la date à partir de laquelle le statu quo sine aurait été atteint, conformément aux principes applicables en cas de lésion assimilée.
29. Par duplique du 19 mai 2017, l'intimée a soutenu que l'accident du 25 août 2014, dont il était question dans la présente procédure, n'avait pas causé de lésion assimilée à un accident. Si une rupture de la coiffe des rotateurs avait bien été objectivée consécutivement à l'accident du 12 décembre 2012 (recte : 15 décembre 2012), cette rupture avait été réparée chirurgicalement le 15 janvier 2014, entraînant une guérison complète. Quant au second accident du 25 juin 2014, il n'avait pas provoqué de lésion assimilée à un accident et en particulier aucune rupture au niveau de la coiffe des rotateurs. Il s'agissait d'un accident au sens « classique » du terme. Enfin, il importait de relever que l'affection de l'épaule droite n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 25 juin 2014, ceci au plus tard depuis le 25 juin 2015.
30. Par écriture du 6 juillet 2017, la recourante a contesté la définition de l'objet du litige par l'intimée en soutenant que ce dernier portait bien sur la question de savoir si elle pouvait prétendre à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 30 juin 2015, compte tenu des deux accidents subis respectivement les 15 décembre 2012, et 25 juin 2014.
31. Le 21 décembre 2017, la chambre des assurances sociales a informé les parties qu'elle entendait soumettre la recourante à une expertise, qu'elle prévoyait de confier au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Fribourg, et elle leur a soumis les questions qu'elle prévoyait de poser audit expert pressenti, en leur fixant un délai au 15 janvier 2018 pour faire valoir un éventuel motif de

récusation à l'endroit dudit expert et/ou des remarques sur les questions de la mission d'expertise.

32. Le 12 janvier 2018, l'intimée a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à l'endroit de l'expert pressenti ni de remarques à formuler à propos de la mission d'expertise.
33. Le 15 janvier 2018, la recourante a fait savoir qu'elle n'avait pas de motif de récuser l'expert pressenti et était d'accord avec les questions posées, mais a demandé que les questions suivantes soient ajoutées : « les conditions d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité sont-elles remplies ? si oui, quel est le taux de l'atteinte à l'intégrité ? ». Elle a en outre versé au dossier un rapport d'une IRM de l'épaule droite du 24 novembre 2017, établi par le docteur I\_\_\_\_\_ du département de radiologie et médecine nucléaire de l'Hôpital de La Tour.

### **EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accident relative à une prestation prévue par la LAA.  
  
b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).  
  
Posté le 1<sup>er</sup> juillet 2016 contre une décision sur opposition du 7 juin 2016, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA).  
  
Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).  
  
Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).  
  
c. Son recours sera donc déclaré recevable.
2. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes que la recourante a subies à son épaule droite doivent être prises en charge par l'intimée au-delà du 30 juin 2015.

- 
3. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (aLAA et aOLAA).

4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'art. 6 al. 2 aLAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (aOLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 aOLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3<sup>e</sup> ; arrêt du Tribunal

---

fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2).

Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

5. 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.

6. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant (et la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail), dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, vol. XIV, Sécurité sociale, 3<sup>ème</sup> éd. 2016 p. 1016 n. 385). Lorsque le *statu quo sine vel ante* est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références).

b. L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA 1988 n° U 47 p. 228 consid. 6a). Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 470). L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps ; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 113 V 54 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.* p. 1015 n. 381).

c. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (ATF 116 V 152 consid. 4d ; arrêt du

---

Tribunal fédéral des assurances U 135/96 du 20 août 1997 consid. 2b). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN/Hans-Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581 n. 16.50).

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
8. a. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations,

la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).

b. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. À défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 et les arrêts cités). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b/aa. 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 LPG 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/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci

---

contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

10. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
11. En l'espèce, il est constant qu'à la suite d'une chute consécutive à une glissade survenue dans sa baignoire le 15 décembre 2012, la recourante a subi une atteinte à son épaule droite ayant nécessité, le 15 janvier 2014, une réinsertion arthroscopique de la coiffe des rotateurs droite dont la prise en charge a été assumée par l'intimée. Il n'est pas non plus contesté – et n'apparaît pas contestable – qu'en chutant sur son épaule droite après avoir raté une marche le 25 juin 2014, la recourante a été victime d'un événement répondant, lui aussi, aux critères d'un accident à environ dix-huit mois d'intervalle. Les parties s'opposent en revanche sur la prise en charge de soins au-delà du 30 juin 2015. Se rangeant à l'avis de son médecin-conseil, le Dr D\_\_\_\_\_, l'intimée considère en substance dans la décision entreprise que si des douleurs nécessitant des soins persistent à l'épaule droite au-delà de cette date, c'est en raison des lésions dégénératives des tendons. Renvoyant à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 mai 2016, la décision litigieuse retient que « le statu quo est atteint au plus tard à une année post accident » sur une épaule ne présentant pas de

---

lésions dégénératives (cf. p. 4 point 31). Or, force est de constater que le rapport du 25 mai 2016 du Dr D\_\_\_\_\_ n'indique pas cela. Ce médecin-conseil y affirme au contraire : « je maintiens mon statu quo sine à une année après la réparation de la coiffe ». Mais à l'examen du rapport du 25 mai 2016, ce « maintien » – qui, en réalité, comporte la fixation d'un statu quo différent de celui retenu par ce même médecin dans son rapport du 30 septembre 2015 – revient à faire abstraction de l'accident du 25 juin 2014 et à fixer le statu quo sine au 15 janvier 2015 en fonction de l'intervention chirurgicale ayant eu lieu le 15 janvier 2014. Pour fixer le statu quo sine au 30 juin 2015, l'intimée s'est en réalité fondée sur le précédent rapport du Dr D\_\_\_\_\_, daté du 30 septembre 2015, dans lequel ce médecin était invité à faire part de son analyse au sujet de l'événement du 25 juin 2014, plus précisément à dire si cet accident était la cause certaine, vraisemblable ou possible de l'atteinte à la santé actuelle (cf. question 2). Le Dr D\_\_\_\_\_ n'a cependant pas véritablement répondu à la question qui lui était posée mais a répété ce qu'il avait déjà indiqué dans son rapport du 8 juillet 2014, à savoir que le premier accident était la cause vraisemblable pour la lésion du sus-épineux, possible pour les autres lésions, exclue pour l'arthrose acromio-claviculaire. S'agissant de l'accident du 25 juin 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ s'est contenté de répondre : « la nouvelle chute n'a pas provoqué de lésion mais la patiente reste algique », tout en attribuant la persistance des douleurs après le 25 juin 2014 à des phénomènes dégénératifs en ces termes : « on doit admettre que s'il n'y avait eu que la lésion du sus-épineux [suite à l'accident du 15 décembre 2012], l'évolution aurait été probablement meilleure avec disparition des douleurs. La part des lésions associées est évidemment difficile à évaluer de manière précise mais je pense que l'on peut fixer un *statu quo sine* au plus tard une année après le nouvelle chute ». En d'autres termes, le Dr D\_\_\_\_\_ semble écarter toute causalité entre la persistance des douleurs au-delà du 30 juin 2015 et l'accident du 25 juin 2014. Il paraît également attribuer cette persistance algique aux « lésions associées » constatées à la suite de l'accident du 15 décembre 2012, mais sans exclure clairement que celles-ci aient pu jouer un rôle dans la persistance de cet état douloureux. En partant de telles prémisses, on ne comprend guère pour quelle raison ce médecin fait à nouveau référence à l'accident du 25 juin 2014 pour la fixation du statu quo sine « au plus tard une année après la nouvelle chute ». Ce point n'est pas motivé. La chambre de céans relève en outre que ce médecin, qui n'a jamais examiné ni entendu la recourante, ne paraît pas non plus très au fait des circonstances de l'accident du 15 décembre 2012 sur lequel son raisonnement se focalise. En effet, après avoir constaté dans son rapport du 8 juillet 2014 que la recourante « était en arrêt de travail pour une entorse de la cheville opérée lorsqu'elle a chuté dans sa baignoire et tapé l'épaule droite », le Dr D\_\_\_\_\_ indique dans son « rappel anamnestique » du 30 septembre 2015 : « [...] glisse dans sa baignoire. Elle se retient avec son membre supérieur droit et ressent une douleur à ce nouveau » (sic), ce qui, à l'évidence, correspond à un mécanisme accidentel différent.

Au vu de ces éléments, la chambre de céans ne saurait se fonder sur les avis du médecin-conseil de l'intimée pour fixer la survenance du *statu quo sine*. Les réponses de ce médecin sont évasives sur les points décisifs et les revirements qu'elles comportent ne sont pas motivés mais présentés à tort comme des rappels ou des confirmations.

Pour leur part, les Dr C\_\_\_\_\_ et Dr F\_\_\_\_\_ prennent le contrepied des affirmations du Dr D\_\_\_\_\_ en retenant que l'événement du 25 juin 2014 a causé une décompensation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (cf. rapport du 24 février 2016 du Dr C\_\_\_\_\_), respectivement une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (cf. rapport du 8 mars 2016 du Dr F\_\_\_\_\_). D'autre part, ces médecins sont d'avis qu'à l'exception de l'arthropathie acromio-claviculaire – qui, selon le Dr F\_\_\_\_\_, est sans relation avec les douleurs actuelles de la recourante –, les lésions de l'épaule droite sont probablement, voire certainement dues à l'accident du 15 décembre 2012. La chambre de céans ne saurait cependant se fonder sur les avis de ces deux médecins traitants, ne serait-ce qu'en raison de leur absence de détermination au sujet du *statu quo sine*.

Ainsi, en l'état actuel de l'instruction du cas, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer et n'a pas d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise.

12. a. Cette dernière sera confiée au Docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, à l'endroit duquel les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

b. Les parties se sont par ailleurs déclarées d'accord avec la mission d'expertise prévue, sous réserve de questions supplémentaires s'agissant de la recourante.

Les questions proposées en plus par la recourante concernent l'octroi éventuel d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, soit une question exorbitante à l'objet du litige ; elles sont en conséquence écartées.

\* \* \* \* \*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier (y compris le dossier radiologique) de l'intimée et de la recourante, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant de l'avis de tiers au besoin.
2. Commet à cette fin le Docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée.
2. Données subjectives de la recourante.
3. Constatations objectives.
4. Diagnostic(s) précis.
5. Indiquer depuis quand ces atteintes sont présentes chez la recourante et comment elles ont évolué.

Décrire leur évolution avant l'accident du 15 décembre 2012 et après.

Décrire leur évolution avant l'accident du 25 juin 2014 et après.

6. Déterminer avec précision les circonstances de l'événement du 15 décembre 2012 et le mécanisme accidentel.
7. Dire si la/les lésion(s) de l'épaule droite de la recourante est(sont) imputable(s) à l'événement accidentel du 15 décembre 2012 et, si oui, laquelle/lesquelles.
8. Dire si la/les lésion(s) de l'épaule droite de la recourante est(sont) imputable(s) à l'événement accidentel du 25 juin 2014 et, si oui, laquelle/lesquelles.
9. La recourante présente-t-elle des atteintes dégénératives de l'épaule droite, antérieures à l'événement du 25 juin 2014, respectivement antérieures à celui du 15 décembre 2012 ?

Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse.

10. Veuillez indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles.

11. Quels ont été les diagnostics révélés par les diverses échographies ainsi que les IRM/arthro-IRM de l'épaule droite versées au dossier. Lesquelles correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA ?
12. En quoi a consisté précisément l'intervention du 15 janvier 2014 ?

S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite, correspondraient à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :

- a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ?
- b. L'accident du 15 décembre 2012 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
- c. L'accident du 25 juin 2014 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
- d. En particulier, les atteintes ayant nécessité des prestations de soins après le 30 juin 2015 – soit notamment des séances de physiothérapie et de mésothérapie – sont-elles dues à l'accident du 15 décembre 2012, respectivement à celui du 25 juin 2014 d'une façon possible, probable, hautement vraisemblable ou certaine ? Fixer un pourcentage. Quelles prestations étaient justifiées à la fois par des troubles accidentels et maladiques ? S'il en existe, veuillez préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.
- e. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 15 décembre 2012, respectivement étrangers à l'accident du 25 juin 2014, qui ont contribué, avec le(s)dit(s) accident(s), à la survenance de ces atteintes ?
- f. L'accident du 15 décembre 2012, respectivement celui du 25 juin 2014 ont-ils déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans ce(s) événement(s) ?
- g. Dans le cas où l'accident du 15 décembre 2012 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'animatrice parascolaire ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
- h. Dans le cas où l'accident du 25 juin 2014 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'animatrice parascolaire ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

S'agissant des diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :

- i. L'accident du 15 décembre 2012 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible, probable, hautement vraisemblable ou certain ? Fixer un pourcentage.
  - j. L'accident du 25 juin 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible, probable, hautement vraisemblable ou certain ? Fixer un pourcentage.
  - k. En particulier, les atteintes ayant nécessité des prestations de soins après le 30 juin 2015 – soit notamment des séances de physiothérapie et de mésothérapie – sont-elles dues à l'accident du 15 décembre 2012, respectivement à celui du 25 juin 2014 d'une façon possible, probable, hautement vraisemblable ou certaine ? Fixer un pourcentage.
  - l. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 15 décembre 2012, respectivement étrangers à l'accident du 25 juin 2014, qui ont contribué, avec le(s)dit(s) accident(s), à la survenance de ces atteintes ?
  - m. L'accident du 15 décembre 2012, respectivement celui du 25 juin 2014 ont-ils déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans ce(s) événement(s) ?
  - n. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité possible, probable, hautement vraisemblable ou certain avec l'accident du 15 décembre 2012, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'animatrice parascolaire ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
  - o. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité possible, probable, hautement vraisemblable ou certain avec l'accident du 25 juin 2014, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'animatrice parascolaire ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
13. Commenter et discuter les avis des Dr D\_\_\_\_\_ (8 juillet 2014, 30 septembre 2015 et 25 mai 2016), Dr C\_\_\_\_\_ (16 janvier 2014, 9 avril 2014, 13 mai 2015 et 24 février 2016), Dr F\_\_\_\_\_ (16 juin 2015 et 8 mars 2016) et Dr E\_\_\_\_\_.

Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée ou des médecins traitants/spécialisés sur la question des diagnostics, des atteintes ayant nécessité des soins après le 30 juin 2015 et/ou du statu quo sine ou ante, veuillez en indiquer les raisons et motiver votre réponse.

14. Formuler un pronostic global.

15. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en quatre exemplaires à la chambre de céans ;
5. Réserve le sort des frais ;
6. Réserve le fond.

La greffière

Le président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le