



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2780/2014

ATAS/959/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse, LUCERNE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1974, travaille en qualité d'opératrice auprès de la filiale genevoise de l'entreprise B_____ SA depuis le 26 mai 2003. Le 31 octobre 2010, alors qu'elle était invitée à Genève par des amis, elle a été victime d'une glissade dans l'escalier en quittant leur maison. La déclaration d'accident du 10 novembre 2010 précisait que l'assurée avait tourné son bras droit contre son dos pour amortir sa chute. Ce faisant, elle s'était luxé l'épaule droite.
2. Le jour de l'accident, l'assurée s'est rendue au service de chirurgie orthopédique ambulatoire des HUG et la doctoresse C_____, médecin interne auprès du service des urgences, lui a délivré un certificat d'arrêt de travail de 100% du 31 octobre au 7 novembre 2010. Le prochain rendez-vous était fixé à cinq jours auprès d'un orthopédiste en ville.
3. Par certificat du 5 novembre 2010, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté que l'assurée présentait une incapacité de travail complète du 31 octobre au 22 novembre 2010 à la suite d'un accident.
4. Le 22 novembre 2010, la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) a informé l'assurée qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 31 octobre 2010.
5. Le 19 novembre 2010, le Dr D_____ a prolongé l'arrêt de travail complet de l'assurée jusqu'au 28 novembre 2010.
6. Dans un rapport à la SUVA du 7 décembre 2010, ce médecin a indiqué que l'assurée souffrait d'une entorse à l'épaule droite. Il lui avait prescrit un traitement anti-inflammatoire jusqu'au 19 novembre 2010. Elle n'avait pas été hospitalisée et il n'existait pas de facteurs particuliers susceptibles d'influencer négativement la guérison. Une reprise complète du travail était envisageable dès le 29 novembre 2010.
7. Dans un rapport du 31 octobre 2010, reçu le 28 janvier 2010 par l'assureur, la Dresse C_____ a précisé que l'assurée ne présentait aucun antécédent – général ou local. Selon l'anamnèse ciblée, l'assurée, lors de sa chute dans l'escalier, s'était retenue avec la main droite, coude en extension. Elle avait entendu un « crac », une douleur à l'épaule « antérieurement ». Une impotence fonctionnelle était apparue en raison de la douleur. À l'examen clinique, il n'y avait pas de déformation ni d'hématome mais une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire. Celle-ci se présentait « sans touche de piano » et sans menace cutanée. Il existait une douleur à la palpation de l'articulation gléno-humérale « antérieurement ». Le trochiter était indolore à la palpation, l'abduction active était impossible au-delà de 40 degrés, la rotation interne et externe étaient douloureuses mais le palm up test sans particularité. Les manœuvres des tendons de la coiffe n'avaient pas été testées en raison des douleurs. Des radiographies de l'épaule et de l'articulation acromio-claviculaire n'avaient pas révélé de luxation, de fracture ou d'arrachement.

8. Par courrier du 6 avril 2011, l'assureur s'est référé à une facture datée du 24 mars 2011, correspondant à des séances d'ostéopathie que l'assurée avait suivies. Dans la mesure où il ne s'agissait pas là de soins qui étaient pris en charge de par la loi, mais qu'il était d'avis que des thérapies alternatives pouvaient avoir un effet bénéfique sur le cours de la guérison, il lui a annoncé qu'il prenait en charge la moitié du coût des séances d'ostéopathie, limitées à neuf séances, respectivement CHF 55.- par séance.
9. Par certificat du 7 juillet 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur adulte et infantile, a attesté que la capacité de travail de l'assurée était nulle dès le 3 juillet 2013, pour une durée indéterminée.
10. Selon une déclaration de sinistre datée du 12 juillet 2013, les suites de l'accident du 31 octobre 2010 étaient réapparues. Une IRM avait permis de constater que les ligaments de l'épaule étaient déchirés. L'assurée avait subi une intervention chirurgicale le 3 juillet 2013.
11. Dans un rapport du 12 septembre 2013, le Dr E_____ a indiqué que cette intervention s'inscrivait dans les suites de l'accident du 31 octobre 2010. En outre, le médecin renvoyait à un rapport daté du 3 juillet 2013 qui retenait une indication opératoire fondée sur les diagnostics suivants :
 - lésion du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite ;
 - lésion partielle du tendon sus-épineux ;
 - instabilité consécutive du tendon du long chef du biceps ;
 - lésion partielle de SLAP de I° associée ;
 - bursite sous-acromiale ;
 - impingement sous-acromial ;
 - arthrose acromio-claviculaire.
12. Par courrier du 24 septembre 2013, l'assureur a fait part de sa détermination au sujet du rapport opératoire du Dr E_____ du 3 juillet 2013. Pour avoir soumis ce document au médecin d'arrondissement, il était d'avis que le lien de causalité entre l'accident du 31 octobre 2010 et l'opération du 3 juillet 2013 n'était pas établi au degré de vraisemblance requis. Aussi a-t-il suggéré à l'assurée de s'adresser à sa caisse maladie.
13. Le 22 octobre 2013, l'assurée a demandé à l'assureur de rendre une décision sujette à opposition. Elle n'était pas d'accord que l'assureur refuse de prendre en charge le coût de l'opération du 3 juillet 2013 et les honoraires du Dr E_____.
14. Entendue le 6 novembre 2013 par la SUVA, l'assurée a déclaré qu'elle n'avait jamais souffert de l'épaule droite avant l'accident du 31 octobre 2010. Son activité d'opératrice pour B_____ SA avait principalement pour objet le remplissage et

l'entretien de distributeurs automatiques (café, boissons froides, snacks etc.), activité qui comportait de nombreuses manutentions (transports de packs de boissons, sacs de monnaie etc.). Pour ce travail qu'elle effectuait seule en position debout ainsi que pour la conduite du fourgon d'entreprise, il lui était indispensable de se servir de ses deux mains. Lors de l'accident du 31 octobre 2010, elle avait glissé sur la première marche de l'escalier qui en comptait trois. Par réflexe, elle avait tendu le bras droit pour tenter d'attraper la main courante – sans succès. Elle était alors tombée sur le côté droit, ce qui avait provoqué un choc direct sur le bras droit qui se trouvait en arrière et en extension. Elle avait ressenti une vive douleur à l'épaule droite qui s'était luxée. Pour rentrer à la maison, son ami avait pris le volant. L'épaule lui faisait alors très mal. Dans la nuit, la douleur était tellement vive qu'elle arrivait à peine à respirer. Son ami l'avait alors conduite aux urgences des HUG. Quelques jours plus tard, le Dr D_____ lui avait prescrit des séances de physiothérapie. Ce médecin avait souhaité que la reprise du travail s'effectuât à 50% dans un premier temps. Comme un tel taux n'était pas envisageable dans sa profession, elle avait repris son activité à plein temps le 22 novembre 2010. Lors de cette reprise, elle ressentait toujours des douleurs à l'épaule, soit à la mobilisation et en force. Elle éprouvait des difficultés pour s'habiller, se coiffer et pour prendre des objets au-dessus de la tête. Il lui était impossible de toucher son dos par le bas et par le haut. Dans l'exercice de sa profession, elle mettait à contribution son bras gauche pour toutes les tâches en hauteur et le port de charges. Elle n'avait plus consulté de médecin et gérait la douleur en prenant régulièrement des antalgiques. Les douleurs à l'épaule droite étaient devenues de plus en plus gênantes et irradiaient le long du bras droit jusqu'à la main. Début 2013, elle avait même consulté le CH8, Clinique de la main. Le médecin qui l'avait reçue lui avait dit que le problème venait de l'épaule. En effet, les examens n'avaient rien révélé au niveau de la main. Elle s'était finalement rendue à la consultation du Dr E_____ le 4 juin 2013. Ce médecin lui avait alors demandé de se soumettre à une IRM qui fut réalisée courant juillet. Une fois connus les résultats de cet examen, le Dr E_____ lui avait annoncé qu'une intervention était indiquée. L'évolution consécutive à l'intervention du 3 juillet 2013 était bonne mais lente. Elle avait encore des douleurs à l'épaule, lorsqu'elle forçait sur le bras à la mobilisation en hauteur et en force. Au quotidien, elle éprouvait toujours des difficultés pour s'habiller, se coiffer et prendre des objets au-dessus de la tête. Il lui était encore impossible de toucher son dos par le bas et par le haut. Même si cette situation semblait identique à celle qui prévalait avant l'intervention du 3 juillet 2013, les douleurs étaient tout de même moins fortes. Elle avait repris son travail le 7 octobre 2013. D'après le Dr E_____, cette reprise était indiscutablement prématurée.

15. Le 19 novembre 2013, le Dr E_____ a transmis à l'assureur le rapport relatif à l'arthro-IRM de l'épaule droite, réalisée le 7 juin 2013 par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie. Ce médecin concluait à une rupture complète du tendon sub-scapulaire avec rétractation du moignon tendineux et mise à nu du trochin. De plus, une infiltration graisseuse, « de stade III au moins selon

Goutalier », de la partie la plus latérale du muscle sub-scapulaire avait pu être constatée.

16. Le 4 mars 2014, l'assureur a rendu une décision, rédigée en allemand, refusant toute prestation à l'assurée, motif pris qu'il n'était pas possible de prouver, au degré de vraisemblance minimal requis, un lien entre l'accident du 31 octobre 2010 et les troubles à l'épaule droite annoncés.
17. Le 1^{er} avril 2014, l'assurée, représentée par son conseil, a formé opposition à la décision du 4 mars 2014 et invité préalablement l'assureur à notifier une nouvelle décision en français. Sur le fond, elle a d'ores et déjà fait valoir que les deux interventions qu'elle avait subies les 3 juillet 2014 et 26 février 2014 étaient en lien avec une déchirure des tendons de l'épaule droite, soit une lésion assimilée à un accident de par la loi. Elle avait été traitée pour une atteinte à son épaule droite suite à une chute le 31 octobre 2010. Toutefois, les médecins en charge de son dossier aux HUG n'avaient pas procédé à des examens suffisants pour apprécier la gravité de la situation. Compte tenu de la persistance des douleurs, elle avait consulté le Dr E_____ qui avait pu objectiver l'atteinte aux tendons évoquée.
18. Par courrier du 6 mai 2014, l'assureur a transmis à l'assurée une version française de la décision du 4 mars 2014 et invité celle-ci à motiver son opposition d'ici le 5 juin 2014. Elle a également joint une traduction d'un rapport de la doctoresse G_____, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans cette appréciation médicale datée du 25 février 2015, ce médecin a indiqué que le 31 octobre 2013 (*recte* : 31 octobre 2010), l'assurée avait subi une entorse de l'épaule droite. L'examen radiologique n'avait révélé aucune lésion osseuse. Près de trois ans plus tard, un examen d'imagerie médicale plus étendu par IRM avait objectivé une lésion de la coiffe des rotateurs. Étant donné que plus de deux ans et demi s'étaient écoulés sans aucune consultation ni traitement médical, la causalité de la rechute pouvait être considérée comme plausible (*recte* : possible/ « möglich » dans le texte original).
19. Le 5 juin 2014, l'assurée a complété son opposition du 1^{er} avril 2014. Elle n'avait certes pas consulté de médecin durant plus de deux ans après son traitement consécutif à l'accident du 31 octobre 2010, son affection à l'épaule n'en continuait pas moins de la faire souffrir. Elle compensait la perte de mobilité et de force de son bras droit en mettant à contribution son bras gauche, et gérait la douleur avec la prise régulière d'antidouleurs. Pour le surplus, elle s'est référée aux réponses que le Dr E_____ avait données le 15 mai 2014 en réponse à une série de questions qu'elle lui avait posées par écrit.

Concernant le détail de l'intervention du 3 juillet 2013, le Dr E_____ soulignait que le cartilage gléno-huméral était intact lors du bilan arthroscopique, de façon qu'on pouvait clairement exclure des lésions dégénératives chez cette patiente droitrière, âgée de 37 ans au moment de l'accident, qui était asymptomatique avant la chute. Il existait chez certains patients, plutôt dans la classe d'âge de 45-60 ans,

des lésions dégénératives de la coiffe du rotateur, mais concernant plutôt le tendon sus-épineux. Dans le présent cas en revanche, la luxation antéro-inférieure de l'épaule avait causé la lésion du tendon sous-scapulaire – qui est un stabilisateur dynamique antérieur de l'épaule. Une étiologie dégénérative isolée du tendon sous-scapulaire – thèse soutenue par l'assureur – était tout simplement fautive et, à sa connaissance, non décrite dans la littérature. Après l'intervention du 3 juillet 2013, l'évolution avait été favorable. Hélas, lors d'une conversation téléphonique remontant au 6 novembre 2013, l'assurée lui avait annoncé qu'elle avait subi un nouveau traumatisme une semaine auparavant. En tirant fortement avec son membre supérieur droit en l'air, elle avait entendu et ressenti un fort craquement et une douleur subite et importante. Une arthro-IRM de l'épaule droite, effectuée le 9 janvier 2014 par le Dr F_____, avait confirmé une récurrence de la rupture complète du tendon sous-scapulaire avec une nouvelle mise à nu du trochin et du moignon tendineux. Ce dernier était quasiment non individualisable car rétracté jusqu'au niveau de la glène. Le 26 février 2014, l'assurée avait bénéficié d'une reprise chirurgicale pour réinsertion-suture du tendon sous-scapulaire ré-arraché. Depuis lors, l'évolution était favorable mais une reprise de son activité habituelle pour B_____ SA n'était pas encore envisageable.

20. Le 29 juillet 2014, la Dresse G_____ a apprécié une nouvelle fois la situation médicale à la lumière des rapports des Dr E_____ et F_____ du 15 mai 2014, respectivement du 9 janvier 2015. Elle considérait que la situation restait inchangée. Compte tenu de la situation actuelle, à savoir plus de deux ans et demi sans aucune consultation ni traitement médical, elle maintenait que la causalité de la rechute pouvait être considérée comme plausible (*recte* : possible/ « möglich » dans le texte original).
21. Le 14 août 2014, l'assureur a rejeté l'opposition formée à l'encontre de la décision du 4 mars 2014. Même si les déchirures de tendons faisaient partie de la liste des lésions assimilées à un accident, l'assurée n'avait pas présenté de douleurs typiques dans les suites immédiates de l'accident du 31 octobre 2010. Ainsi la responsabilité de l'assureur n'était pas engagée. Elle ne l'était pas non plus pour les lésions SLAP, la bursite sous-acromiale, l'impingement sous-acromial et l'arthrose. En effet, ces autres troubles ne faisaient pas partie des lésions assimilées à un accident par le législateur.
22. Le 15 septembre 2014, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 14 août 2014, concluant, principalement, à son annulation et à ce qu'il soit dit et constaté que les troubles à l'épaule droite dont elle souffrait et qui avaient conduit aux interventions pratiquées les 3 juillet 2013 et 26 février 2014 se trouvaient dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 31 octobre 2010 et qu'en conséquence, elle avait toujours droit aux prestations légales de l'assurance-accident pour les suites de son accident du 31 octobre 2010, notamment à la prise en charge des frais des interventions des 3 juillet 2013 et 26 février 2014 et des suites de celles-ci. Sur le fond, elle a repris en substance les

arguments développés dans son opposition du 1^{er} avril 2014 en soulignant que le Dr E_____, dans son rapport du 15 mai 2014, avait relevé que le cartilage gléno-huméral était intact lors du bilan arthroscopique, de sorte qu'on pouvait clairement exclure des lésions dégénératives chez une patiente droitrière, âgée de 37 ans au moment de l'accident, et qui était asymptomatique avant la chute.

23. Par réponse du 14 octobre 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il n'y avait pas d'élément au dossier permettant d'attester de la persistance des troubles allégués dans les deux ans suivant le traitement consécutif au sinistre de 2010. C'était par conséquent à bon droit qu'elle avait retenu que la recourante n'avait entrepris aucun traitement médical entre octobre 2010 et juin 2013. Admettre le contraire reviendrait en définitive à considérer la prise intermittente d'antidouleurs comme un traitement médical. C'était donc en toute connaissance de cause que le médecin d'arrondissement avait, par deux fois, souligné que le laps de temps écoulé entre la chute et l'apparition des nouveaux troubles, ainsi que l'absence de symptômes entre 2010 et 2013 ne permettaient pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'accident de 2010 et les plaintes qui avaient conduit à la seconde prise en charge de l'épaule. En outre, il convenait d'avoir à l'esprit que le diagnostic principal retenu en 2010 était uniquement celui d'entorse/foulure de l'articulation de l'épaule droite, sans déformation ou hématome, ni luxation, fracture ou bien encore arrachement (pièce 9 et 11 intimée) et que la preuve de symptômes consécutifs à la chute de 2010 n'avait pas été rapportée.
24. Par courrier du 6 novembre 2014, la recourante a requis l'audition de son médecin traitant.
25. Entendue en audience de comparution personnelle le 24 novembre 2014, la recourante a déclaré que le 31 octobre 2010, deux heures après l'accident, les HUG avaient effectué des radiographies. Après quoi, on lui avait annoncé qu'il n'y avait rien de grave, notamment pas de fracture. Quelques jours plus tard, elle avait bénéficié quelque temps d'un suivi auprès du Dr D_____. Au bout d'un mois, elle avait repris son travail à 100% et suivait parallèlement des séances de physiothérapie, commencées à fin octobre-début novembre, et ceci pour une période de deux mois. Elle n'avait en revanche pas revu le Dr D_____ depuis sa reprise de travail. En 2011-2012, elle était allée consulter un ostéopathe parce que les douleurs étaient toujours présentes. Au terme de la quatrième séance, ce thérapeute lui avait indiqué qu'il ne pouvait plus faire grand-chose pour elle, car malgré les manipulations qu'il pratiquait, elle ressentait toujours les mêmes douleurs. Aussi lui avait-il conseillé d'aller voir un médecin. Au début 2013, elle avait ressenti de forts endormissements de la main droite, plus précisément des deux mains. Après n'avoir relevé aucune anomalie au niveau des mains, la Clinique de la main lui avait conseillé de commencer par examiner les épaules. Après avoir tenu encore un ou deux mois, elle était allée consulter le Dr E_____. Il n'y avait

pas eu d'événement particulier qui l'avait incitée à se rendre chez ce médecin, si ce n'est qu'elle n'arrivait pas à se coiffer et à s'habiller sans ressentir de douleurs.

Suite à l'intervention qu'elle avait subie début juillet 2013, elle avait repris le travail à 100% le 7 octobre 2013. Dans l'intervalle, il n'y avait pas eu d'épisode à temps partiel. En octobre 2013, elle était en train de nettoyer des machines dans le cadre de son travail. Elle avait tout d'un coup senti un craquement au niveau de l'épaule droite. À ce moment, son bras était en hauteur. Après quoi, elle avait tout de suite appelé son médecin. Celui-ci lui avait fait subir une autre IRM le 9 janvier 2014.

Rendue attentive au fait que lors de son audition le 6 novembre 2013 par l'intimée, elle n'avait pas fait mention du craquement évoqué sous la rubrique « état actuel », la recourante a indiqué qu'elle ne se souvenait plus des dates mais qu'il lui semblait qu'elle avait dû recontacter le Dr E_____ en décembre et qu'il lui avait alors répondu qu'elle devait subir une IRM avant de le rencontrer et de faire le point sur l'évolution de la situation. En revanche, elle se souvenait avec certitude avoir appelé le Dr E_____ immédiatement après avoir senti un craquement à son épaule, probablement au mois de décembre 2013.

26. Lors de l'audience d'enquêtes du 2 février 2015, le Dr E_____ a indiqué que la dernière consultation donnée à la recourante remontait au 27 janvier 2015. Il s'agissait d'un contrôle douze mois après la dernière intervention. Son état était satisfaisant. Elle travaillait aujourd'hui à 100% mais les travaux requérant des efforts, le bras en abduction, des ports de charge au-delà de 5 kg étaient contre-indiqués.

Après avoir examiné le compte-rendu de consultation de la Dresse C_____ du 31 octobre 2010, le Dr E_____ a indiqué qu'il n'avait pas eu connaissance de ce rapport par le passé. Le diagnostic d'entorse/foulure de l'épaule lui paraissait incomplet. Il n'y avait pas non plus d'anamnèse complète. De son point de vue, le diagnostic qu'il avait posé en 2013, en fonction de l'état de santé de la recourante à ce moment-là, était quoi qu'il en soit le diagnostic le plus précis qui aurait dû être posé déjà en 2010, car il ne voyait pas qu'une patiente de son âge au moment de l'accident, ait pu présenter, en 2013, une rupture complète du tendon sous-scapulaire à une épaule qui ne présentait pas de signes dégénératifs. Selon lui, l'étiologie était traumatique. Il existait certes des dégénérescences pouvant conduire à une rupture d'un tendon à l'épaule, mais elles concernaient des patients plus âgés et surtout un tendon différent, le sus-épineux.

Sur question, le Dr E_____ a indiqué qu'il existait une différence entre une entorse/foulure et une luxation. Dans le premier cas, il n'y avait pas de déboitement de l'épaule. S'agissant de la recourante, il y avait manifestement une rupture complète du tendon sous-scapulaire en 2010. Il était parti de l'idée, à l'époque, qu'il y avait eu luxation car la recourante s'était confiée à lui en ces termes. Une rupture du tendon sous-scapulaire n'était pas décelable dans une radiographie, alors

qu'elle l'était dans une IRM. Cela pouvait expliquer la différence de diagnostic entre les HUG et celui qu'il avait posé en 2013. Il s'étonnait toutefois qu'un temps si long se fût écoulé, entre l'accident de 2010 et sa propre intervention, et que personne n'ait fait un tel bilan plus tôt en présence d'une épaule qui manifestement n'allait pas bien. Il relevait toutefois un élément important dans l'anamnèse ciblée du rapport de la Dresse C_____ : il y était question d'un « crac » que la recourante disait avoir entendu et d'une douleur qu'elle avait ressentie au-devant de l'épaule (« antérieurement »), ce qui précisément évoquait l'emplacement du tendon déchiré ainsi que sa rupture. Le fait qu'à l'examen clinique de la Dresse C_____, les tendons de la coiffe n'aient pas pu être testés – car la douleur était trop vive – le confortait dans son diagnostic. Il estimait également qu'à l'époque, une indication pour une IRM était posée.

Après avoir examiné le rapport IRM du 10 juin 2013, le Dr E_____ s'est exprimé en ces termes sur « l'importante hétérogénéité du tendon supra-épineux et infra-épineux » dont il était fait état : la notion d'hétérogénéité signifiait que le tendon – dans le cas particulier d'une épaule qui avait souffert depuis longtemps – n'était pas nécessairement déchiré. Toutefois, il ressortait de son rapport opératoire du 3 juillet 2013 que le tendon sus-épineux – synonyme de supra-épineux – était affecté d'une lésion partielle. Enfin, en tant que le rapport IRM du 10 juin 2013 faisait état, à l'avant-dernier paragraphe de la première page, d'une « intégrité des structures labro-cartilagineuses sans évidence de séquelle d'une luxation de l'épaule », le Dr E_____ a rappelé que lorsque la recourante l'avait consulté, elle lui avait parlé d'une luxation, raison pour laquelle il était partie de l'idée que cette affirmation était juste. Toutefois, à l'examen de l'IRM, il avait constaté qu'il n'y avait pas de luxation, mais une rupture du tendon qu'il avait traitée comme telle, sans devoir stabiliser l'épaule comme en cas de luxation.

Interrogé sur le sens du terme « adhésions » figurant au dernier paragraphe de la première page du compte rendu opératoire du 3 juillet 2013, le Dr E_____ a précisé qu'il avait constaté que le tendon sous-scapulaire, totalement déchiré, s'était rétracté. Il s'était donc cicatrisé dans cette position rétractée, formant une « cicatrice fibreuse », ce qui avait nécessité de libérer cette mauvaise cicatrisation pour replacer le tendon sur l'humérus. Il s'agissait là d'une lésion passée, mais il n'était pas en mesure de dire s'il s'agissait d'un événement remontant à six mois ou deux ans, voire plus. Quant à la lésion SLAP de type I associée, également diagnostiquée dans le compte rendu précité, le Dr E_____ a indiqué qu'il était difficile de déterminer l'origine d'une telle lésion. Elle pouvait être due à un choc ou de nature dégénérative. Quoi qu'il en soit, dans le cas particulier, il s'agissait d'une lésion légère, de niveau 1 sur 4, et l'on dit qu'elle est associée car elle se situait à quelques centimètres du tendon rompu.

Invité à commenter les conclusions du rapport d'arthro-IRM du 9 janvier 2014, le Dr E_____ a indiqué que la « confirmation d'une récurrence de rupture complète du tendon sub-scapulaire avec mise à nu du trochin et moignon tendineux quasiment

non individualisable » devait être mise en relation avec sa première intervention de juillet 2013. Quelques mois après l'opération, un mouvement brusque avait entraîné la rupture de la réparation qu'il avait faite, de sorte que l'on avait dû retendre le tendon et le réinsérer.

Après avoir été rendu attentif par la chambre de céans quant au fait que le rapport opératoire du 26 février 2014 relevait, sur sa deuxième page, « une lésion de SLAP de type I », le Dr E_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de rapport entre cette lésion et la récurrence de rupture complète du tendon sub-scapulaire. Il ne s'agissait pas non plus d'une nouvelle lésion SLAP. Lorsqu'il avait posé le diagnostic lors de la première intervention, il était intervenu en lissant la surface atteinte, mais il pouvait rester des irrégularités après la première intervention, raison pour laquelle la deuxième intervention avait été mise à profit pour traiter les irrégularités résiduelles. Interrogé sur la question de savoir s'il fallait y voir une fragilité particulière de l'épaule droite de la patiente, le Dr E_____ a répondu par la négative. Quant au rebord cicatriciel sur la face antéro-latérale de l'acromion, mentionné en p. 2 du rapport du 26 février 2014, le Dr E_____ a précisé qu'il était en relation avec la première intervention, de juillet 2013.

À la demande de la chambre de céans, le conseil de la recourante a produit la liste de questions auxquelles le Dr E_____ a répondu par courrier du 15 mai 2014. Elle en a fait établir une copie pour l'intimée et elle-même et l'a annexée au procès-verbal d'audience.

Interrogé sur son courrier du 15 mai 2014, plus particulièrement sur l'absence de lésions dégénératives du cartilage gléno-huméral évoquée à l'avant dernier paragraphe de la p. 1, le Dr E_____ a indiqué que ce n'est pas parce qu'il n'y avait pas de lésions dégénératives au moment de l'accident de 2010, et qu'il n'y en avait pas non plus deux plus tard, que cette situation devait être interprétée comme une absence de relation de causalité entre l'accident de 2010 et l'état de l'épaule en juin/juillet 2013. En effet, la situation était différente en ce sens que le diagnostic mis en évidence en 2013 montrait l'origine traumatique de l'épaule, par ailleurs en bon état hormis la rupture totale du tendon.

Prenant position au sujet du dernier paragraphe de la première page du courrier du 15 mai 2014, qui faisait état d'une lésion causale du tendon sous-scapulaire consécutive à la luxation antéro-inférieure de l'épaule, le Dr E_____ a expliqué que lorsqu'on parlait de lésions « causales », il ne s'agissait pas toujours de lésions dégénératives. Il était certes parti de l'idée qu'il y avait eu luxation, ce qui n'était en réalité pas le cas, car il n'y avait plus que la rupture du tendon sous-scapulaire. Aussi confirmait et précisait-il qu'une rupture complète du tendon sous-scapulaire chez une patiente de 37 ans, avec une telle anamnèse, était d'origine traumatique et non pas dégénérative.

Le 6 novembre 2013, la recourante avait pris contact avec lui par téléphone pour lui annoncer qu'une semaine plus tôt, elle avait tiré fortement sur son membre

supérieur droit en l'air et ressenti un craquement et une douleur subite. Il avait pris des notes lors de cet entretien téléphonique. Elle lui avait indiqué qu'elle verrait l'intimée « ce jour ». Il en déduisait qu'elle lui avait téléphoné avant de se rendre chez l'intimée. Elle lui avait probablement posé une question dont il n'avait noté que la réponse, à savoir que la lésion du tendon sous-scapulaire était, selon lui, due à l'accident. Il n'était pas surpris que la recourante ne l'ait contacté qu'une semaine après l'événement qu'elle avait décrit au téléphone le 6 novembre 2013. Il arrivait en effet que des patients tardent à l'appeler après avoir subi un traumatisme, en essayant de temporiser avec la prise d'antalgiques, en pensant que les choses s'arrangeraient d'elles-mêmes. Il était déjà arrivé qu'un patient prenne contact avec lui vingt-quatre heures après le déboîtement d'une épaule. S'agissant de la recourante, il n'avait rien noté par rapport au fait qu'il lui aurait dit que la reprise du travail trois mois après l'intervention du 3 juillet 2013 serait prématurée. Toutefois, il trouvait en effet que dans une activité physique, une reprise de travail seulement trois mois après une opération constituait un délai assez court. La lésion principale qu'il avait dû réparer à deux reprises procédait d'un traumatisme à haute énergie qui excluait qu'il survînt sans que la recourante s'en rende compte.

Lorsqu'il affirmait à l'avant-dernier paragraphe de la p. 1 de son courrier du 15 mai 2014 que l'épaule était asymptomatique avec la chute de 2010, il se basait non seulement sur l'anamnèse, mais également sur les constatations médicales montrant que, hormis la rupture du tendon, l'épaule se trouvait dans un état général satisfaisant.

Lorsqu'il situait l'origine de la rupture du tendon à l'événement de 2010, il tenait compte des explications que la recourante lui avait données, soit d'une anamnèse qui lui paraissait cohérente, d'autant qu'elle avait expliqué qu'elle avait toujours ressenti des douleurs entre cet événement, et le moment où elle l'avait consulté, qu'elle lui avait indiqué avoir dans l'intervalle bénéficié de séances de physiothérapie, malgré lesquelles les douleurs nocturnes persistaient. En revanche, elle ne lui avait pas parlé d'une consultation chez un spécialiste de la main.

Une rupture du tendon sous-scapulaire provoquait des douleurs très importantes. Elles persistaient dans le temps, le cas échéant avec des hauts et des bas et, dans le cas particulier, cela correspondait à ce qu'il avait noté dans son dossier.

Enfin, le conseil de la recourante a relevé que l'intimée savait que la recourante avait bénéficié de séances d'ostéopathie, notamment en 2011, puisque le remboursement de ces séances lui avait été demandé et qu'il avait été partiellement refusé (cf. pièce 12 intimée).

27. Dans ses observations après enquêtes du 10 mars 2015, la recourante a notamment souligné que le Dr E_____ avait confirmé qu'une étiologie dégénérative isolée du tendon sous-scapulaire – comme prônée par l'intimée – était tout simplement fautive et que le diagnostic qui avait été posé par les HUG le 31 octobre 2010 pouvait être

écarté au profit de celui qu'il avait lui-même posé le 4 juin 2013, le premier diagnostic ayant été incomplet.

28. Le 10 mars 2015, l'intimée a produit un avis complémentaire du 9 mars 2015, émanant de sa division médecine des assurances et dû à la plume du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Étant donné que cet avis était rédigé en allemand, elle a sollicité un délai pour en produire une traduction en français.
29. Le 16 mars 2015, l'intimée a transmis la traduction française de l'avis du Dr H_____, précisant que seul l'original faisait foi.

Celui-ci a indiqué que son appréciation avait eu lieu sur la base des dossiers et des documents d'imagerie médicale mis à disposition. À ce stade, aucun examen clinique n'avait été réalisé. Cependant, un tel examen n'aurait pas contribué de façon essentielle à répondre aux questions posées, car deux interventions chirurgicales avaient été pratiquées dans l'intervalle et la situation initiale ne pouvait plus être appréciée à l'aide d'un examen clinique.

D'une manière générale, une rupture du tendon du muscle subscapulaire pouvait provenir d'une luxation de l'épaule, d'un traumatisme sans luxation de l'épaule ou d'une dégénérescence. Pour cette dernière hypothèse, la proportion de ruptures dégénératives s'accroissait avec le vieillissement. Dans le cadre d'une étude effectuée sur plusieurs personnes, des examens IRM réalisés sur des personnes âgées de 40 à 60 ans avaient révélé que 4% d'entre eux présentaient des ruptures totales et 6% des ruptures partielles. Chez les 19 à 39 ans, 5% présentaient des ruptures partielles.

Dans le cas particulier, le rapport des HUG du 31 octobre 2010 décrivait sans ambiguïté qu'il s'agissait d'une entorse/foulure. Il n'était pas exact de prétendre que le diagnostic était incomplet. Au contraire, la consultation du 31 octobre 2010 aux HUG avait défini précisément les éventuelles lésions qui auraient rendu nécessaire un traitement d'urgence : fractures, luxations. Aucun hématome n'était visible. L'éventualité d'une lésion SLAP avait également été envisagée. Un palm-up test s'était révélé normal. Le diagnostic d'entorse était correct à l'époque. Les clichés d'imagerie médicale ne révélaient pas de luxation. Il était impossible pour un médecin de ne pas identifier le tableau clinique d'une luxation de l'épaule. Un tel diagnostic ou son exclusion ne posaient aucun problème au service des urgences d'un hôpital universitaire. Si le 31 octobre 2010, une luxation de l'épaule avec déchirure du tendon du muscle subscapulaire avait eu lieu, une instabilité récurrente en aurait résulté, ce qui n'était pas le cas chez la recourante. Un examen d'arthro-IRM n'était pas du tout indiqué le 31 octobre 2010. Si l'assurée avait présenté les symptômes adéquats dans l'évolution ultérieure, cet examen aurait pu être réalisé dans les semaines suivant le 31 octobre 2010. L'évolution montrait au contraire que les symptômes avaient été soulagés en temps utile par un traitement conservateur. Les factures du Dr D_____ et de la physiothérapeute I_____ prouvaient que ce

cas était clôturé à l'automne 2010. Les séances supplémentaires d'ostéopathie avaient également pris fin le 24 mars 2011.

L'IRM du 7 juin 2013 ne permettait pas d'évaluer la date de l'apparition de la lésion du tendon du muscle subscapulaire droit. Le Dr E_____ avait affirmé lui-même à l'audience du 2 février 2015 qu'il était impossible de dire si l'accident remontait à six mois ou deux ans. Il était donc tout à fait possible que le recourante ait subi à un moment ou à un autre – bien avant l'accident du 31 octobre 2010 – une rupture qui n'avait été observée qu'à l'IRM du 7 juin 2013. Quoi qu'il en soit, l'adiposité de Goutallier III plaidait en faveur d'une limitation fonctionnelle durable du muscle subscapulaire.

Lors de son entretien avec l'intimé le 6 novembre 2013, la recourante avait indiqué qu'elle était tombée directement sur l'épaule. Son bras se trouvait en arrière et en extension. Selon deux publications spécialisées, ce mécanisme accidentel n'était toutefois pas susceptible de causer une rupture du tendon du muscle subscapulaire. Lors de l'examen initial aux HUG, des signes de lésion structurelle récente faisaient défaut. À teneur du rapport du 31 octobre 2010 en effet, aucun hématome n'était observable. L'entorse de l'épaule du 31 octobre 2010 n'était donc pas responsable, au degré de la vraisemblance prépondérante, de la rupture du tendon du muscle subscapulaire.

L'IRM du 7 juin 2013 révélait des dégénérescences des autres tendons de la coiffe des rotateurs, ce que prouvait l'irrégularité des signaux des tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux. L'articulation acromio-claviculaire présentait également une atteinte dégénérative. Le Dr E_____ le confirmait aussi dans son rapport opératoire du 3 juillet 2013 puisqu'il décrivait un conflit sous-acromial, une bursite sous-acromiale et une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire. Aussi avait-il pratiqué une bursectomie, une acromioplastie selon Neer et une réséction caudale et latérale de la clavicule.

L'affirmation selon laquelle le cartilage de l'articulation gléno-humérale était intact, et donc qu'aucune lésion dégénérative n'était présente, était fautive. Selon la littérature spécialisée, il était précisément typique et tout à fait clair que les différents tendons de la coiffe des rotateurs dégénèrent, qu'une arthrose acromio-claviculaire puisse accompagner un conflit tandis que l'articulation gléno-humérale restait intacte. L'arthro-IRM du 7 juin 2013 révélait en outre un conflit dans la section coraco-humérale. Il constituait une prédisposition à une lésion dégénérative du tendon du muscle sub-scapulaire. Le Dr E_____ affirmait qu'une rupture du tendon du muscle subscapulaire chez une patiente âgée de 37 ans n'était pas une lésion dégénérative, mais avait une origine traumatique. En l'occurrence, l'assurée avait 40 ans au moment de l'établissement du diagnostic de rupture du tendon du muscle subscapulaire. Or, selon la littérature, une lésion non traumatique, dégénérative, du tendon du muscle subscapulaire pouvait se produire dès l'âge de 40 ans. Par ailleurs, le fait qu'après l'opération du 3 juillet 2013, une récurrence de rupture de ce tendon se fût produite à la suite d'un mouvement de routine plaidait

en faveur d'une dégénérescence du tendon – sous réserve que l'intervention du 3 juillet 2013 ait été réalisée correctement. En effet, les fils ne tenaient pas suffisamment sur les tissus en mauvais état, dégénérés.

L'intervalle de temps écoulé entre les symptômes d'entorse de l'automne 2010 et la nouvelle apparition spontanée de douleurs scapulaires un an et demi après (cf. indication de l'arthro-IRM du 7 juin 2013) plaidait également en faveur d'un processus pathologique progressif.

Dans l'ensemble, tous ces faits documentaient qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, c'était une maladie dégénérative de l'épaule droite qui avait entraîné la lésion du tendon du muscle subscapulaire.

En conclusion, la rupture du tendon subscapulaire droit, observable à l'IRM du 7 juin 2013, n'était pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'entorse de l'épaule subie le 31 octobre 2010.

30. Le 1^{er} avril 2015, la recourante a soutenu que le Dr H_____ avait forgé son opinion en examinant la radiographie effectuée par les HUG le jour de l'accident. Or, cette radiographie présentait le défaut d'être une méthode d'investigation insuffisante ne permettant pas de déceler une rupture du tendon sub-scapulaire, au contraire d'une IRM. C'était donc bien à la lumière des IRM des 7 juin 2013 et 9 janvier 2014 qu'il convenait de déterminer la nature de la lésion à l'épaule de la recourante. Ensuite, le Dr H_____ échouait à démontrer que l'origine de la lésion de la recourante ne pouvait être que dégénérative et non traumatique. Âgée de 36 ans au moment de l'accident, respectivement 39 ans lors de l'IRM du 7 juin 2013, il était peu probable que la recourante fasse partie des personnes victimes d'une lésion dégénérative du tendon subscapulaire. En outre, et c'est cela qui était décisif, il convenait d'apprécier le cas d'espèce et non les statistiques, raison pour laquelle il convenait de s'en tenir à l'opinion documentée du Dr E_____ qui estimait que c'était bien un traumatisme et non une dégénérescence qui était à l'origine de l'état actuel de l'épaule de la recourante.

Subsidiairement, « l'avis de l'expert » selon lequel il existait un état préexistant asymptomatique était de toute manière indifférent du point de vue de la prise en charge des frais et des soins. En effet, d'un point de vue légal, le fait qu'une atteinte à la santé ne fût que partiellement imputable à un accident ne permettait pas de réduire les prestations pour soins, les remboursements de frais, les indemnités journalières ou encore les allocations pour impotent. A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'était pas rétabli, l'assureur-accidents devait prendre à sa charge le traitement de l'état malade préexistant, dans la mesure où il avait été causé ou aggravé par l'accident.

Enfin, il y avait lieu d'ordonner une expertise judiciaire en cas de doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le médecin d'arrondissement de l'intimée. Une telle mesure s'imposait à plus

forte raison que dans le présent cas, la position de l'intimée avait été mise à mal par nombre d'éléments médicaux.

31. 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à l'épaule droite de la recourante doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au 24 mars 2011.

5. a/aa. 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).

a/bb. L'art. 6 al. 2 LAA 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 (OLAA; 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 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, 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 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; 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 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un événement qui présente un risque accru. Cette condition est notamment remplie lorsque le geste qui conduit aux douleurs ressenties se produit dans le cadre d'une activité comprenant un risque accru, comme c'est le cas de nombreux sports (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 398/06 du 21 novembre 2006 consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (arrêt

du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 2). La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente en effet pas un facteur extérieur, qui sans être de caractère extraordinaire doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 362/06 du 4 juillet 2007 consid. 3).

b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

b/aa. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

b/bb. Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4). Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci

acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesteraient plus. Cet examen doit avoir lieu *ex ante* en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connue jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus avec l'accident initial et/ou s'il existe des symptômes de pont [Brückensymptome] qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (arrêt 8C_102/2008 précité consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 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.

b. 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).

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. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

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

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).

11. 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).
12. 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. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

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).

14. a. Il convient d'examiner en premier lieu si les obligations éventuelles de l'intimée vis-à-vis de la recourante doivent être analysées uniquement à la lumière de l'accident du 31 octobre 2010 ou également en fonction de l'événement s'étant produit fin octobre 2013, une semaine avant l'entretien téléphonique du 6 novembre 2013 entre la recourante et son médecin traitant.

En ce qui concerne ce second événement vécu par la recourante, soit une récurrence de rupture complète du tendon sous-scapulaire alors que son bras droit était en hauteur, on ne peut que constater que cette nouvelle atteinte est survenue à l'occasion d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, en application de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, les conséquences découlant d'un tel état de fait ne sont pas à la charge de l'intimée et les obligations éventuelles de celle-ci doivent être déterminées exclusivement en fonction de l'événement du 31 octobre 2010 dont la nature accidentelle ne prête pas à discussion.

b. Est en revanche contestée la question de savoir si les problèmes de santé de l'épaule droite qui se sont manifestés en 2013 et 2014 et leurs suites présentent, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle avec l'accident du 31 octobre 2010. Aussi convient-il de déterminer au préalable si les problèmes en question présentent une continuité avec cet accident ou s'ils constituent, au contraire, un cas de rechute/séquelles tardives. La distinction revêt toute son importance puisque dans la seconde hypothèse, l'assureur ne saurait se voir opposer le fait d'avoir admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre

l'accident initial et ses suites. En effet, dans la mesure où les facteurs causals peuvent prendre fin avec le temps, il appartient à l'assuré de prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité naturelle entre le cas de rechute/séquelles tardives allégué et l'accident initial (arrêt du Tribunal fédéral 9C_102/2008 du 26 septembre 2008 consid. 2.2 ; cf. également ci-dessus consid. 5b/bb et 12b).

En l'espèce, la recourante allègue avoir continué de souffrir de l'épaule droite même après la fin de la prise en charge des séances d'ostéopathie qui lui a été signifiée par courrier du 6 avril 2011.

Par ce courrier, l'intime a simplement indiqué que même si des séances d'ostéopathie ne constituaient pas un traitement médical approprié des lésions résultant d'un accident (art. 10 al. 1 LAA), elle acceptait néanmoins de prendre en charge la moitié du coût des séances d'ostéopathie, limitées à neuf séances, respectivement CHF 55.- par séance, motif pris que des thérapies alternatives étaient susceptibles d'avoir un effet bénéfique sur le cours de la guérison.

Dans la mesure où ce courrier constituait simplement une réponse à une demande de prise en charge d'une facture ne relevant pas des prestations légales, on ne saurait y voir en soi une communication signifiant la fin de la prise en charge du traitement en général. Toutefois, il est constant qu'avant même les séances d'ostéopathie évoquées, des prestations effectivement à charge de l'assureur-accidents n'étaient plus d'actualité et ce, dans les suites d'un accident sans gravité particulière suivi d'un processus de guérison favorable (cf. rapport du Dr D_____ du 7 décembre 2010) et d'une reprise du travail à 100% le 22 novembre 2010, soit environ trois semaines après l'accident. On peut dès lors estimer que le dossier a été clos tacitement le 24 mars 2011 au plus tard, soit à la date de la facture de l'ostéopathe. Après quoi, des soins n'ont plus été à l'ordre du jour. La recourante fait certes valoir qu'elle a continué à ressentir des douleurs. Toutefois, elle n'a pas pour autant consulté de médecin jusqu'au mois de juin 2013. Quant aux douleurs en question, elles ne sont documentées qu'à partir de juillet 2013. Dans ces circonstances, on ne saurait pas non plus retenir l'existence de « symptômes de pont » durant la période sans prestations d'assurance (cf. arrêt du Tribunal 8C_102/2008 du 26 septembre 2008 consid. 6.5 pour un cas et une appréciation similaires).

En conséquence, la demande de prise en charge des problèmes de santé de l'épaule droite qui se sont manifestés en 2013 et 2014 doit être examinée sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives.

15. Pour motiver son refus de prendre en charge le traitement médical et les incapacités de travail que la recourante a subies dès 2013, l'intimée se fonde sur les deux appréciations médicales de la Dresse G_____ et celle du Dr H_____.

Il ressort des deux premières qu'au regard d'un laps de temps de plus de deux ans sans aucune consultation ni traitement médical, la causalité de la rechute peut

simplement être considérée comme possible. En outre, le Dr H_____ va jusqu'à soutenir que c'est une maladie dégénérative de l'épaule droite qui a entraîné la rupture du tendon subscapulaire droit, observable à l'IRM du 7 juin 2013 et que cette lésion n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'entorse de l'épaule subie le 31 octobre 2010.

De l'avis de la recourante, il convient au contraire de se fonder sur les thèses développées par le Dr E_____, qui concluent au caractère traumatique de la rupture du tendon subscapulaire droit, ce à plus forte raison que les statistiques sur lesquelles se fonde le Dr H_____ démontrent qu'elle n'était guère concernée par des lésions dégénératives du tendon subscapulaire, compte tenu de son âge au moment de l'accident (36 ans) et au moment de l'IRM du 7 juin 2013 (39 ans). De plus, la recourante fait valoir que même si par hypothèse, son atteinte à la santé n'était que partiellement due à l'accident du 31 octobre 2010 et imputable à un état maladif préexistant pour le surplus, cela ne permettrait pas à l'intimée de réduire les prestations pour soins, les remboursements de frais ou encore les indemnités journalières, conformément à l'art. 36 LAA.

Lors de son audition du 2 février 2015 par la chambre de céans, le Dr E_____ a déclaré au sujet des « adhésions » mentionnées dans son compte rendu opératoire du 3 juillet 2013 qu'il avait constaté que le tendon subscapulaire, totalement déchiré, s'était rétracté. Il s'était alors cicatrisé dans cette position rétractée, formant une « cicatrice fibreuse », ce qui avait nécessité de libérer cette mauvaise cicatrisation pour replacer le tendon sur l'humérus. Il s'agissait là d'une lésion passée, mais le Dr E_____ n'était pas en mesure de dire s'il s'agissait d'un événement remontant à six mois ou deux ans, voire plus. De plus, pour situer l'origine de la rupture du tendon à l'événement du 31 octobre 2010, le Dr E_____ avait tenu compte des explications que la recourante lui avait données. Ces dernières se sont toutefois révélées erronées. En effet, le Dr E_____ a précisé lors de son audition qu'il était parti à tort de l'idée que la recourante avait subi une luxation de l'épaule le 31 octobre 2010. Or, ce revirement équivaut à battre en brèche la thèse d'une lésion du tendon sous-scapulaire qui aurait été causée par une luxation antéro-inférieure de l'épaule (cf. rapport du Dr E_____ du 15 mai 2014 ; pièce 20 recourante).

Il résulte de ce qui précède que même en émettant l'hypothèse que la lésion du tendon subscapulaire soit d'origine traumatique, comme le soutient le Dr E_____, un lien de causalité entre cette lésion et l'accident du 31 octobre 2010 est tout au plus possible.

C'est le lieu de rappeler qu'en cas de rechute ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident initial.

Étant donné que cette preuve n'a pas été rapportée et qu'il n'existe pas de symptômes de pont permettant d'affirmer que le cas n'aurait pas été clos tacitement en mars 2011, la question de savoir si l'accident du 31 octobre 2010 a aggravé un état maladif préexistant bute également sur ces deux écueils. En conséquence, elle souffre de rester indécise.

Enfin, dans la mesure où les Drs G_____ et H_____ d'une part et E_____ d'autre part, se rejoignent en définitive de façon claire et convaincante sur le point décisif, à savoir la simple possibilité d'un lien de causalité entre les lésions objectivées en 2013 et 2014, en particulier celle du tendon subscapulaire, et l'accident du 31 octobre 2010, il n'est pas nécessaire de clarifier davantage les aspects médicaux du cas via une expertise, ce d'autant que des examens complémentaires ne permettraient pas d'apprécier la situation telle qu'elle se présentait au 31 octobre 2010, en raison de deux opérations pratiquées à l'épaule droite depuis lors.

16. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

Florence SCHMUTZ

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